



**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.

Página 4 de 27



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 antinflamatorios no esteroidales 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

Página 5 de 27



NEFROLOGIA

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

**LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV**

**TABLA DE CONTENIDO**

**DISEÑO DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA** ....................................................................................................................................................... 9 ANALGESICS [ANALGÉSICOS] ..................................................................................................................... 11 Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] ................................ 11 ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] .................................................................................................... 11 First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación] ..................................................... 11 Macrolides [Macrólidos] ................................................................................................................................... 11 Penicillins [Penicilinas] ..................................................................................................................................... 12 Quinolones [Quinolonas] .................................................................................................................................. 13 Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación] ............................................... 13 Sulfonamides [Sulfonamidas] ........................................................................................................................... 13 Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación] .................................................... 13 ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS] .......................................................................... 13 Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa] .................................................................... 13 Biguanides [Biguanidas] ................................................................................................................................... 13 Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4] ................................................................. 14 Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas] .......................................................................................................... 14 Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin] ..................................................................... 14 Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia] ................................................................... 14 Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración] ....................................................................................... 14 Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración] .................................................................................... 14 Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa]........ 15 Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración] ....................................................................................... 15 Sulfonylureas [Sulfonilureas] ............................................................................................................................ 15 ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] ................................................................................................................... 15 Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .................................................................................. 15

Página 6 de 27



NEFROLOGIA

ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS] .......................................................................................... 15 Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .......................................................... 15 Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin] . .......................................................................................................................................................................... 16 Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio] ..................................................... 16 Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos] ................................................. 17 Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] ....... 17 Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa] ................................................................................................................. 18 Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos] ........................................................ 18 Nonselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos No-Selectivos] .............. 18 Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas] .......................................................................................................... 18 Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]..................................................................... 18 BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA] ........................................................................................................................................................... 18 Alpha 1-Adrenoceptor Antagonists [Bloqueadores Alfa1-Adrenérgicos]......................................................... 18 BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] ........................................................................ 19 Cobalamins [Cobalaminas] ............................................................................................................................... 19 Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis] .................................................. 19 Folates [Folatos] ................................................................................................................................................ 20 Iron [Hierro] ...................................................................................................................................................... 20 CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS] ...................................................................................................... 20 Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina] ............................................................................. 20 DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES] .......................................................................... 20 Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas] ..................................................................................................... 20 DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS] ............................................................................................................. 20 Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares] ........................................................................... 20 Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico] .................................................................................... 20 Hmg Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa] .................................................. 21 GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES] .................................................... 21 Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2] .................................................. 21 GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS] .................................................................. 21

Página 7 de 27



NEFROLOGIA

Phosphate Binder Agents [Enlazadores De Fosfato] .......................................................................................... 21 HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] ...................................................................................... 21 Calcimimetics [Calcimiméticos] ........................................................................................................................ 21 Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] .......................................................................................................... 21 Vasopressin Analogs [Análogos De Vasopresina] ............................................................................................. 21 IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] .................................................................................... 22 Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]........................................................................................... 22 Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] ............................................................................................................ 22 Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes] ....................................................................................... 23 MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS] ........................................................... 23 Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] ......................................................................... 23 Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo De Electrolitos/Minerales] .................................................... 23 Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras De Potasio] ..................................................................... 24

Página 8 de 27

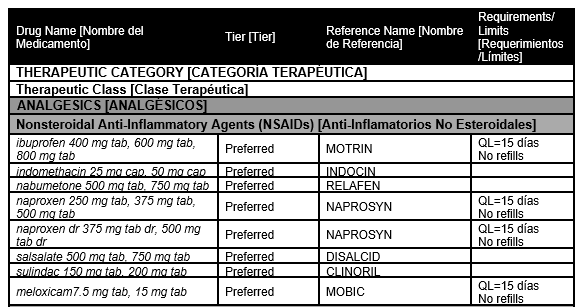


NEFROLOGIA

**DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA 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.



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

Página 9 de 27



NEFROLOGIA

**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.

Página 10 de 27



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| **THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]** | | | | |
| **Therapeutic Class [Clase Terapéutica]** | | | | |
| **ANALGESICS [ANALGÉSICOS]** | | | | |
| **Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]** | | | | |
| *indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap* | | Preferred | INDOCIN |  |
| **ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]** | | | | |
| **First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]** | | | | |
| *cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap* |  | Preferred | KEFLEX |  |
| *cefadroxil 250 mg/5ml susp* |  | Preferred | DURICEF | AL ≤ 12 años |
| *cephalexin 250 mg/5ml susp* |  |  | KEFLEX |  |
| *cefadroxil 500 mg/5ml susp* |  | Preferred | DURICEF | AL ≤ 12 años |
| **Macrolides [Macrólidos]** | | | | |
| *azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab* |  | Preferred | ZITHROMAX |  |
| *azithromycin 1 gm pckt, 100*  *mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab* |  | Preferred | ZITHROMAX |  |
| *clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab* |  | Preferred | BIAXIN |  |
| *clarithromycin 250 mg/5ml susp* |  | Preferred | BIAXIN |  |
| ERY-TAB 500 mg tab dr |  | Preferred |  |  |
| *erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab* |  | Preferred | ERY-TAB |  |
| *erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab* |  | Preferred | E.E.S. |  |
| ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab |  | 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]

Página **11** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp | Preferred |  |  |
| ERYPED 200 200 mg/5ml susp | Preferred |  |  |
| ERYPED 400 400 mg/5ml susp | Preferred |  |  |
| **Penicillins [Penicilinas]** | | | |
| *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* | Preferred | AMOXIL |  |
| *amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab* | Preferred | AUGMENTIN |  |
| *ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap* | Preferred | PRINCIPEN |  |
| *penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab* | Preferred | VEETIDS |  |
| *amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp* | Preferred | AUGMENTIN |  |
| BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp | Preferred |  |  |
| *penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp* | Preferred | BICILLIN LA |  |
| BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp | Preferred |  |  |
| BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp | 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]

Página **12** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | | |
| **Quinolones [Quinolonas]** | | | | |
| *ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab* | Preferred | CIPRO | |  |
| *levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab* | Preferred | LEVAQUIN | |  |
| *ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp* | Preferred | CIPRO | |  |
| *ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp* | Preferred | CIPRO | |  |
| **Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]** | | | | |
| *cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap* | Preferred | CECLOR | |  |
| *cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab* | Preferred | CEFZIL | |  |
| **Sulfonamides [Sulfonamidas]** | | | | |
| *sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab* | Preferred | SEPTRA | |  |
| *sulfamethoxazole- trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab* | Preferred | SEPTRA | |  |
| **Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]** | | | | |
| *cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap* | Preferred | OMNICEF | |  |
| *cefdinir 250 mg/5ml susp* | Preferred | OMNICEF | |  |
| **ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]** | | | | |
| **Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]** | | | | |
| *acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | Preferred | PRECOSE | |  |
| **Biguanides [Biguanidas]** | | | | |
| *metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab* | Preferred | GLUCOPHAGE | |  |
| *metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr* | Preferred | GLUCOPHAGE XR | |  |

• 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]

Página **13** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name | | [Nombre de | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ | | Limits | | [Requerimientos/ | | Límites] | |
| **Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4]** | | | |
| JENTADUETO 2.5-500 mg tab, 2.5-850 mg tab, 2.5-1000 mg tab | Preferred |  | ST |
| JENTADUETO XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr | Preferred |  | ST |
| TRADJENTA 5 mg tab | Preferred |  | ST |
| **Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]** | | | |
| HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp | Preferred |  |  |
| HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp | Preferred |  |  |
| HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp | Preferred |  |  |
| HUMALOG Mix 50/50 KwikPen 100 unit/ml sc susp | Preferred |  |  |
| **Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]** | | | |
| *pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab* | Preferred | ACTOS |  |
| **Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]** | | | |
| HUMULIN N 100 unit/ml sc susp | Preferred |  |  |
| **Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]** | | | |
| LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector | Preferred |  |  |
| LANTUS 100 unit/ml sc soln | Preferred |  |  |
| **Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]** | | | |
| HUMALOG 100 unit/ml subcutaneous solution cartridge | Preferred |  |  |
| HUMALOG 100 unit/ml sc soln | 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]

Página **14** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| JARDIANCE 10 mg tab, 25 mg tab | Preferred | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ | | Limits | | [Requerimientos/ | | Límites] | |
|  | PA |
| SYNJARDY 5-500 mg tab, 5-1000 mg tab, 12.5-500 mg tab, 12.5-1000 mg tab | Preferred |  | PA |
| SYNJARDY XR 5-1000 mg tab, 10-1000 mg tab, 12.5-1000 mg tab, 25-1000 mg tab | Preferred |  | PA |
| TRIJARDY XR 5-2.5-1000 mg tab, 10-5-1000 mg tab, 12.5-2.5-1000 mg tab, 25-5-1000 mg tab | Preferred |  | PA |
| **Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]** | | | |
| HUMULIN R 100 unit/ml inj soln | Preferred |  |  |
| **Sulfonylureas [Sulfonilureas]** | | | |
| *glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab* | Preferred | AMARYL |  |
| *glipizide 10 mg tab, 5 mg tab* | Preferred | GLUCOTROL |  |
| **ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]** | | | |
| **Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]** | | | |
| *metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln* | Preferred | REGLAN |  |
| **ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]** | | | |
| **Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]** | | | |
| *terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap* | Preferred | HYTRIN |  |
| **Angiotensin II Receptor Blockers (Arb) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]** | | | |
| *losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | Preferred | COZAAR |  |

• 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]

Página **15** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab* | Preferred | HYZAAR |  |
| *valsartan 40 mg tab, 80 mg tab, 160-320 mg tab* | Preferred | DIOVAN |  |
| *valsartan-hctz 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab* | Preferred | DIOVAN HCT |  |
| **Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin]** | | | |
| *fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab* | Preferred | MONOPRIL |  |
| *lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab* | Preferred | ZESTRIL |  |
| *lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab* | Preferred | ZESTORETIC |  |
| **Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]** | | | |
| *amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab* | Preferred | NORVASC |  |
| *diltiazem hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr* | Preferred | DILACOR XR |  |
| *diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24 hr* | Preferred | TIAZAC |  |
| *diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr* | Preferred | CARDIZEM CD |  |
| *dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr* | Preferred | DILACOR XR |  |
| *nifedipine er osmotic 30 mg tab er 24 hr* | Preferred | PROCARDIA XL |  |

• 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]

Página **16** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab* | Preferred | CALAN |  |
| *verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er* | Preferred | CALAN SR |  |
| *diltiazem hcl er beads 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr, 360 mg cap er 24 hr* | Preferred | TIAZAC |  |
| *diltiazem hcl er coated beads 300 mg cap er 24 hr* | Preferred | CARDIZEM CD |  |
| *nifedipine er osmotic 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr* | Preferred | PROCARDIA XL |  |
| **Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]** | | | |
| *atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | Preferred | TENORMIN |  |
| *metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr* | Preferred | LOPRESSOR |  |
| *metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | Preferred | LOPRESSOR |  |
| *metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr* | Preferred | LOPRESSOR |  |
| **Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]** | | | |
| *atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab* | Preferred | TENORETIC |  |
| *metoprolol- hydrochlorothiazide 50-25 mg tab* | Preferred | LOPRESSOR HCT |  |
| *metoprolol- hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab* | Preferred | LOPRESSOR HCT |  |

• 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]

Página **17** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| **Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]** | | | |
| *bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab* | Preferred | BUMEX |  |
| *furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab* | Preferred | LASIX |  |
| **Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]** | | | |
| *propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln, 80 mg tab* | Preferred | INDERAL |  |
| *propranolol hcl 60 mg tab* | Preferred | INDERAL |  |
| **Nonselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos No- Selectivos]** | | | |
| **Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]** | | | |
| *chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab* | Preferred | DIURIL |  |
| *chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab* | Preferred | HYGROTON |  |
| DIURIL 250 mg/5ml susp | Preferred |  |  |
| *hydrochlorothiazide 25 mg tab, 50 mg tab* | Preferred | MICROZIDE |  |
| *metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab* | Preferred | ZAROXOLYN |  |
| *chlorthalidone 100 mg tab* | Preferred | HYGROTON |  |
| *metolazone 10 mg tab* | Preferred | ZAROXOLYN |  |
| **Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]** | | | |
| *carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab* | Preferred | COREG |  |
| **BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]** | | | |
| **Alpha 1-Adrenoceptor Antagonists [Bloqueadores Alfa1-Adrenérgicos]** | | | |
| *tamsulosin hcl 0.4 mg cap* | Preferred | FLOMAX |  |

• 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]

Página **18** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| **BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]** | | | |
| **Cobalamins [Cobalaminas]** | | | |
| *cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln* | Preferred | VIT B-12 |  |
| **Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]** | | | |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln | Preferred |  | PA |
| PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| PROCRIT 10000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln | Preferred |  | PA |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln | Preferred |  | PA |
| PROCRIT 20000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| PROCRIT 40000 unit/ml inj soln | 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]

Página **19** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| RETACRIT 2000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| RETACRIT 3000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| RETACRIT 4000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| RETACRIT 10000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| RETACRIT 20000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| RETACRIT 40000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| **Folates [Folatos]** | | | |
| *folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab* | Preferred | FOLIC ACID | OTC |
| **Iron [Hierro]** | | | |
| *iron 325 (65 fe) mg tab* | Preferred | IRON |  |
| DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln | Preferred |  |  |
| INFED 50 mg/ml inj soln | Preferred |  |  |
| **CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]** | | | |
| **Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]** | | | |
| *megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab* | Preferred | MEGACE |  |
| *megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp* | Preferred | MEGACE |  |
| **DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]** | | | |
| **Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]** | | | |
| *insulin syringe/needle* | Preferred | . |  |
| **DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]** | | | |
| **Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares]** | | | |
| *cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr* | Preferred | QUESTRAN |  |
| **Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico]** | | | |
| *gemfibrozil 600 mg tab* | Preferred | LOPID |  |

• 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]

Página **20** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| **Hmg Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa]** | | | | |
| *atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab* | Preferred | | LIPITOR |  |
| *pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab* | Preferred | | PRAVACHOL |  |
| *simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab* | Preferred | | ZOCOR |  |
| *pravastatin sodium 40 mg tab* | Preferred | | PRAVACHOL |  |
| **GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]** | | | | |
| **Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]** | | | | |
| *famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp* | Preferred | | PEPCID |  |
| **GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]** | | | | |
| **Phosphate Binder Agents [Enlazadores De Fosfato]** | | | | |
| *sevelamer carbonate 800 mg tab* | Preferred | | RENVELA | PA |
| *sevelamer carbonate 0.8 gm pckt, 2.4 gm pckt* | Preferred | | RENVELA | PA |
| *calcium acetate* 667 mg cap. | Preferred | | PHOSLO |  |
| **HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]** | | | | |
| **Calcimimetics [Calcimiméticos]** | | | | |
| *cinacalcet 30 mg tab* | | Preferred | SENSIPAR | PA |
| *cinacalcet 60 mg tab, 90 mg tab* | | Preferred | SENSIPAR | PA |
| **Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]** | | | | |
| *fludrocortisone acetate 0.1 mg tab* | Preferred | | FLORINEF |  |
| **Vasopressin Analogs [Análogos De Vasopresina]** | | | | |
| *desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln* | Preferred | | DDAVP |  |

• 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]

Página **21** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *desmopressin acetate 0.2 mg tab* | Preferred | DDAVP |  |
| *desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln* | Preferred | DDAVP |  |
| *desmopressin acetate 0.1 mg tab* | Preferred | DDAVP |  |
| *desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln* | Preferred | DDAVP |  |
| STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln | Preferred |  | PA |
| **IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]** | | | |
| **Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]** | | | |
| *cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap* | Preferred | NEORAL | PA |
| *cyclosporine 25 mg cap* | Preferred | SANDIMMUNE | PA |
| *cyclosporine modified 100 mg/ml soln* | Preferred | NEORAL | PA |
| *cyclosporine 100 mg cap* | Preferred | SANDIMMUNE | PA |
| **Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]** | | | |
| *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* | Preferred | DECADRON |  |
| MEDROL 2 mg tab | Preferred |  |  |
| *methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab* | Preferred | MEDROL |  |
| *methylprednisolone (pak) 4 mg tab* | Preferred | MEDROL |  |
| *prednisolone 15 mg/5ml syr* | Preferred | PRELONE |  |
| *prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml soln* | Preferred | ORAPRED |  |
| *prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab* | Preferred | DELTASONE |  |

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización

Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age

Limit [Límite de Edad]

Página **22** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab* | Preferred | DELTASONE |  |
| *hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab* | Preferred | CORTEF |  |
| *methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab* | Preferred | MEDROL |  |
| **Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]** | | | |
| *azathioprine 50 mg tab* | Preferred | IMURAN |  |
| *mycophenolate mofetil 250 mg cap, 500 mg tab* | Preferred | CELLCEPT | PA |
| *tacrolimus 0.5 mg cap* | Preferred | PROGRAF | PA |
| *tacrolimus 1 mg cap* | Preferred | PROGRAF | PA |
| *mycophenolic acid 180 mg tab dr* | Preferred | MYFORTIC | PA |
| *sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab* | Preferred | RAPAMUNE | PA |
| *tacrolimus 5 mg cap* | Preferred | PROGRAF | PA |
| *mycophenolic acid 360 mg tab dr* | Preferred | MYFORTIC | PA |
| RAPAMUNE 1 mg/ml soln | Preferred |  | PA |
| **MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]** | | | |
| **Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]** | | | |
| *calcitriol 0.25 mcg cap* | Preferred | ROCALTROL |  |
| *calcitriol 0.5 mcg cap* | Preferred | ROCALTROL |  |
| *calcitriol 1 mcg/ml soln* | Preferred | ROCALTROL |  |
| **Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo De Electrolitos/Minerales]** | | | |
| *potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln* | Preferred | KAY-CIEL |  |
| *potassium chloride crys er 10 meq tab er, 20 meq tab er* | Preferred | KLOR-CON |  |
| *potassium chloride er 10 meq tab er, 8 meq tab er* | Preferred | KLOR-CON |  |

• 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]

Página **23** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er* | Preferred | MICRO-K |  |
| *potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral liquid* | Preferred | KAON CL |  |
| **Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras De Potasio]** | | | |
| *kalexate oral pwdr* | Preferred | KAYEXALATE |  |
| *sodium polystyrene sulfonate oral pwdr, 15 gm/60ml susp* | Preferred | KAYEXALATE |  |

• 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]

Página **24** de **27**

Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

*diltiazem hcl er beads* .............................................................. 16, 17

A *diltiazem hcl er coated beads* ................................................. 16, 17

*dilt-xr* ................................................................................................ 16

*acarbose* .......................................................................................... 13 *amlodipine besylate* ....................................................................... 16

DIURIL ............................................................................................. 18

|  |  |
| --- | --- |
| *amoxicillin* ........................................................................................ 12 *amoxicillin-pot clavulanate* ............................................................ 12 | E |

*ampicillin* .......................................................................................... 12 ARANESP (ALBUMIN FREE)....................................................... 19 *atenolol* ............................................................................................ 17 *atenolol-chlorthalidone* ................................................................... 17 *atorvastatin calcium* ....................................................................... 21 *azathioprine* ..................................................................................... 23 *azithromycin* .................................................................................... 11

E.E.S. GRANULES ........................................................................ 12 ERYPED 200 .................................................................................. 12 ERYPED 400 .................................................................................. 12 ERY-TAB ......................................................................................... 11 ERYTHROCIN STEARATE .......................................................... 11 *erythromycin base* .......................................................................... 11 *erythromycin ethylsuccinate* ......................................................... 11

B F

BICILLIN L-A ................................................................................... 12 *bumetanide*...................................................................................... 18

*famotidine* ........................................................................................ 21 *fludrocortisone acetate* .................................................................. 21 *folic acid* .......................................................................................... 20

C *fosinopril sodium* ............................................................................ 16

*furosemide* ...................................................................................... 18

*calcitriol* ............................................................................................ 23

|  |  |
| --- | --- |
| *calcium acetate* ............................................................................... 21 *carvedilol*.......................................................................................... 18 | G |

*cefaclor* ............................................................................................ 13 *cefadroxil* ......................................................................................... 11 *cefdinir* ............................................................................................. 13 *cefprozil* ........................................................................................... 13

*gemfibrozil* ....................................................................................... 20 *glimepiride* ....................................................................................... 15 *glipizide*............................................................................................ 15

*cephalexin* ....................................................................................... 11 *chlorothiazide* .................................................................................. 18 H

*chlorthalidone* .................................................................................. 18 *cholestyramine* ................................................................................ 20 *cinacalcet* ......................................................................................... 21 *ciprofloxacin* .................................................................................... 13 *ciprofloxacin hcl* .............................................................................. 13 *clarithromycin* .................................................................................. 11 *cyanocobalamin* .............................................................................. 19 *cyclosporine* .................................................................................... 22 *cyclosporine modified* .................................................................... 22

HUMALOG ...................................................................................... 14 HUMALOG MIX 50/50 ................................................................... 14 HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp .................. 14 HUMALOG MIX 75/25 ................................................................... 14 HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp .................. 14 HUMULIN 70/30 ............................................................................. 14 HUMULIN N .................................................................................... 14 HUMULIN R .................................................................................... 15 *hydrochlorothiazide* ........................................................................ 18 *hydrocortisone* ................................................................................ 23

|  |  |
| --- | --- |
| D  *desmopressin ace spray refrig* ..................................................... 22 | I |

*desmopressin acetate* .............................................................. 21, 22 *desmopressin acetate spray* ......................................................... 22 *dexamethasone* .............................................................................. 22 DEXFERRUM ................................................................................. 20 *diltiazem hcl er* ................................................................................ 16

*indomethacin* .................................................................................. 11 INFED .............................................................................................. 20 *insulin syringe/needle* .................................................................... 20 *iron* ................................................................................................... 20

• 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]

Página **25** de **27**   
Revisado 2/2025



NEFROLOGIA

J *penicillin v potassium* ..................................................................... 12

*pioglitazone hcl* ............................................................................... 14

JARDIANCE .................................................................................... 15 JENTADUETO ................................................................................ 14 JENTADUETO XR ......................................................................... 14

*potassium chloride* ................................................................... 23, 24 *potassium chloride crys er* ............................................................ 23 *potassium chloride er* .............................................................. 23, 24 *pravastatin sodium* ......................................................................... 21

|  |  |
| --- | --- |
| K | *prednisolone* ................................................................................... 22 *prednisone* ...................................................................................... 22 |

*kalexate* ........................................................................................... 24

*prednisone (pak)* ............................................................................ 23 PROCRIT ........................................................................................ 19

|  |  |
| --- | --- |
| L | *propranolol hcl* ................................................................................ 18 |

LANTUS .......................................................................................... 14 LANTUS SOLOSTAR .................................................................... 14 *levofloxacin* ...................................................................................... 13 *lisinopril* ............................................................................................ 16 *lisinopril-hydrochlorothiazide* ......................................................... 16 *losartan potassium* ......................................................................... 15 *losartan potassium-hctz* ................................................................. 16

R   
RAPAMUNE ................................................................................... 23 RETACRIT ...................................................................................... 20

S   
*sevelamer* ........................................................................................ 21

|  |  |
| --- | --- |
| M | *simvastatin* ...................................................................................... 21 *sirolimus* .......................................................................................... 23 |

MEDROL ......................................................................................... 22 *megestrol acetate* ........................................................................... 20 *metformin hcl* .................................................................................. 13 *metformin hcl er* .............................................................................. 13 *methylprednisolone* .................................................................. 22, 23 *methylprednisolone (pak)* .............................................................. 22 *metoclopramide hcl* ........................................................................ 15 *metolazone* ...................................................................................... 18 *metoprolol succinate er* ................................................................. 17 *metoprolol tartrate* .......................................................................... 17 *metoprolol-hydrochlorothiazide* ..................................................... 17 *mycophenolate mofetil* ................................................................... 23 *mycophenolic acid* .......................................................................... 23

N

*nifedipine er osmotic* ................................................................ 16, 17

*sodium polystyrene sulfonate* ....................................................... 24 STIMATE ......................................................................................... 22 *sulfamethoxazole-tmp ds* .............................................................. 13 *sulfamethoxazole-trimethoprim* ..................................................... 13 SYNJARDY ..................................................................................... 15 SYNJARDY XR .............................................................................. 15

T

*tacrolimus* ........................................................................................ 23 *tamsulosin hcl* ................................................................................. 18 *terazosin hcl* .................................................................................... 15 TRADJENTA ................................................................................... 14 TRIJARDY XR ................................................................................ 15

V

*valsartan* .......................................................................................... 16

|  |  |
| --- | --- |
| P  *penicillin g procaine* ........................................................................ 12 | *valsartan-hctz* .................................................................................. 16 *verapamil hcl* ................................................................................... 17 *verapamil hcl er* .............................................................................. 17 |

• 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]

Página **26** de **27**

Revisado 2/2025





NEFROLOGIA

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Página **27** de **27** Revisado 07/18/2024 |