





**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.

Página 3 de 28



**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 28



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 28



ONCOLOGIA

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

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

**TABLA DE CONTENIDO**

ANALGESICS [ANALGÉSICOS] ....................................................................................................................... 11 Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDS) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] ............................. 11 Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración] ...................................................... 11 Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración] ................................................... 12 ANESTHETICS [ANESTÉSICOS] ...................................................................................................................... 13 Local Anesthetics [Anestésicos Locales] .......................................................................................................... 13 ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA   
ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS] ....................................................................... 13 Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides] ....................................... 13 Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides] ................................................................ 13 ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] .................................................................................................... 13 Macrolides [Macrólidos] ................................................................................................................................... 13 Penicillins [Penicilinas] ..................................................................................................................................... 14 Quinolones [Quinolonas] .................................................................................................................................. 15 Sulfonamides [Sulfonamidas] ........................................................................................................................... 15 ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES] ....................................................................................... 15 Anticonvulsants [Anticonvulsivantes] ............................................................................................................... 15 ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] ................................................................................................................... 16 5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3] ......................................................... 16 Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .................................................................................. 16

Phenothiazines [Fenotiazinas] ............................................................................................................................16 ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS] ..............................................................................16 Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos] ...........................................................16 ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS] ................................................................................................16

Página 6 de 28



ONCOLOGIA   
 Antifungals [Antifungales] .................................................................................................................................16 ANTIVIRALS [ANTIVIRALES] ..........................................................................................................................17 Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] ...................................................................................................17 BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] .........................................................................17 Cobalamins [Cobalaminas] ................................................................................................................................17 Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides] .......................................................................................17 Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis] ...................................................18 Folates [Folatos] .................................................................................................................................................18 Iron [Hierro] .......................................................................................................................................................18 CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS] .......................................................................................................18 Alkylating Agents [Agentes Alquilantes] ..........................................................................................................18 Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis] .....................................................................................19 Antiandrogens [Antiandrógenos] .......................................................................................................................19 Antiestrogens [Antiestrógenos] ..........................................................................................................................19 Antimetabolites [Antimetabolitos] .....................................................................................................................19 Antineoplastic -Antibodies [ Anticuerpo Antineoplásticos] ...............................................................................20 Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores De Enzimas] .................................................20 Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina] ..............................................................................21 Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa] .......................................................................................21 Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico] ..........................................................21 Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh] .............................................................21 Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH] ...............................................22 Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos] .........................................................................22 Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos] ..........................................................................................................22 DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES] ..........................................................22 Antifungals [Antifungales] .................................................................................................................................22 DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS] ..............................................................22 Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel] ...............................................22

GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES] .....................................................23 Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras] ........................................................................................................23 Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2] ...................................................23 Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones] .....................................................................23

Página 7 de 28



ONCOLOGIA   
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] ......................................................................................23 Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] ..........................................................................................................23 IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] ....................................................................................23 Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]...........................................................................................23 Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] ............................................................................................................24 Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes] .......................................................................................24 MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS] ...........................................................25 Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] .........................................................................25

Página 8 de 28

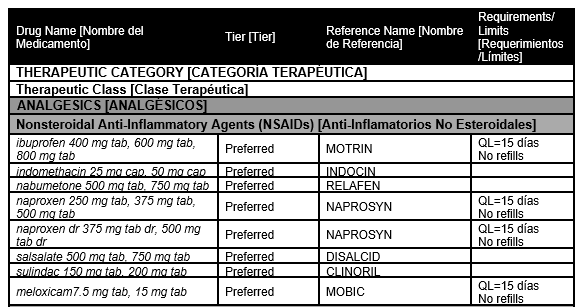


ONCOLOGIA

**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 28



ONCOLOGIA

**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 28



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 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]** | | | |
| *ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab* | Preferred | MOTRIN | QL = 15 días; No refills |
| *nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab* | Preferred | RELAFEN |  |
| *naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab* | Preferred | NAPROSYN | QL = 15 días; No refills |
| *naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr* | Preferred | NAPROSYN | QL = 15 días; No refills |
| *sulindac 150 mg tab, 200 mg tab* | Preferred | CLINORIL |  |
| *meloxicam7.5 mg tab, 15 mg tab* | Preferred | MOBIC | QL = 15 días; No refills |
| *indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap* | Preferred | INDOCIN |  |
| **Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración]** | | | |
| *fentanyl 12 mcg/hr td patch 72 hr, 25 mcg/hr td patch 72 hr* | Preferred | DURAGESIC |  |
| *oxycodone hcl 10 mg tab* | Preferred | DAZIDOX | QL = 15 días; No refills |
| *fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr* | Preferred | DURAGESIC |  |
| *morphine sulfate er 15 mg tab er* | Preferred | MORPHINE |  |
| *oxycodone hcl 20 mg tab* | Preferred | DAZIDOX | QL = 15 días; No refills |
| *fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr* | Preferred | DURAGESIC |  |
| *morphine sulfate er 30 mg tab er* | Preferred | MORPHINE |  |

• 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 **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *morphine sulfate er 60 mg tab er* | Preferred | MORPHINE |  |
| *morphine sulfate er 100 mg tab er* | Preferred | MORPHINE |  |
| **Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]** | | | |
| *acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab* | Preferred | TYLENOL- CODEINE | QL = 15 días; No refills |
| *acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab* | Preferred | TYLENOL- CODEINE | QL = 15 días; AL >18 años; No refills |
| *acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab* | Preferred | TYLENOL- CODEINE | QL = 15 días; AL >18 años; No refills |
| *acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab* | Preferred | TYLENOL- CODEINE | QL=15 días; AL >18 años; No refills |
| *hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab* | Preferred | NORCO | QL = 15 días; No refills |
| *hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab* | Preferred | DILAUDID |  |
| *meperidine hcl 50 mg/ml inj soln* | Preferred | DEMEROL |  |
| *morphine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab* | Preferred | MORPHINE |  |
| *oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab* | Preferred | PERCOCET | No refills |
| *tramadol hcl 50 mg tab* | Preferred | ULTRAM |  |
| *codeine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab* | Preferred | CODEINE |  |
| *meperidine hcl 100 mg/ml inj soln* | Preferred | DEMEROL |  |
| *morphine sulfate 10 mg/5ml soln* | Preferred | MORPHINE |  |

• 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 **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln* | Preferred | MORPHINE |  |
| *oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab* | Preferred | PERCOCET | No refills |
| *hydromorphone hcl 8 mg tab* | Preferred | DILAUDID |  |
| *hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid* | Preferred | DILAUDID |  |
| **ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]** | | | |
| **Local Anesthetics [Anestésicos Locales]** | | | |
| *lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln* | Preferred | XYLOCAINE |  |
| **ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS]** | | | |
| **Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides]** | | | |
| *naltrexone hcl 50 mg tab* | Preferred | REVIA |  |
| **Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides]** | | | |
| *naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln* | Preferred | NARCAN |  |
| **ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]** | | | |
| **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 |  |  |

• 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 **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *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 |  |  |
| 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 |  |  |

• 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 **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *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 |  |  |
| **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 |  |
| **Sulfonamides [Sulfonamidas]** | | | |
| *sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab* | Preferred | SEPTRA |  |
| *sulfamethoxazole- trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab* | Preferred | SEPTRA |  |
| *sulfadiazine 500 mg tab* | Preferred | SULFADIAZINE |  |
| **ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]** | | | |
| **Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]** | | | |
| *gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab* | Preferred | NEURONTIN |  |
| DILANTIN 30 mg cap | Preferred |  |  |
| *gabapentin 250 mg/5ml soln* | Preferred | NEURONTIN |  |
| *phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew* | Preferred | DILANTIN |  |
| *phenytoin sodium extended 100 mg cap* | Preferred | DILANTIN |  |

• 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 **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| **ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]** | | | |
| **5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3]** | | | |
| *ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt* | Preferred | ZOFRAN ODT |  |
| *ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab* | Preferred | ZOFRAN |  |
| **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 |  |
| *promethazine hcl 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln* | Preferred | PHENERGAN |  |
| *promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr* | Preferred | PHENERGAN |  |
| *trimethobenzamide hcl 300 mg cap* | Preferred | TIGAN |  |
| **Phenothiazines [Fenotiazinas]** | | | |
| *prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln* | Preferred | COMPAZINE |  |
| *prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab* | Preferred | COMPAZINE |  |
| *prochlorperazine 25 mg rect supp* | Preferred | COMPAZINE |  |
| **ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]** | | | |
| **Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]** | | | |
| *dapsone 100 mg tab, 25 mg tab* | Preferred | DAPSONE |  |
| **ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]** | | | |
| **Antifungals [Antifungales]** | | | |
| *fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab* | Preferred | DIFLUCAN |  |

• 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 **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *ketoconazole 200 mg tab* | Preferred | NIZORAL |  |
| *terbinafine hcl 250 mg tab* | Preferred | LAMISIL |  |
| *fluconazole 40 mg/ml susp* | Preferred | DIFLUCAN |  |
| **ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]** | | | |
| **Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]** | | | |
| *acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab* | Preferred | ZOVIRAX |  |
| *acyclovir 200 mg/5ml susp* | Preferred | ZOVIRAX |  |
| **BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]** | | | |
| **Cobalamins [Cobalaminas]** | | | |
| *cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln* | Preferred | VIT B-12 |  |
| **Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]** | | | |
| FULPHILA 6 mg/0.6ml sc pfs soln | Preferred | NEULASTA | PA |
| NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln | Preferred |  | PA |
| NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln | Preferred |  | PA |
| NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln | Preferred |  | PA |
| NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln, | Preferred |  | PA |
| NIVESTYM 300 mcg/ml PF syr | Preferred |  | PA |
| NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr | Preferred |  | PA |
| NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln, | Preferred |  | PA |
| ZIEXTENZO 6 mg/0.6ml sc soln pfs | 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 **17** de **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| **Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]** | | | |
| PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| PROCRIT 10000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| 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 40000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| RETACRIT 20000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| PROCRIT 20000 unit/ml inj soln | Preferred |  | PA |
| PROCRIT 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]** | | | |
| **Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]** | | | |
| GLEOSTINE 10 mg cap, 40 mg cap, 100 mg cap | Preferred |  |  |
| *melphalan* 2 mg tab | Preferred | ALKERAN |  |

• 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 **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *temozolomide 5 mg cap* | Preferred | TEMODAR | PA |
| LEUKERAN 2 mg tab | Preferred |  |  |
| MYLERAN 2 mg tab | Preferred |  |  |
| *temozolomide 20 mg cap* | Preferred | TEMODAR | PA |
| *temozolomide 250 mg cap* | Preferred | TEMODAR | PA |
| *temozolomide 140 mg cap* | Preferred | TEMODAR | PA |
| STIVARGA 40 mg tab | Preferred | TEMODAR | PA |
| Preferred |  | PA |
| **Antiandrogens [Antiandrógenos]** | | | |
| *bicalutamide 50 mg tab* | Preferred | CASODEX |  |
| *flutamide 125 mg cap* | Preferred | EULEXIN |  |
| *abiraterone* 250 mg tab | Preferred |  | PA |
| **Antiestrogens [Antiestrógenos]** | | | |
| ORSERDU 86 mg tab, 345 mg tab | Preferred |  | PA |
| *raloxifene 60 mg tab* | Preferred | EVISTA | PA |
| *tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab* | Preferred | NOLVADEX |  |
| **Antimetabolites [Antimetabolitos]** | | | |
| *hydroxyurea 500 mg cap* | Preferred | HYDREA |  |
| *mercaptopurine 50 mg tab* | Preferred | PURINETHOL |  |
| *methotrexate 2.5 mg tab* | Preferred | METHOTREXATE |  |
| *capecitabine 150 mg tab* | Preferred | XELODA | PA |
| *capecitabine 500 mg tab* | Preferred | XELODA | PA |
| *methotrexate sodium 50 mg/2ml inj soln* | Preferred | METHOTREXATE |  |
| *methotrexate sodium (pf) 1gm/40ml inj soln* | Preferred | METHOTREXATE |  |
| *methotrexate sodium 250mg/10ml inj soln* | Preferred | METHOTREXATE |  |

• 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 **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| *methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml inj soln* | Preferred | METHOTREXATE |  |
| *methotrexate sodium 1g recon inj soln* | Preferred | METHOTREXATE |  |
| **Antineoplastic -Antibodies [ Anticuerpo Antineoplásticos]** | | | |
| RUXIENCE 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln | Preferred |  | PA |
| **Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores De Enzimas]** | | | |
| IMBRUVICA 70 mg cap, 140 mg cap, 420 mg tab, 70 mg/ml oral susp | Preferred |  | PA |
| *imatinib* 100 mg tab | Preferred | GLEEVEC | PA |
| *everolimus 2.5 mg tab* | Preferred | AFINITOR | PA |
| sorafenib tosylate 200 mg tab | Preferred | NEXAVAR | PA |
| LYNPARZA 100 mg tab, 150 mg tab | Preferred |  | PA |
| NEXAVAR 200 mg tab | Preferred |  | PA |
| TUKYSA 50 mg tab,150 mg tab | Preferred |  | PA |
| *everolimus 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab* | Preferred | AFINITOR | PA |
| *imatinib 400 mg tab* | Preferred | GLEEVEC | PA |
| *everolimus 2 mg oral sol tab, 3 mg oral sol tab, 5 mg oral sol tab* | Preferred | AFINITOR DISPERZ | PA |
| IBRANCE 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 75 mg tab, 100 mg tab, 125 mg tab | Preferred |  | PA |
| *sunitinib 12.5 mg cap* | Preferred |  | PA |
| *sunitinib 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap* | Preferred |  | PA |
| SUTENT 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap | 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 **20** de **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| VENCLEXTA 10 mg tab, 100 mg tab, 50 mg tab | Preferred |  | PA |
| VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 mg tab pack | Preferred |  | PA |
| VERZENIO 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab | Preferred |  | PA |
| XTANDI 40 mg tab, 80 mg tab, 40 mg cap | Preferred |  | PA |
| **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 |  |
| **Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa]** | | | |
| *anastrozole 1 mg tab* | Preferred | ARIMIDEX |  |
| **Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]** | | | |
| *leucovorin calcium 5 mg tab* | Preferred | LEUCOVORIN |  |
| *leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab* | Preferred | LEUCOVORIN |  |
| *leucovorin calcium 25 mg tab* | Preferred | LEUCOVORIN |  |
| **Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]** | | | |
| ELIGARD 7.5 mg kit, 22.5 mg kit, 30 mg kit, 45 mg kit | Preferred |  | PA |
| LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit, 45 mg im kit, 7.5 mg im kit | Preferred |  | PA |
| LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit | Preferred |  | PA |
| LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit | Preferred |  | PA |
| *leuprolide acetate* 1 mg/ 0.2 ml inj kit | 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 **21** de **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| FIRMAGON 80 mg SC, 120 mg SC | Preferred |  | PA |
|  | PA |
| **Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]** | | | |
| MATULANE 50 mg cap | Preferred |  | PA |
| ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln | Preferred |  | PA |
| *lenalidomide 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap* | Preferred | REVLIMID | PA |
| REVLIMID 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap | Preferred |  | PA |
| LONSURF 15-6.14 mg tab, 20-8.19 mg tab | Preferred |  | PA |
| BRAFTOVI 75 mg cap | Preferred |  | PA |
| **Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]** | | | |
| *etoposide 50 mg cap* | Preferred | VEPESID |  |
| **DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]** | | | |
| **Antifungals [Antifungales]** | | | |
| *clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche* | Preferred | MYCELEX | OTC |
| *nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp* | Preferred | MYCOSTATIN |  |
| **DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]** | | | |
| **Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel]** | | | |
| *fluorouracil 2 % soln, 5 % soln* | Preferred | EFUDEX |  |
| *fluorouracil 5 % crm* | Preferred | EFUDEX |  |

• 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 **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| **GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]** | | | |
| **Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]** | | | |
| *misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab* | Preferred | CYTOTEC |  |
| *sucralfate 1 gm tab* | Preferred | CARAFATE |  |
| CARAFATE 1 gm/10ml susp | Preferred |  |  |
| **Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]** | | | |
| *famotidine 20 mg tab, 40 mg tab,40mg/5ml susp* | Preferred | PEPCID |  |
| **Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]** | | | |
| *omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr* | Preferred | PRILOSEC | QL = 180 caps / 365 días |
| *omeprazole 40 mg cap dr* | Preferred | PRILOSEC | QL = 180 caps / 365 días |
| **HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]** | | | |
| **Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]** | | | |
| *fludrocortisone acetate 0.1 mg tab* | Preferred | FLORINEF |  |
| **IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]** | | | |
| **Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]** | | | |
| *cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap* | Preferred | NEORAL | PA |
| *cyclosporine 25 mg cap* | Preferred | SANDIMMUNE | PA |
| *cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln* | Preferred | NEORAL | PA |
| *cyclosporine 100 mg cap* | Preferred | SANDIMMUNE | PA |
| *cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap* | Preferred | SANDIMMUNE | 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 **23** de **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| **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 |  |
| *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 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab* | Preferred | CELLCEPT | PA |
| *tacrolimus 0.5 mg cap* | Preferred | PROGRAF | PA |
| *tacrolimus 1 mg cap* | Preferred | PROGRAF | PA |
| *sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab* | Preferred | RAPAMUNE | PA |
| *tacrolimus 5 mg cap* | Preferred | PROGRAF | PA |
| RAPAMUNE 1 mg/ml 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 **24** de **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Drug Name [Nombre del Medicamento] | | |  | | --- | | Tier [Tier] | | |  | | --- | | Reference Name |  |  | | --- | | [Nombre de |  |  | | --- | | Referencia] | | |  | | --- | | Requirements/ |  |  | | --- | | Limits |  |  | | --- | | [Requerimientos/ |  |  | | --- | | Límites] | |
| **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 |  |

• 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 **28**

Revisado 2/2025



ONCOLOGIA

*erythromycin ethylsuccinate* ......................................................... 14

A *etoposide* ......................................................................................... 22 *everolimus* ....................................................................................... 20

*abiraterone* ...................................................................................... 19 *acetaminophen-codeine*................................................................. 12 *acetaminophen-codeine #2*........................................................... 12

*everolimus* ....................................................................................... 20 *everolimus* ....................................................................................... 20

|  |  |
| --- | --- |
| *acetaminophen-codeine #3*........................................................... 12 *acetaminophen-codeine #4*........................................................... 12 | F |

ACTIMMUNE .................................................................................. 22 *acyclovir* ........................................................................................... 17 *amoxicillin* ........................................................................................ 14 *amoxicillin-pot clavulanate* ............................................................ 14 *ampicillin* .......................................................................................... 14 *anastrozole* ...................................................................................... 21 *azathioprine* ..................................................................................... 24 *azithromycin* .................................................................................... 13

*famotidine* ........................................................................................ 23 *fentanyl* ............................................................................................ 11 FIRMAGON .................................................................................... 22 *fluconazole* ................................................................................ 16, 17 *fludrocortisone acetate* .................................................................. 23 *fluorouracil* ....................................................................................... 22 *flutamide* .......................................................................................... 19 *folic acid* .......................................................................................... 18 FULPHILA ....................................................................................... 17

|  |  |
| --- | --- |
| B  *bicalutamide* .................................................................................... 19 | G |

BICILLIN L-A ............................................................................. 14, 15 BRAFTOVI ...................................................................................... 22

*gabapentin* ...................................................................................... 15 GLEOSTINE ................................................................................... 18

C H

*calcitriol* ............................................................................................ 25 *capecitabine* .................................................................................... 19 CARAFATE ..................................................................................... 23 *ciprofloxacin* .................................................................................... 15 *ciprofloxacin hcl* .............................................................................. 15

*hydrocodone-acetaminophen* ....................................................... 12 *hydrocortisone* ................................................................................ 24 *hydromorphone hcl* .................................................................. 12, 13 *hydroxyurea* .................................................................................... 19

*clarithromycin* .................................................................................. 13 *clotrimazole* ..................................................................................... 22 I

*codeine sulfate* ................................................................................ 12 *cyanocobalamin* .............................................................................. 17 *cyclosporine* .................................................................................... 23 *cyclosporine modified* .................................................................... 23

IBRANCE ........................................................................................ 20 *ibuprofen* ......................................................................................... 11 *imatinib* ............................................................................................ 20 IMBRUVICA .................................................................................... 20 *indomethacin* .................................................................................. 11

|  |  |
| --- | --- |
| D | INFED .............................................................................................. 18 *iron* ................................................................................................... 18 |

*dapsone* ........................................................................................... 16   
*dexamethasone* .............................................................................. 24 DEXFERRUM ................................................................................. 18 K

DILANTIN ........................................................................................ 15 *ketoconazole* ................................................................................... 17

E L

E.E.S. GRANULES ........................................................................ 14 ELIGARD ......................................................................................... 21 ERYPED 200 .................................................................................. 14 ERYPED 400 .................................................................................. 14 ERY-TAB ......................................................................................... 13 ERYTHROCIN STEARATE .......................................................... 14 *erythromycin base* .......................................................................... 14

*lenalidomide* .................................................................................... 22 *leucovorin calcium* ......................................................................... 21 LEUKERAN .................................................................................... 19 leuprolide acetate ........................................................................... *21 levofloxacin* ..................................................................................... 15 *lidocaine viscous* ............................................................................ 13 LONSURF ....................................................................................... 22 LUPRON DEPOT ........................................................................... 21

Página 26 de 28



ONCOLOGIA

LUPRON DEPOT-PED .................................................................. 21 LYNPARZA ..................................................................................... 20

*prednisone (pak)* ............................................................................ 24 *prochlorperazine* ............................................................................. 16 *prochlorperazine edisylate* ............................................................ 16

|  |  |
| --- | --- |
| M | *prochlorperazine maleate* ............................................................. 16 PROCRIT ........................................................................................ 18 |

MATULANE ..................................................................................... 22 MEDROL ......................................................................................... 24

*promethazine hcl* ............................................................................ 16

|  |  |
| --- | --- |
| *megestrol acetate* ........................................................................... 21 *meloxicam* ....................................................................................... 11 | R |

*melphalan* ........................................................................................ 18 *meperidine hcl*................................................................................. 12 *mercaptopurine* ............................................................................... 19 *methotrexate* ............................................................................. 19, 20 *methylprednisolone* ........................................................................ 24 *methylprednisolone (pak)* .............................................................. 24

*raloxifene* ......................................................................................... 19 RAPAMUNE ................................................................................... 24 RETACRIT ...................................................................................... 18 REVLIMID ....................................................................................... 22 RUXIENCE ..................................................................................... 20

*metoclopramide hcl* ........................................................................ 16 *misoprostol* ...................................................................................... 23 S

*morphine sulfate* ............................................................................. 12 *morphine sulfate (concentrate)* ..................................................... 13 *morphine sulfate er* .................................................................. 11, 12 *mycophenolate mofetil* ................................................................... 24 MYLERAN ....................................................................................... 19

*sirolimus* .......................................................................................... 24 sorafenib tosylate ........................................................................... 20 STIVARGA ...................................................................................... 19 *sucralfate* ......................................................................................... 23 *sulfadiazine* ..................................................................................... 15 *sulfamethoxazole-tmp ds* .............................................................. 15

|  |  |
| --- | --- |
| N | *sulfamethoxazole-trimethoprim* ..................................................... 15 *sulindac* ........................................................................................... 11 |

*nabumetone* .................................................................................... 11 *naloxone hcl* .................................................................................... 13 *naltrexone hcl* .................................................................................. 13

*sunitinib* ........................................................................................... 20 SUTENT .......................................................................................... 20

*naproxen* .......................................................................................... 11 *naproxen dr* ..................................................................................... 11 T

NEULASTA ..................................................................................... 17 NEUPOGEN ................................................................................... 17 NEXAVAR ....................................................................................... 20 NIVESTYM ...................................................................................... 17 *nystatin* ............................................................................................ 22

*tacrolimus* ........................................................................................ 24 *tamoxifen citrate* ............................................................................. 19 *temozolomide* ................................................................................. 19 *terbinafine hcl* ................................................................................. 17 *tramadol hcl* .................................................................................... 12 *trimethobenzamide hcl* .................................................................. 16

O TUKYSA .......................................................................................... 20

*omeprazole*...................................................................................... 23

*ondansetron* .................................................................................... 16 V

*ondansetron hcl* .............................................................................. 16 Orserdu ............................................................................................ 19 *oxycodone hcl* ................................................................................. 11 *oxycodone-acetaminophen* ..................................................... 12, 13

P

*penicillin g procaine* ........................................................................ 15

VENCLEXTA .................................................................................. 21 VENCLEXTA STARTING PACK ................................................. 21 VERZENIO...................................................................................... 21

X

XTANDI ........................................................................................... 21

|  |  |
| --- | --- |
| *penicillin v potassium* ..................................................................... 14 *phenytoin* ......................................................................................... 15 | Z |

*phenytoin sodium extended* .......................................................... 15 *prednisolone* .................................................................................... 24 *prednisone* ....................................................................................... 24

ZIEXTENZO .................................................................................... 17 ZOLADEX ....................................................................................... 22

Página 27 de 28



ONCOLOGIA



|  |  |
| --- | --- |
|  | Página 28 de 28 |