

FORMULARIO EHB 2020 |

MEDICAL CARD SYSTEM, INC.



EHB DRUG FORMULARY 2020 |

MEDICAL CARD SYSTEM, INC.



Formulario EHB 2020-I 2020-I EHB Formulary

(Lista de Medicamentos Cubiertos)
(List of Covered Drugs)

**POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE
LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN SU PLAN**

***PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION
ABOUT THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN***

Este formulario se revisó por última vez el 10/6/2021. Para información actualizada u otras preguntas, por favor comuníquese con MCS Life Insurance Company (MCS Life) al 1-888-758-1616. Usuarios audioimpedidos (TTY) deben comunicarse al 1-866-627-8182. Nuestro horario de servicio es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

This formulary was last updated 10/6/2021. For more recent information or other questions, please contact MCS Life Insurance Company (MCS Life) at 1-888-758-1616 or, for TTY users, 1-866-627-8182, service hours are Monday through Friday from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., and Saturday from 8:00 a.m. to 4:30 p.m.



Nota a los asegurados: Este formulario es dinámico y está sujeto a cambios. Por favor revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted toma. Si su medicamento no está en este formulario, refiérase a la sección de “**¿Cuáles son los requisitos y procedimientos para solicitar una excepción para medicamentos recetados?**” en la página viii a su póliza o al certificado de beneficios para más información.

Note to insureds: *This formulary is dynamic and subject to change. Please review this document to make sure it still contains the drugs you take. If your drug is not on this formulary you must refer to the section, “**What are the requirements and procedures for requesting an exception for prescribed medications?**” at page ix your policy, or the certificate of benefits for more information.*

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) que estará vigente a partir del 1ero de diciembre de 2021. Para un formulario actualizado, comuníquese con nuestro Centro de Servicio al Cliente al 787-281-2800 en el área metro o al 1-888-758-1616 (libre de costo) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) podrán llamar al 1-866-627-8182.

This document includes a list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of December 1st 2021. For an updated formulary, call our Call Center at 787-281-2800 in the Metro Area or toll free at 1-888-758-1616 from Monday through Friday from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. and Saturday from 8:00 a.m. to 4:30 p.m. TTY users should call 1-866-627-8182.

MCS Life provee el beneficio del pago de medicamentos recetados por un médico, siempre y cuando los mismos cumplan con los siguientes requisitos:

1. Cuenten con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés)
2. Sean adquiridos por una persona asegurada por MCS Life
3. La preparación y despacho sea trabajada por un farmacéutico autorizado

MCS Life provides payment benefit for drugs prescribed by a physician, as long as such prescriptions meet the following requirements:

1. *Are approved by the Food and Drug Administration (FDA)*
2. *Are acquired by a MCS Life insured person*
3. *Are prepared and dispensed by a licensed pharmacist*

La cubierta incluye medicamentos genéricos preferidos, medicamentos genéricos no preferidos, medicamentos de marca preferida, medicamentos de marca no preferida, medicamentos especializados preferidos y medicamentos especializados no preferidos.

The coverage includes preferred generics, non-preferred generics, preferred brand medications, non-preferred brands, preferred specialty and non-preferred specialty medications.

En cumplimiento con el Artículo 52.040 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, según enmendado, MCS Life proveerá para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (I) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para, al menos,

una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad indicada en uno de los siguientes compendios de referencia estándar:

- *The American Hospital Formulary Service-Drug Information;*
- *The American Medical Association Drug Evaluation;*
- *The United States Pharmacopoeia-Drug Information;* y
- En literatura médica evaluada por homólogos, lo cual significa un estudio científico que haya sido publicado en una revista académica o en otra publicación en la que los manuscritos originales se divulgan luego de haber sido evaluados por peritos independientes e imparciales y que el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas haya determinado que cumple con los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a revistas biomédicas. La literatura médica evaluada por homólogos no incluye publicaciones o suplementos de publicaciones que hayan recibido gran parte de su patrocinio de una compañía manufacturera de productos farmacéuticos o de una organización de seguros de salud o asegurador.

Pursuant to Article 52.040 of the Health Insurance Code of Puerto Rico, as amended, MCS Life will provide for the dispense of covered medications regardless of the illness, injury, condition or disease for which they are prescribed, when: (1) the medication has approval from the FDA for at least one indication, and (2) the medication is recognized for treatment of disease, illness, injury, condition or disease being treated in one of the following compendia reference standard:

- *The American Hospital Formulary Service Drug Information;*
- *The American Medical Association Drug Evaluation;*
- *The United States Pharmacopoeia-Drug Information;*
- *In medical literature evaluated by peers, which means a scientific study that has been published in an academic journal or other publication in which the original manuscripts are released after being evaluated by independent and impartial experts and the International Committee of Medical journal editors has determined that compliance with the Uniform does not include peer-evaluated publications or publications supplements that have received much of its sponsorship from a manufacturing pharmaceutical company or organization health insurance or underwriter.*

Además, se cubrirán los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento a través de la cubierta de servicios médicos.

In addition, medically necessary services that are associated with the administration of the medication through covered medical services will be covered.

Durante la vigencia de su póliza o certificado de beneficios, podrán ocurrir cambios en el formulario o en los procedimientos de manejo de medicamentos por receta relacionados a cambios por motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento de receta no lo pueda suplir o lo ha retirado del mercado, o por la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. A estos efectos, a más tardar a la fecha de efectividad del cambio, MCS Life notificará dicho cambio a:

- todas las personas cubiertas o asegurados y
- a las farmacias participantes, solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. En este caso, el asegurador deberá dar notificación con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión

Este formulario será revisado periódicamente por un grupo independiente de farmacéuticos y médicos con licencia, y contiene medicamentos elaborados por la mayoría de los laboratorios farmacéuticos.

Los requisitos de dispensación pueden variar de acuerdo a su beneficio de medicamentos recetados como, por ejemplo: preautorizaciones, límites en la cantidad de despacho y terapia escalonada. Refiérase a su póliza o al certificado de beneficio para más información sobre su cubierta de farmacia.

During the term of your policy or certificate of benefits, changes to the formulary or in the handling procedures of the prescription drug may occur due to safety reasons, or because the manufacturer of the prescription drug cannot supply or has recalled or, due to the inclusion of new prescription drugs on the formulary. For this purpose, no later than the effective date of the change, MCS Life will notify the change to:

- *all persons covered or insured, and*
- *to the participating pharmacies, only if the change involves the inclusion of new prescription drugs on the formulary. In this case, the insurer must give notice thirty (30) days prior to the effective date of the inclusion.*

This formulary will be reviewed periodically by an independent group of licensed pharmacists and physicians and contains drugs produced by most pharmaceutical companies.

Dispensing requirements may vary according to your prescription drug benefit. Some requirements are: pre authorizations, quantity limits and step therapy. Refer to your policy or certificate of benefit for more information about your pharmacy drug coverage.

¿CÓMO AHORRAR DINERO EN RECETAS?

Su cubierta podría tener preferencia por algunos medicamentos en lugar de otros. Estos se denominan medicamentos preferidos.

Su médico puede ayudarle a ahorrar dinero al recetarle medicamentos genéricos y medicamentos preferidos de marca siempre que esto sea adecuado. Por ello, no olvide traer este formulario cada vez que visite a su médico.

HOW TO SAVE MONEY ON PRESCRIPTIONS?

Your coverage may have preference for certain drugs over others. These are called preferred drugs.

Your doctor can help you save money by prescribing generic drugs and preferred brand drugs when it is most appropriate. Therefore, do not forget to bring this formulary each time you visit your doctor.

¿QUÉ SON LOS MEDICAMENTO GENÉRICOS?

Su cubierta incluye tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

WHAT ARE GENERIC DRUGS?

Your coverage includes both brand name drugs and generic drugs. A generic drug is approved by the FDA because it has the same active ingredient as the brand name drug. Generally, generic drugs cost less than brand name drugs.

¿EXISTEN LÍMITES, EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES EN MI CUBIERTA?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cubierta. Estos requisitos y límites pueden ser:

- **Pre Autorizaciones:** MCS Life requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará la aprobación del plan antes de presentar sus recetas médicas. Si no obtiene aprobación, su plan no cubrirá el medicamento.
- **Límites de cantidad:** MCS Life limita la cantidad de medicamento para ciertos medicamentos.
- **Terapia escalonada:** MCS Life requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Se consideran medicamentos de primera línea aquellas opciones de tratamiento que están respaldadas por guías clínicas nacionales y estándares de la práctica médica como alternativas para utilizarse en la terapia inicial. Los medicamentos de segunda línea son opciones de tratamiento, al igual que los de primera línea, pero las guías nacionales y estándares de la práctica los ubican como alternativas para utilizarse luego de haber utilizado los medicamentos de primera línea.
- **Límites de especialidad (PL1, PL2):** Existen algunos medicamentos que requieren ser prescritos por ciertas especialidades médicas. Usualmente, estos medicamentos son productos especializados o medicamentos que deben ser monitoreados por médicos especializados en ciertas condiciones de salud.
 - Si el médico que prescribe no se encuentra bajo la especialidad médica asignada a la categoría de medicamentos, solamente recibirá un despacho para 15 días de suplido del medicamento prescrito sin repeticiones permitidas.

Para más información sobre los límites y exclusiones de su cubierta refiérase a la su póliza o certificado de beneficios.

ARE THERE ANY RESTRICTIONS ON MY COVERAGE?

Some covered drugs may have additional requirements or coverage limits. These requirements and limits may include:

- **Pre authorization:** MCS Life requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from your plan before you fill your prescriptions. If you don't get approval, the drug will not be covered by your plan.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, MCS Life limits the amount of the drug that will be covered.
- **Step Therapy:** MCS Life requires the patient to use first-line drugs before using any second-line drug treatment. Those first-line drugs treatment options that are backed by national clinical guidelines and standards of medical practice as alternatives for use in the initial therapy are considered. The second-line drugs are treatment options, as well as the first-line, but national guidelines and standards of practice place them as alternatives for use after using the first-line drugs.
- **Specialty Limits (PL1, PL2):** There are some medications that require to be prescribed by certain medical specialties. Usually, these medications are specialized products or drugs that should be monitored by doctors who specialize in certain health conditions.
 - If the prescribing doctor is not under the medical specialty assigned to the medication category, you will only be dispensed 15 days of supply of the prescribed medication without any permitted repetitions.

For more information about the limitations and exclusions of your coverage refer to your policy or the certificate of benefits.

¿QUÉ ES UN MEDICAMENTO PREVENTIVO?

Medicamentos preventivos son los medicamentos que pueden ayudar a evitar el desarrollo de una condición de salud. Ellos pueden ayudarle a mantener su calidad de vida y evitar un tratamiento costoso a largo plazo, muchas enfermedades y condiciones, ayudando a reducir los costos generales de la atención médica. Su plan incluye medicamentos preventivos que pueden ayudar a apoyar el objetivo de la buena salud. Usted puede encontrarlos bajo la categoría de Medicamentos Preventivos.

WHAT IS A PREVENTIVE DRUG?

Preventive drugs are drugs that can help keep you from developing a health condition. They can help you maintain your quality of life and avoid expensive treatment on a long term, many diseases and conditions, helping to reduce general costs of medical care. Your plan includes preventive drugs that can help you stay healthy. You can find them under the Preventive Drug category.

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

El Programa de Medicamentos Especializados es coordinado a través del Servicio de Farmacia Especializada Contratadas. Este programa está enfocado en el manejo de medicamentos especializados utilizados para condiciones crónicas y que requieren precauciones especiales para ser administradas.

El Programa provee para que el asegurado pueda recibir sus despachos de medicamentos especializados en cualquier farmacia dentro de la Red de Farmacias Especializadas contratadas por MCS Life.

Para lograr un mejor servicio para usted es necesario que todo medicamento especializado sea pre autorizado. En aquellos casos en que se prescriba un medicamento especializado por primera vez, usted podrá ir a una farmacia de la Red de Farmacias Especializadas Contratadas y ésta gestionará con MCS Life la pre autorización requerida para el despacho de estos medicamentos especializados. Para los despachos subsiguientes, y de haber expirado esa autorización, el médico debe enviar una nueva receta a la Farmacia Especializada contratada por MCS Life de su selección para que ésta gestione con MCS Life una nueva pre autorización. El plan no cubrirá los medicamentos especializados que no hayan sido pre autorizados.

SPECIALTY DRUGS PROGRAM

The Specialty Drugs Program is coordinated through the Specialized Pharmacy Services. This program is focused on the management of specialized drugs used for chronic conditions that require special precautions to be administered.

The program provides for the insured to receive the dispatch of specialty drugs from any pharmacy within the Specialty Pharmacy Network contracted by MCS Life.

To achieve a better service for you, it is necessary that all specialized drugs are pre authorized. In those cases, in which a specialized medication is prescribed for the first time, you can go to a pharmacy of the Contracted Specialized Pharmacies Network and they will manage with MCS Life the pre-authorization required for the delivery of these specialized medicines. For subsequent dispensing, and if that authorization had expired, the doctor must send a new prescription to your selected Specialty Pharmacy contracted by MCS Life so that they could arrange for a new pre authorization with MCS Life. The plan will not cover specialty medications that have not been pre-authorized.

¿QUÉ SON MEDICAMENTOS OTC (“Over the Counter”)?

Los OTC son medicamentos fuera del recetario aprobado por la FDA. Aunque los medicamentos OTC no requieren receta, MCS Life requiere una orden escrita de su médico para que su medicamento OTC sea cubierto.

WHAT ARE OTC MEDICATIONS (“Over the Counter”)?

OTCs are over the counter medications approved by the FDA. Although OTC drugs do not require a prescription, MCS Life requires a written order from your doctor so that your OTC medication is covered.

¿QUÉ ES COMPONENTE MÉDICO?

Son medicamentos que por lo general no son auto administradas por el asegurado, y se brindan como parte de un servicio médico para ciertas condiciones de salud.

Ejemplo:

- Medicamentos intravenosos
- Quimioterapias intravenosas

WHAT IS MEDICAL COMPONENT?

These are drugs that usually are not self-administered by the insured and are provided as part of a medical service for certain health conditions.

For example:

- Intravenous medications
- Intravenous chemotherapies

¿CUALES SON LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR UNA EXCEPCIÓN PARA MEDICAMENTOS RECETADOS?

MCS Life tiene un procedimiento que le permite a usted, o a su representante, solicitar por escrito una excepción para sus medicamentos recetados.

MCS Life requiere que toda excepción contenga una justificación médica que incluya:

1. Nombre del asegurado,
2. Número de grupo o contrato,
3. Historial del asegurado,
4. Diagnóstico primario relacionado al medicamento de receta solicitado bajo una excepción médica y
5. Justificación médica que indique que el asegurado ha tenido fallos terapéuticos a los medicamentos o alternativas del formulario.

Toda solicitud médica será debidamente evaluada por profesionales de la salud, de acuerdo a la solicitud. La determinación sobre la solicitud considerará los hechos y las circunstancias específicas aplicables al asegurado para la cual se presentó la solicitud, utilizando criterios documentados de revisión clínica que:

- se basan en evidencia clínica, médica y científicas, y
- si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica de MCS Life u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de farmacia.

WHAT ARE THE REQUIREMENTS AND PROCEDURES FOR REQUESTING AN EXCEPTION FOR PRESCRIBED MEDICATIONS?

MCS Life has a procedure that allows you, or your representative, to request in writing an exception for your prescribed medications.

MCS Life requires that any exception for medical reasons includes:

- 1) *Name of the insured,*
- 2) *Group number or contract,*
- 3) *History of the insured,*
- 4) *Primary diagnosis related to prescription drug subject to the application of the medical exception*
- 5) *Medical justification that indicates that the insured has had therapeutic failures to the medications or formulary alternatives*

Each request will be duly reviewed by healthcare professionals, according to the request. The determination will consider the facts and circumstances applicable to the insured for which the request was presented, using documented clinical review criteria that:

- *are based on clinical, medical and scientific evidence; and*
- *if any, appropriate practice guidelines, which may include accepted practice guidelines, evidence-based practice guidelines, practice guidelines developed by MCS Life's Committee of Pharmacy and Therapeutics, or other practice guidelines developed by the federal government or associations, or boards or national or professionals in the pharmacy field.*

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS POR CORREO

Es un programa voluntario a través de WellDyneRx que le permite recibir los medicamentos de mantenimiento por correo regular, autorizando un suministro de hasta noventa (90) días. Los

medicamentos que se despachan por este programa son específicamente aquellos medicamentos para el tratamiento de condiciones crónicas a largo plazo tales como: medicamentos para la diabetes, para controlar la presión arterial, para los desórdenes de la tiroides, para arritmias cardíacas, entre otros. Para información de cómo solicitar los medicamentos bajo este programa, comuníquese con el centro de llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life o acceda a <https://www.mcs.com.pr>

Opciones para registrarse:

- Llame al servicio al cliente de WellDyneRx con su información para registrarse al 1-866-448-3339, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Complete la hoja de registro y envíela junto a la receta a la siguiente dirección o mediante fax:

WellDyneRx
P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804
Fax: 1-888-830-3608 o 1-877-221-1259

- Regístrese en línea en el enlace www.WellDyneRx.com

Como obtener su receta:

- Una vez inscrito, el paciente puede enviar la receta por correo y en el caso que el médico la envíe tendría la opción de receta electrónica y fax (si es de la oficina del médico).
- Es importante solicitar a su médico que escriba la receta para 90 días con las repeticiones autorizadas hasta un año (de ser necesario).
- Repeticiones automáticas están disponibles para los asegurados. Favor de comunicarse con servicio al cliente para más información.

Pago es necesario al momento de la orden:

- Tarjeta de Crédito (puede solicitar guardar la información de tarjeta de crédito para futuras órdenes o repeticiones automáticas.)
- Cheque, cheque por teléfono o Money Order.

De necesitar su receta con urgencia:

Solicite 2 recetas a su médico, una para 30 días de suplido que puede ser despachada en su farmacia de la red y otra para 90 días de suplido con tres (3) repeticiones que pueden ser despachadas a través de WellDyneRx.

Recuerde:

- Permita de 10-14 días desde fecha de envío para recibir su medicamento.
- Servicio de entrega más rápida está disponible a un costo adicional, comunicándose con servicio al cliente de WellDyneRx.
- Comuníquese con Servicio al Cliente para hojas de registro adicionales o visite nuestra página de internet <https://www.mcs.com.pr/> donde puede imprimir todas las que necesite.

MAIL ORDER DRUG PROGRAM

It is a voluntary program through WellDyneRx that allows you to receive maintenance medications by regular mail system authorizing a supply of up to ninety (90) days. The drugs filled by this program are specifically those drugs for the treatment of chronic long-term conditions such as diabetes drugs, to control blood pressure, thyroid disorders, for cardiac arrhythmias, among others. For information about ordering drugs through the mail program, please contact the call center for Customer Service MCS Life or access <https://www.mcs.com.pr>

Options to register:

- *Call WellDyneRx customer service with your registration information at 1-866-448-3339, 24 hours a day, 7 days a week.*
- *Complete the registration form and send it along with the prescription to the following address or through fax:*

WellDyneRx
P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804
Fax: 1-888-830-3608 or 1-877-221-1259

- *Register online at the link www.WellDyneRx.com*

How to get your prescription:

- *Once registered, the patient may send the prescription by mail. The doctor's office has the option to send the prescription Electronically or by fax.*
- *It is important to ask your doctor to write a prescription for 90 days with the authorized refills for up to a one year (if necessary).*
- *Automatic refills are available for members. Please contact customer service for more information.*

Payment is required upon order:

- *Credit Card (you can request to save the credit card information for future orders or auto repeat)*
- *Check, check by phone or Money order.*

If you need your prescription urgently:

Request 2 prescriptions to your doctor, one for a 30-day supply that may be filled at the pharmacy network and another for a 90-day supply with three (3) refills that can be shipped through WellDyneRx.

Remember:

- Allow 10-14 days from date of shipment to receive your medicine.
- Faster delivery service is available at an additional cost, by contacting WellDyneRx customer service.
- Contact Customer Service for additional log sheets or visit our website <https://www.mcs.com.pr> where you can print all you need.

¿CÓMO ENCONTRAR MEDICAMENTOS CON UN COPAGO O COSEGURO MÁS BAJO?

Los medicamentos en este formulario están organizados con el fin de ayudarle a encontrar los medicamentos genéricos preferidos y no preferidos, de marca preferida y no preferida y medicamentos especializados preferidos y no preferidos.

En cada categoría, los medicamentos se encuentran organizados por orden alfabético; a su vez, los medicamentos genéricos preferidos y no preferidos, los medicamentos de marca preferida y no preferida, medicamentos especializados preferidos y no preferidos están clasificados en forma separada:

GENÉRICO - Medicamento genérico preferido

GENÉRICO NO PREFERIDO – Medicamento genérico no preferido

PREFERIDO - Medicamento de marca preferido

NO PREFERIDO - Medicamento de marca no preferido

ESPECIALIZADO PREFERIDO - Medicamento especializado preferido

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO - Medicamento especializado no preferido

PREVENTIVO - Medicamento preventivo

The drugs on this formulary are organized in order to help you find the preferred and non-preferred generic, preferred and non-preferred brand, and preferred and non-preferred specialty drugs.

In each category, the drugs are organized alphabetically, at the same time, preferred and non-preferred generic drugs, preferred and non-preferred brand, and preferred and non-preferred specialty drugs are classified separately:

GENERIC - Indicates a preferred generic drug

NON PREFERRED GENERIC – Indicates a non-preferred generic drug

PREFERRED - Indicates a preferred brand drug

NON PREFERRED - Indicates a non-preferred brand drug

PREFERRED SPECIALTY - Indicates a preferred specialty drug

NON PREFERRED SPECIALTY – Indicates a non-preferred specialty drug

PREVENTIVE - Indicates a preventive drug

¿CÓMO ENCONTRAR SUS MEDICAMENTOS EN ESTE FORMULARIO?

La manera más rápida en que usted puede conseguir sus medicamentos en este formulario es buscando su medicamento en el Índice que comienza en la página 60. El Índice provee una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este formulario. Ambos, medicamentos de marca como genéricos, están incluidos en el Índice. Al lado de su medicamento, usted encontrará el número de la página dónde aparece el mismo. Vaya a la página indicada en el Índice y encuentre el nombre del medicamento y la restricción si es aplicable.

HOW TO FIND DRUGS ON THIS FORMULARY?

The quickest way to find your prescription drugs is by using the Index, starting on page 60. The Index provides all the drugs included in this formulary in alphabetical order. Both brand-name and generic drugs are listed in the Index. You will see the page number where you can find them next to your prescription drug name. Turn to the page listed in the Index and find the name of your prescription drug and the restriction if applicable.

¿LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS PUEDE CAMBIAR?

Sí, MCS Life revisa la Lista de Medicamentos mensualmente. Si está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario 2020 que estaba cubierto al comenzar la póliza, solo podrán ocurrir cambios en el formulario o en procedimientos de manejo de medicamentos de receta bajo las siguientes circunstancias:

- Cuando se publique información adversa nueva sobre la seguridad o efectividad de un medicamento.
- Cuando el fabricante lo ha retirado del mercado o no lo pueda suplir.

Es importante que usted tenga acceso continuo a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan durante el resto del año de cubierta.

Relevo de Responsabilidad: La cubierta de algunos medicamentos puede estar limitada a las formas de dosis específicas y / o potencia del medicamento. El diseño del plan determina lo que está cubierto y el copago aplicable. Durante su año póliza, este formulario, conforme al artículo 4.050 (C) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, puede sufrir cambios u otro procedimiento de manejo, de manera oportuna, en las siguientes situaciones:

- (1) Nueva evidencia científica y médica u otra información relacionada con los medicamentos de receta que figuren en el formulario o estén sujetos a otro procedimiento de manejo y nueva evidencia científica y médica sobre medicamentos de receta recién aprobados y de otra índole que no figuren en el formulario o estén sujetos a algún otro procedimiento de manejo, para determinar si se debe hacer un cambio al formulario o procedimiento de manejo;
- (2) si fuera aplicable, información que reciba la MCS Life respecto a solicitudes de excepción médica para permitir que el Comité de Farmacia y Terapéutica de MCS Life evalúe si

los medicamentos que figuran en el formulario o que están sujetos a otro procedimiento de manejo, cumplen con las necesidades de las personas cubiertas o asegurados; e

(3) información sobre la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta que figuran en el formulario o están sujetos a otro procedimiento de manejo, información sobre medicamentos de receta que sean clínicamente similares o bioequivalentes pero que no figuran en el formulario ni están sujetos a otro procedimiento de manejo, información que surja de las actividades de garantía de calidad de MCS Life, o información incluida en reclamaciones recibidas después de la revisión más reciente del Comité de Farmacia y Terapéutica de MCS Life de dichos medicamentos de receta.

Para determinar el estatus más actualizado de su medicamento, por favor visite nuestra página de Internet, o llame a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente.

MCS Life Insurance Company cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Life Insurance Company complies with the applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MCS Life Insurance Company 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182). **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182)。

CAN THE LIST OF MEDICINES CHANGE?

Yes, MCS Life reviews the List of Covered Drugs on a monthly basis. If you are taking a drug included in our 2020 formulary that was covered at the beginning of the policy, changes to the formulary or handling procedures for a prescription drug can only occur in the following circumstances:

- *when new adverse information about the safety or effectiveness of a drug is published, or*
- *when the manufacturer has withdrawn it from the market or can not supply it.*

It is important that you have continuous access to the formulary drugs that were available when you chose our plan for the remainder of the coverage year.

Limitation of Liability: *Coverage for some medications may be limited to specific dosage forms and / or medication strength. The plan design determines what is covered and the applicable copayment. Pursuant to article 4.050 (C) of the Health Insurance Code of Puerto Rico, during this policy year, this formulary may undergo changes or other handling procedures, in a timely manner, based on the following situations:*

(1) New scientific and medical evidence or other information related to prescription drugs that

- appear on the formulary or are subject to another management procedure and new scientific and medical evidence about newly approved prescription and other medications not listed the formulary or are subject to some other management procedure, to determine if a change to the form or handling procedure should be made;
- (2) if applicable, information received by the MCS Life regarding medical exception requests to allow the MCS Life's Pharmacy and Therapeutics Committee to evaluate whether the medications that appear on the formulary or that are subject to another management procedure meet the needs of the covered or insured persons; and
- (3) information on the safety and efficacy of prescription medications that are listed on the formulary or are subject to another management procedure, information on prescription drugs that are clinically similar or bioequivalent but that are not listed on the formulary or are not subject to another management procedure, information that arises from the quality assurance activities of MCS Life, or information included in claims received after the most recent review by the MCS Life's Pharmacy and Therapeutic Committee of said prescription medications.

To determine the most up-to-date status of your medication, please visit our website at, or call our Customer Service Call Center.

MCS Life Insurance Company complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. MCS Life Insurance Company complies with the applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MCS Life Insurance Company 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182)。

TABLA DE CONTENIDO / TABLE OF CONTENTS

AGENTES ANORECTALES (ANORECTAL AGENTS)	8
Anestésicos Rectales / Esteroides (Rectal Anesthetic/Steroids)	8
Esteroides rectales (Rectal Steroids).....	8
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES (ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS)	8
Anticuerpos Antiasmáticos Monoclonales (Antiasthmatic - Monoclonal Antibodies)	8
AGENTES ANTIESPÁSTICIDAD (ANTISPASTICITY AGENTS)	8
Agentes Antiespasticidad (Antispasticity Agents).....	8
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS (ANTI-INFLAMMATORY AGENTS)	8
Glucocorticoides (Glucocorticoids).....	8
Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroidales (Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs).....	8
AGENTES ANTIMIASTENIA (ANTIMYASTHENIC AGENTS)	8
Parasimpatomiméticos (Parasympathomimetics).....	8
AGENTES ANTIPARKINSON (ANTIPARKINSON AGENTS)	8
Agentes Antiparkinson, Otros (Antiparkinson Agents, Other)	8
Agonistas De Dopamina (Dopamine Agonists)	8
Anticolinérgicos (Anticholinergics).....	9
Inhibidores De Monoamina Oxidasa B (IMao-B) (Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors).....	9
Inhibidores de Precursores de Dopamina / L-Amino Ácidos de Descarboxilasa (Dopamine 9 Precursors/L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors).....	9
AGENTES CARDIOVASCULARES (CARDIOVASCULAR AGENTS)	9
Agentes Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos (Alpha-adrenergic Blocking Agents).....	9
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos (Beta-adrenergic Blocking Agents)	9
Agentes Bloqueadores De Canal De Calcio (Calcium Channel Blocking Agents)	10
Agentes Cardiovasculares, Otros (Cardiovascular Agents, Other)	11
Agonistas Alfa-Adrenérgicos (Alpha-adrenergic Agonists)	11
Antagonistas Para Receptores De Angiotensina II (Angiotensin II Receptor Antagonists)	11
Antagonistas del Receptor de Angiotensina II & Tiazidas/Parecidos a Tiazidas (Angiotensin II	11
Antiarrítmicos (Antiarrhythmics)	11
Dislipidémicos, Derivados De Ácido Fólico (Dyslipidemics, Folic Acid Derivatives)	12
Dislipidémicos, Inhibidores de la HMG CoA Reductasa (Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors)	12
Dislipidémicos, Otros (Dyslipidemics, Other).....	12
Diuréticos de Asa (Diuretics, Loop)	12
Diuréticos, Tiazida (Diuretics, Thiazide).....	12
Diuréticos, ahorradores de potasio (Diuretics, Potassium-sparing)	12
Diuréticos, inhibidores de anhidrasa carbónica (Diuretics, Carbonic Anhydrase Inhibitors).....	13
Inhibidores De enzima convertidora de angiotensina II (Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors) ...	13
Vasodilatadores, Arteriales / Venosos De Acción Directa (Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous).....	13
Vasodilatadores, Arteriales De Acción Directa (Vasodilators, Direct-acting Arterial)	14
AGENTES CONTRA LA DEMENCIA (ANTIDEMENTIA AGENTS)	14
Agentes Contra La Demencia, Otros (Antidementia Agents, Other)	14
Antagonistas del Receptor de N-metilo-D-aspartato (NMDA) (N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist)	14
Inhibidores De Colinesterasa (Cholinesterase Inhibitors)	14
AGENTES CONTRA LA GOTA (ANTIGOUT AGENTS)	14
Agentes Contra La Gota (Antigout Agents)	14
AGENTES CONTRA LA MIGRAÑA (ANTIMIGRAINE AGENTS)	14
Agonistas De Receptores De Serotonina (5-Ht) 1B/1D (Serotonin (5-HT) 1b/1d Receptor Agonists).....	14
Alcaloides de Ergot (Ergot Alkaloids).....	14
Profilácticos (Prophylactic)	15
AGENTES DENTALES Y ORALES (DENTAL AND ORAL AGENTS)	15

Agentes Dentales Y Orales (Dental and Oral Agents)	15
AGENTES DERMATOLOGICOS (DERMATOLOGICAL AGENTS)	15
Agentes Dermatologicos (Dermatological Agents)	15
Agentes Dermatologicos, Otros (Dermatological Agents, Other)	15
Agentes Emolientes/Keratoliticos (Emollient/Keratolytic Agents)	15
Agentes Rosacea (Rosacea Agents)	15
Antibioticos Para el Acne (Acne Antibiotics)	15
Antibioticos Topicos (Antibiotics - Topical).....	15
Antisoriasicos (Antipsoriatics)	15
Combinaciones De Emolientes (Emollients Combinations)	16
Combinaciones De Productos Para el Acne (Acne Products Combinations)	16
Combinaciones Emolientes/Keratoliticos (Emollient/Keratolytic Combinatios)	16
Combinaciones Topicas Esteroidales (Topical Steroid Combinations)	16
Corticosteroides Topicos (Corticosteroids - Topical)	16
Emolientes (Emollients)	17
Inmunosupresores Macrolidos - Topicos (Macrolide Immunosuppressants - Topical).....	17
Productos Antiseborreicos (Antiseborrheic Products)	17
Productos Para Quemadas (Burn Products)	17
Productos Para el Acne (Acne Products).....	17
AGENTES ENDOCRINOS Y METABOLICOS - MISC. (ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.)	17
Antagonistas GNRH/LHRH (GnRH/LHRH Antagonists)	17
AGENTES GASTROINTESTINALES (GASTROINTESTINAL AGENTS)	17
Agentes Gastrointestinales, Otros (Gastrointestinal Agents, Other)	17
Agentes para el sindrome de intestino irritable (Irritable Bowel Syndrome Agents)	18
Antagonistas De Receptores histamina2 (H2) (Histamine2 (H2) Receptor Antagonists)	18
Antibacteriales (Antibacterials)	18
Antiespasmoticos, Gastrointestinales (Antispasmodics, Gastrointestinal).....	18
Antiinfectivos Para Ulcera Con Combinaciones Bismuto (Ulcer Anti-infective with Bismuth Combinations).....	18
Inhibidores De Bomba De Protones (Proton Pump Inhibitors).....	18
Laxantes (Laxatives).....	18
Protectores (Protectants)	18
AGENTES GENITOURINARIOS (GENITOURINARY AGENTS)	18
Agentes Genitourinarios, Otros (Genitourinary Agents, Other)	18
Agentes Para La Hipertrofia Prostatica Benigna (Benign Prostatic Hypertrophy Agents).....	19
Aglutinantes de Fosfato (Phosphate Binders).....	19
Analgesicos Urinarios (Urinary Analgesic).....	19
Antiespasmoticos, Urinarios (Antispasmodics, Urinary)	19
Antiespasmoticos, Urinarios (Antispasmodics, Urinary)	19
Irrigantes Genitourinarios Antiinfectivos (Anti-Infective Genitourinary Irrigants)	19
AGENTES HEMATOPOYETICOS (Hematopoietic Agents)	19
Hierro (Iron)	19
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES / REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (ADRENALES) (HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)).....	19
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazadores / Modificadores (Adrenales) (Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal))	19
Glucocorticoides/Mineralocorticoides (Glucocorticoids/Mineralocorticoids).....	19
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES / REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (HORMONA SEXUAL) (HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES /MODIFIERS))	20
Agentes Modificadores De Receptores Selectivos De Estrógeno (Selective Estrogen Receptor Modifying Agents)	20
Androgenos (Androgens)	20
Estrogenos (Estrogens).....	20
Progestinas (Progestins)	20

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES / REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (PITUITARIA) (HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY))	21
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazadores / Modificadores (Pituitaria) (Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary))	21
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES / REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (PROSTAGLANDINA) (HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT /MODIFYING (PROSTAGLANDINS))	21
Agentes hormonales, estimulantes / reemplazadores / modificadores (prostaglandina) (Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Prostaglandins))	21
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES / REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (TIROIDE) (HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID))	21
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazadores / Modificadores (Tiroide) (Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid))	21
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (ADRENALES) (HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL))	21
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenales) (Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal))	21
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (HORMONAS SEXUALES / MODIFICADORES) (HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (SEX HORMONES/ MODIFIERS))	21
Antiandrogenos (Antiandrogens)	21
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PARATIROIDALES) (HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PARATHYROID))	22
Agentes Hormonales, Supresores (Paratiroidales) (Hormonal Agents, Suppressant (Parathyroid))	22
Tratamiento Hiperparatiroides - Analogos De Vitamina D (Hyperparathyroid Treatment – Vitamin D Analogs)	22
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA) (HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY))	22
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria) (Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary))	22
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDE) (HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID))	22
Agentes Antitiroideo (Antithyroid Agents)	22
AGENTES INMUNOLOGICOS (IMMUNOLOGICAL AGENTS)	22
Inmunomoduladores (Immunomodulators)	22
Supresores Inmunologicos (Immune Suppressants)	22
AGENTES METABOLICOS PARA ENFERMEDAD OSEA (METABOLIC BONE DISEASE AGENTS)	23
Agentes Metabolicos Para Enfermedad Osea (Metabolic Bone Disease Agents)	23
AGENTES MISCELANEOS TERAPEUTICOS (MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS)	23
Agentes Miscelaneos Terapeuticos (Miscellaneous Therapeutic Agents)	23
AGENTES OFTALMICOS (OPHTHALMIC AGENTS)	23
Agentes Antialergicos Oftalmicos (Ophthalmic Anti-allergy Agents)	23
Agentes Oftalmicos Contra La Glaucoma (Ophthalmic Antiglaucoma Agents)	23
Agentes Oftalmicos, Otros (Ophthalmic Agents, Other)	23
Analogos De Prostamida Y Prostaglandina Oftalmica (Ophthalmic Prostaglandin and Prostamide Analogs)	24
Anestesia Local (Local Anesthetics)	24
Antibacteriales (Antibacterials)	24
Anticolinergicos (Anticholinergics)	24
Antiinflamatorios Oftalmicos (Ophthalmic Anti-inflammatories)	24
AGENTES OTICOS (OTIC AGENTS)	24
Agentes Oticos, Otros (Otic Agents, Other)	24
Antiinfectivos Oticos (Otic Anti-Infectives)	24
Combinaciones De Antiinfectivos Oticos Esteroidales (Otic Anti-Infective-Steroids Combination)	24
Esteroides Oticos (Otic Steroids)	24
AGENTES PARA BIPOLARIDAD (BIPOLAR AGENTS)	24
Agentes para Bipolaridad, Otros (Bipolar Agents, Other)	24
Estabilizadores Del Animo (Mood Stabilizers)	25
AGENTES PARA EL DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD (ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) AGENTS)	25

Estimulantes - Misc. (Stimulants - Misc.)	25
AGENTES PARA EL SINDROME DE INTESTINO INFLAMADO (INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS)	25
Aminosalicilatos (Aminosalicylates)	25
Glucocorticoides (Glucocorticoids)	25
Sulfonamidas (Sulfonamides)	25
AGENTES PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS)	25
Agentes Para Fibromialgia (Fibromyalgia Agents)	25
Agentes Para La Esclerosis Multiple (Multiple Sclerosis Agents)	25
Agentes Para el Deficit De Atencion E Hiperactividad - Anfetamina (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines)	25
Agentes Para el Deficit De Atencion E Hiperactividad - No Anfetamina (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines)	26
Agentes Para el Sistema Nervioso Central, Otros (Central Nervous System, Other)	26
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS / CONTRA LA ADICCION (ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS)	26
Antagonistas Opioides (Opioid Antagonists)	26
Disuasivos para el alcohol / deseo compulsivo (Alcohol Deterrents/Anti-craving)	27
Tratamiento Para Dependencia En Opioides (Opioid Dependence Treatments)	27
AGENTES PARA PROBLEMAS DE SUEÑO (SLEEP DISORDER AGENTS)	27
Hipnoticos De Benzodiazepina (Benzodiazepine Hypnotics)	27
Moduladores Receptores Gaba (GABA Receptor Modulators)	27
Problemas De Sueño, Otros (Sleep Disorders, Other)	27
AGENTES PSICOTERAPEUTICOS Y NEUROLOGICOS - MISC. (PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.)	27
Agentes Para La Esclerosis Multiple (Multiple Sclerosis Agents)	27
AGENTES PULMONARES DEL TRACTO RESPIRATORIO (RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS)	27
Adrenergicos Mixtos (Mixed Adrenergics)	27
Agentes para La Fibrosis Quistica (Cystic Fibrosis Agents)	27
Agentes del Tracto Respiratorio, Otros (Respiratory Tract Agents, Other)	27
Antihipertensivos Pulmonares (Pulmonary Antihypertensives)	28
Antihistaminicos (Antihistamines)	28
Antiinflamatorios, Corticosteroides Inhalados (Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids)	28
Antileucotrienos (Antileukotrienes)	28
Broncodilatadores, Anticolinergicos (Bronchodilators, Anticholinergic)	28
Broncodilatadores, Inhibidores de la Fosfodiesterasa (Xantinas) (Bronchodilators, Phosphodiesterase Inhibitors (Xanthines))	29
Broncodilatadores, Simpatomimeticos (Bronchodilators, Sympathomimetic)	29
Estabilizadores de mastocitos (Mast Cell Stabilizers)	29
ANALGESICOS (ANALGESICS)	29
Analgesicos - Sedantes (Analgesics-Sedatives)	29
Analgesicos Opioides - Corta Duracion (Opioid Analgesics, Short-acting)	29
Analgesicos Opioides - Larga Duracion (Opioid Analgesics, Long-acting)	29
Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroidales (Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs)	30
ANESTESICOS (ANESTHETICS)	30
Anestesia Local (Local Anesthetics)	30
ANSIOLITICOS (ANXIOLYTICS)	30
Ansioliticos, Otros (Anxiolytics, Other)	30
Inhibidores Selectivos de la Recaptacion de Serotonina / Norepinefrina (SSRIs / SNRIs) (SSRIs /SNRIs (Selective Serotonin Reuptake inhibitors/ Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibit)	30
ANTIBACTERIALES (ANTIBACTERIALS)	31
Aminoglicosidos (Aminoglycosides)	31

Antibacteriales, Otros (Antibacterials, Other)	31
Cefalosporinas, betalactamico (Beta-lactam, Cephalosporins)	31
Lincosamidas (Lincosamides)	31
Macrolidos (Macrolides)	31
Penicilinas, betalactamico (Beta-lactam, Penicillins)	32
Quinolonas (Quinolones)	32
Sulfonamidas (Sulfonamides)	32
Tetraciclinas (Tetracyclines)	32
ANTICONVULSIVOS (ANTICONVULSANTS)	33
Agentes Aumentadores del Acido Gamma-Aminobutirico (Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents)	33
Agentes Canal De Sodio (Sodium Channel Agents)	33
Agentes Modificadores De Canal De Calcio (Calcium Channel Modifying Agents)	33
Agentes Reductores De Glutamato (Glutamate Reducing Agents)	34
Anticonvulsivos, Misc. (Anticonvulsants, Misc.)	34
Anticonvulsivos, Otros (Anticonvulsants, Other)	34
ANTIDEPRESIVOS (ANTIDEPRESSANTS)	34
Antagonistas De Receptores Alfa-2 (Tetraciclicos) (Alpha-2 Receptor Antagonist (Tetracyclics))	34
Antidepresivos, Otros (Antidepressants, Other)	34
Combinaciones Antidepresivas (Antidepressant Combinations)	34
Inhibidores De Monoamina Oxidasa (IMAO) (Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIS))	34
Inhibidores de la Recaptacion de Serotonina y Norepinefrina (Serotonin/Norepinephrine Reuptake Inhibitor)	35
Moduladores De Serotonina (Serotonin Modulators)	35
Triciclicos (Tricyclics)	35
ANTIEMETICOS (ANTIEMETICS)	36
Adjuntivos de la Terapia Emetogenica (Emetogenic Therapy Adjuncts)	36
Anticolinergicos (Anticholinergics)	36
Antiemeticos, Otros (Antiemetics, other)	36
ANTIFUNGALES (ANTIFUNGALS)	36
Antifungales (Antifungals)	36
Antifungales - Combinaciones Topicas (Antifungals - Topical Combinations)	36
Antifungales - Topicos (Antifungals - Topical)	36
Antifungales Relacionados al Imidazole - Topicos (Imidazole-Related Antifungals - Topical)	36
Imidazoles (Imidazoles)	36
Triazoles (Triazoles)	37
ANTIMICOBACTERIAS (ANTIMYCOBACTERIALS)	37
Antimicobacterias, Otros (Antimycobacterials, Other)	37
Antituberculares (Antituberculars)	37
ANTINEOPLASICOS (ANTINEOPLASTICS)	37
Antineoplastico - Inhibidores Pdgfr-Alpha (Antineoplastic - Pdgfr-Alpha Inhibitors)	37
Agentes Alquilantes (Alkylating Agents)	37
Agentes Alquilantes - Topicos (Alkylating Agents - Topical)	37
Agentes Antiangiogenicos (Antiangiogenic Agents)	37
Antiandrogenos (Antiandrogens)	38
Antiestrogenos / Modificadores (Antiestrogens/Modifiers)	38
Antimetabolitos (Antimetabolites)	38
Antimetabolitos - Topicos (Antimetabolites - Topical)	38
Antineoplasicos o lesiones pre-malignas - NSAIDs topicos (Antineoplastics or Premalignant Lesions – Topical NSAID's)	38
Antineoplasicos retinoidales - topicos (Antineoplastics Retinoids - Topical)	38
Antineoplasicos, Inhibidores De Objetivo Molecular (Antineoplastics, Molecular Target Inhibitors)	38
Antineoplasicos, Otros (Antineoplastics, Other)	38

Inhibidores De Enzimas (Enzyme Inhibitors)	40
Inhibidores De aromatasa - 3ra generacion (Aromatase Inhibitors, 3rd Generation).....	40
Inhibidores De objetivo molecular (Molecular Target Inhibitors)	40
Retinoides (Retinoids).....	40
ANTIPARASITICOS (ANTIPARASITICS).....	40
Antihelminticos (Anthelmintics)	41
Antiprotozoarios (Antiprotozoals).....	41
Pediculicidas / Escabicidas (Pediculicides/Scabicides)	41
ANTIPSICOTICOS (ANTIPSYCHOTICS).....	41
Primera Generacion / Tipicos (1st Generation/Typical)	41
Resistente A Tratamiento (Treatment-Resistant)	41
Segunda Generacion / Atipicos (2nd Generation/Atypical)	42
ANTIVIRALES (ANTIVIRALS).....	42
Agentes Anti-Citomegalovirus (CMV) (Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents)	42
Agentes Anti-HIV, Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No-Nucleosida (Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI))	42
Agentes Anti-HIV, Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Nucleosida y Nucleotida (Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI))	42
Agentes Antiherpeticos (Antiherpetic Agents)	42
Agentes Contra La Influenza (Anti-influenza Agents).....	43
Agentes Contra VIH, Inhibidores De Proteasa (Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors).....	43
Agentes Contra VIH, Otros (Anti-HIV Agents, Other)	43
Agentes contra la Hepatitis (Antih hepatitis Agents).....	43
Antivirales - Topicos (Antivirals - Topical).....	43
COMPONENTE MEDICO (MEDICAL COMPONENT)	51
Medicamentos Intravenosos (intravenous Medications)	51
Premedicaciones (Premedications).....	53
Preventivo – Anticonceptivos de Cobre -IUD (Preventive - Copper Contraceptives – IUD).....	54
Preventivo – Anticonceptivos de Progestina -Implantes (Preventive - Progestin Contraceptives – Implants) .	54
Preventivo – Anticonceptivos de Progestina -IUD (Preventive - Progestin Contraceptives – IUD)	54
Quimioterapias Intravenosas (Intravenous Chemotherapies)	54
Radioterapia (Radiotherapy).....	57
EQUIPO MEDICO (MEDICAL DEVICES)	43
Agujas Y Jeringuillas (Needles & Syringes)	43
MEDICAMENTOS OTC (Over the Counter Drugs)	58
Agentes Anti-Inflamatorios no esteroidales (Non-Steroidal Antiinflammatory Agents).....	58
Analgésicos – otros (Analgesics, Other)	58
Antifungales – tópicos (Antifungals – Topical)	58
Antihistaminicos – Etanolaminas (Antihistamines - Ethanalamines)	58
Antihistamínicos - no-sedativos (Antihistamines non-sedating)	58
Combinaciones para la tos/catarro/alergia (Cough / Cold / Allergy Combinations).....	58
Descongestionantes oftálmicos (Ophthalmic Decongestants)	58
Esteroides nasales (Nasal Steroids).....	58
Inhibidores de la bomba de proton (Proton Pump Inhibitors)	58
Lagrimas artificiales y lubricantes (Artificial Tears and Lubricants)	58
Laxantes estimulantes (Stimulant Laxatives)	58
Laxantes – Misceláneos (Laxatives – Miscellaneous)	58
Multivitaminas (Multivitamins)	58
Multivitaminas con Minerales (Multiple Vitamins w/ minerals)	58
Oftálmicos – misc (Ophthalmic Misc.)	59
Productos de vitaminas especializadas (Specialty Vitamin Products).....	59
MEDICAMENTOS PREVENTIVOS ACA (ACA PREVENTIVE DRUGS)	44
Acido Folico (Folic Acid).....	44

Agente De Preparacion Intestinal (Bowel Preparation Agents)	44
Agentes Para Cesacion De Fumar (Smoking Cessation Agents)	44
Aminoacidos sin Fenilalanina (Phenylalanine-Free Amino Acids)	44
Anticonceptivos Inyectables De Progestina (Progestin Contraceptives - Injectable)	45
Anticonceptivos Orales Continuos (Continuos Contraceptives – Oral)	45
Anticonceptivos Orales de Ciclo Extendido (Extended-Cycle Contraceptives – Oral)	45
Anticonceptivos de Combinación – Anillo Vaginal (Combination Contraceptives – Vaginal Ring)	45
Anticonceptivos de Combinación – Parcho Transdermal (Combination Contraceptives – Transdermal Patch)	45
Aspirina (Aspirin)	45
Cancer De Mama (Breast Cancer)	45
Capuchones Cervicales con Espermicida (Cervical Caps with Spermicide)	45
Combinaciones Anticonceptivas Orales (Combination Contraceptives - Oral)	45
Condomes Femeninos (Condoms – Female)	45
Contraceptivos (Contraceptives)	45
Contraceptivos de Emergencia (Emergency Contraceptives)	45
Diafragmas con Espermicida (Diaphragms with Spermicide)	46
Espermicida (Spermicide)	46
Espanja con Espermicida (Sponge with Spermicide)	46
Fluoruro (Fluoride)	46
Hierro (Iron)	46
Vitamina D (Vitamin D)	46
Vitaminas Prenatales (Prenatal Vitamins)	47
NUTRIENTES TERAPEUTICOS / MINERALES / ELECTROLITOS (THERAPEUTIC NUTRIENTS/MINERALS/ELECTROLYTES)	47
Electroliticos / Modificadores Minerales (Electrolyte/Mineral Modifiers)	47
Electroliticos / Reemplazo De Minerales (Electrolyte/Mineral Replacement)	47
PRODUCTOS PARA LA SANGRE / MODIFICADORES/ AUMENTO DE VOLUMEN (BLOOD PRODUCTS/MODIFIERS/VOLUME EXPANDERS)	47
Agentes Modificadores De Plaquetas (Platelet Modifying Agents)	47
Anticoagulantes (Anticoagulants)	47
Coagulantes (Coagulants)	48
Modificadores De Formacion De Sangre (Blood Formation Modifiers)	48
PRODUCTOS VAGINALES (VAGINAL PRODUCTS)	48
Antibacteriales, Otros (Antibacterials, Other)	48
Antifungales (Antifungals)	48
Estrogenos (Estrogens)	48
Progestinas (Progestins)	48
REEMPLAZO DE ENZIMAS / MODIFICADORES (ENZYME REPLACEMENT/MODIFIERS)	48
Reemplazo De Enzimas / Modificadores (Enzyme Replacement/Modifiers)	48
REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE (BLOOD GLUCOSE REGULATORS)	48
Agentes Contra La Diabetes (Antidiabetic Agents)	48
Agentes Glucemicos (Glycemic Agents)	49
Combinaciones de Inhibidores de Dipeptidil Peptidasa-4 (DPP-4) y Biguanidas (Dipeptidyl Peptidase - 4 (DPP-4) Inhibitors - Biguanide Combinations)	49
Inhibidores De Dipeptidil Peptidasa-4 (DPP-4) (Dipeptidyl Peptidase - 4 (DPP-4) Inhibitors)	49
Inhibidores de SGLT2 (Sodium-Glucose Co-Transporter 2 (SglT2) Inhibitors)	49
Insulinas (Insulins)	49
RELAJANTES MUSCULARES (SKELETAL MUSCLE RELAXANTS)	50
Relajantes Musculares (Skeletal Muscle Relaxants)	50
VASOPRESORES (VASOPRESSORS)	50
Agentes para Terapia de Anafilaxis (Anaphylaxis Therapy Agents)	50
Vasopresores (Vasopressors)	50
VITAMINAS (VITAMINS)	50
Acido Folico (Folic Acid)	50
Vitaminas Prenatales (Prenatal Vitamins)	50

AGENTES ANORECTALES (ANORECTAL AGENTS)

ANESTESICOS RECTALES / ESTEROIDES (RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Lidocaine-hydrocortisone Acetate Rectal Cre 3-0.5%

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Ana-lex Kit 2-2%

Lidocaine/hc Kit 3%-0.5%

Lidocaine/hc Kit 3%-1%

Lidocaine/hc Kit 3-2.5%

ESTEROIDES RECTALES (RECTAL STEROIDS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Hydrocortisone Rectal Enema 100 Mg/60ml

AGENTES ANTIASMAICOS Y BRONCODILADORES (ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS)

ANTICUERPOS ANTIASMAICOS MONOCLONALES (ANTIASTHMATIC - MONOCLONAL ANTIBODIES)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Fasenra Pen Subcut. Sol Auto-inj 30 Mg/ml ^{PA}

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Nucala Subcut. Sol Auto-inj 100mg/ml ^{PA}

Nucala Subcut. Sol Prefilled Syr 100mg/ml ^{PA}

AGENTES ANTIESPASTICIDAD (ANTISPASTICITY AGENTS)

AGENTES ANTIESPASTICIDAD (ANTISPASTICITY AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Baclofen Tab 10mg

Baclofen Tab 20mg

Baclofen Tab 5mg

Tizanidine Cap 2mg

Tizanidine Tab 2mg

Tizanidine Tab 4mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Dantrolene Cap 100mg

Dantrolene Cap 25mg

Dantrolene Cap 50mg

Tizanidine Cap 4mg

Tizanidine Cap 6mg

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS (ANTI-INFLAMMATORY AGENTS)

GLUCOCORTICOIDES (GLUCOCORTICOIDES)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Budesonide Cap Dr 3mg

MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES (NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Diclofenac Pot Tab 50mg
Diclofenac Sod Er Tab 100mg
Diclofenac Sod Tab Dr 25mg
Diclofenac Sod Tab Dr 50mg
Diclofenac Sod Tab Dr 75mg
Diclofenac Sodium External Gel 1 %
Diclofenac Sodium External Sol 1.5 %

Etodolac Cap 200mg

Etodolac Cap 300mg

Etodolac Er Tab 400mg

Etodolac Tab 400mg

Etodolac Tab 500mg

Indomethacin Cap 25mg

Indomethacin Cap 50mg

Ketorolac Tromet Inj 60mg/2ml

Ketorolac Tromet Tab 10mg ^{QL}

Meloxicam Tab 15mg

Meloxicam Tab 7.5mg

Nabumetone Tab 500mg

Nabumetone Tab 750mg

Piroxicam Cap 10mg

Piroxicam Cap 20mg

Sulindac Tab 150mg

Sulindac Tab 200mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Etodolac Er Tab 500mg

Etodolac Er Tab 600mg

AGENTES ANTIMIASTENIA (ANTIMYASTHENIC AGENTS) PARASIMPATOMIMETICOS (PARASYMPATHOMIMETICS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Pyridostigmine Tab 60mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Pyridostigmine Bromide Er Tab 180mg

Pyridostigmine Bromide Sol 60 Mg/5ml

Pyridostigmine Bromide Tab 30 Mg

AGENTES ANTIPARKINSON (ANTIPARKINSON AGENTS)

AGENTES ANTIPARKINSON, OTROS (ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Entacapone Tab 200mg

Rasagiline Mesylate Tab 0.5mg

Rasagiline Mesylate Tab 1mg

AGONISTAS DE DOPAMINA (DOPAMINE AGONISTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Bromocriptine Cap 5mg

Pramipexole Tab 0.125mg

Pramipexole Tab 0.25mg

Pramipexole Tab 0.5mg

Pramipexole Tab 0.75mg

Pramipexole Tab 1.5mg

Pramipexole Tab 1mg

Ropinirole Er Tab 2mg

Ropinirole Tab 0.25mg

Ropinirole Tab 0.5mg

Ropinirole Tab 1mg

Ropinirole Tab 2mg

Ropinirole Tab 3mg

Ropinirole Tab 4mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Bromocriptine Tab 2.5mg

Pramipexole Er Tab 0.75mg

Pramipexole Er Tab 1.5mg

Ropinirole Er Tab 12mg

Ropinirole Er Tab 4mg

Ropinirole Er Tab 6mg

Ropinirole Er Tab 8mg

Ropinirole Hcl Tab 5mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Neupro Dis 1mg/24hr

Neupro Dis 2mg/24hr

Neupro Dis 3mg/24hr

Neupro Dis 4mg/24hr

Neupro Dis 6mg/24hr

Neupro Dis 8mg/24hr

ANTICOLINERGICOS (ANTICHOLINERGICS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Benztrapine Tab 0.5mg

Benztrapine Tab 1mg

Benztrapine Tab 2mg

Trihexyphenidyl Tab 2mg

Trihexyphenidyl Tab 5mg

INHIBIDORES DE MONOAMINA OXIDASA B (IMAO-B)

(MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Selegiline Cap 5mg

Selegiline Tab 5mg

INHIBIDORES DE PRECURSORES DE DOPAMINA / L-AMINO

ACIDOS DE DECARBOXILASA (DOPAMINE PRECURSORS/L-

AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Carbidopa/levo Er Tab 25-100mg

Carbidopa/levo Er Tab 50-200mg

Carbidopa/levo Tab 10-100mg

Carbidopa/levo Tab 25-100mg

Carbidopa/levo Tab 25-250mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Carbidopa Tab 25mg

AGENTES CARDIOVASCULARES (CARDIOVASCULAR AGENTS)

AGENTES BLOQUEADORES ALFA-ADRENERGICOS (ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Prazosin Hcl Cap 1mg

Prazosin Hcl Cap 2mg

Terazosin Cap 10mg

Terazosin Cap 1mg

Terazosin Cap 2mg

Terazosin Cap 5mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Prazosin Hcl Cap 5mg

AGENTES BLOQUEADORES BETA-ADRENERGICOS (BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Acebutolol Cap 200mg

Acebutolol Cap 400mg

Atenolol Tab 100mg

Atenolol Tab 25mg

Atenolol Tab 50mg

Atenolol/chlor Tab 100-25mg

Atenolol/chlor Tab 50-25mg

Betaxolol Tab 10mg

Betaxolol Tab 20mg

Bisoprolol Fum Tab 10mg

Bisoprolol Fum Tab 5mg

Bisoprolol/hctz Tab 10/6.25mg

Bisoprolol/hctz Tab 2.5/6.25mg

Bisoprolol/hctz Tab 5-6.25mg

Carvedilol Tab 12.5mg

Carvedilol Tab 25mg

Carvedilol Tab 3.125mg

Carvedilol Tab 6.25mg

Labetalol Tab 100mg

Labetalol Tab 200mg

Labetalol Tab 300mg

Metoprolol Succinate Tab Sr 24hr 100mg

Metoprolol Succinate Tab Sr 24hr 200mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrica), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Metoprolol Succinate Tab Sr 24hr 25mg
Metoprolol Succinate Tab Sr 24hr 50mg
Metoprolol Tartrate Tab 100mg
Metoprolol Tartrate Tab 25mg
Metoprolol Tartrate Tab 50mg
Metoprolol/hctz Tab 100-25mg
Metoprolol/hctz Tab 50-25mg
GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
Metoprolol Tartrate Iv Sol 5mg/5ml
Metoprolol/hctz Tab 100-50mg

Nadolol Tab 20mg
Nadolol Tab 40mg
Nadolol Tab 80mg

AGENTES BLOQUEADORES DE CANAL DE CALCIO (CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Amlodipine Tab 10mg
Amlodipine Tab 2.5mg
Amlodipine Tab 5mg
Amlodipine/benazp Cap 10-20mg
Amlodipine/benazp Cap 10-40mg
Amlodipine/benazp Cap 2.5-10mg
Amlodipine/benazp Cap 5-10mg
Amlodipine/benazp Cap 5-20mg
Amlodipine/benazp Cap 5-40mg
Diltiazem Hcl Er Beads Cap 24hr 120mg
Diltiazem Hcl Er Beads Cap 24hr 180mg
Diltiazem Hcl Er Beads Cap 24hr 240mg
Diltiazem Hcl Er Beads Cap 24hr 300mg
Diltiazem Hcl Er Beads Cap 24hr 360mg
Diltiazem Hcl Er Beads Cap 24hr 420mg
Diltiazem Hcl Er Coated Beads Cap 24 Hr 120mg
Diltiazem Hcl Er Coated Beads Cap 24 Hr 180mg
Diltiazem Hcl Er Coated Beads Cap 24 Hr 240mg
Diltiazem Hcl Er Coated Beads Cap 24 Hr 300mg
Diltiazem Hcl Tab 120mg
Diltiazem Hcl Tab 30mg
Diltiazem Hcl Tab 60mg
Diltiazem Hcl Tab 90mg
Felodipine Er Tab 10mg
Felodipine Er Tab 2.5mg
Felodipine Er Tab 5mg
Nifedipine Cap 10mg
Nifedipine Cap 20mg
Nifedipine Er Osmotic Rel Tab 24 Hr 30mg

Nifedipine Er Osmotic Rel Tab 24 Hr 60mg
Nifedipine Er Osmotic Rel Tab 24 Hr 90mg
Nifedipine Er Tab 24 Hr 30mg
Nifedipine Er Tab 24 Hr 60mg
Nifedipine Er Tab 90mg
Nimodipine Cap 30mg
Nisoldipine Er Tab 17mg
Nisoldipine Er Tab 8.5mg
Verapamil Hcl Er Cap 24hr 120mg
Verapamil Hcl Er Cap 24hr 180mg
Verapamil Hcl Er Cap 24hr 240mg
Verapamil Hcl Er Cap 24hr 360mg
Verapamil Hcl Er Tab 120mg
Verapamil Hcl Er Tab 180mg
Verapamil Hcl Er Tab 240mg
Verapamil Hcl Tab 120mg
Verapamil Hcl Tab 40mg
Verapamil Hcl Tab 80mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Amlodipine/atorva Tab 10-10mg
Amlodipine/atorva Tab 10-20mg
Amlodipine/atorva Tab 10-40mg
Amlodipine/atorva Tab 10-80mg
Amlodipine/atorva Tab 2.5-10mg
Amlodipine/atorva Tab 2.5-20mg
Amlodipine/atorva Tab 2.5-40mg
Amlodipine/atorva Tab 5-10mg
Amlodipine/atorva Tab 5-20mg
Amlodipine/atorva Tab 5-40mg
Amlodipine/atorva Tab 5-80mg
Dilt-xr Cap Er 24 Hr 120 Mg
Dilt-xr Cap Er 24 Hr 180 Mg
Dilt-xr Cap Er 24 Hr 240 Mg
Diltiazem Hcl Er Cap 24 Hr 180 Mg
Diltiazem Hcl Er Cap 24 Hr 240 Mg
Diltiazem Hcl Er Coated Beads Tab Er 24Hr 420 Mg
Diltiazem Hcl Er Tab 24Hr 180 Mg
Diltiazem Hcl Er Tab 24Hr 240 Mg
Diltiazem Hcl Er Tab 24Hr 300 Mg
Diltiazem Hcl Er Tab 24Hr 360 Mg
Isradipine Cap 2.5mg
Isradipine Cap 5mg
Nicardipine Cap 20mg
Nicardipine Cap 30mg
Nisoldipine Er Tab 34mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrica), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Verapamil Hcl Er Cap 24hr 200mg

Verapamil Hcl Er Cap 24hr 300mg

AGENTES CARDIOVASCULARES, OTROS (CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Digoxin Tab 125mcg

Digoxin Tab 250mcg

Pentoxifylline Er Tab 400mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Aliskiren Fumarate Tab 150 Mg

Aliskiren Fumarate Tab 300 Mg

Ranolazine Er Tab ER 12Hr 1000 Mg

Ranolazine Er Tab ER 12Hr 500 Mg

AGONISTAS ALFA-ADRENERGICOS (ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Clonidine Hcl Tab 0.1mg

Clonidine Hcl Tab 0.2mg

Clonidine Hcl Tab 0.3mg

Guanfacine Tab 1mg

Guanfacine Tab 2mg

Methyldopa Tab 250mg

Methyldopa Tab 500mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Clonidine Td Patch 0.1mg/24hr

Clonidine Td Patch 0.2mg/24hr

Clonidine Td Patch 0.3mg/24hr

ANTAGONISTAS PARA RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II (ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Candesartan Tab 4mg ^{QL}

Candesartan Tab 8mg ^{QL}

Irbesartan Tab 150mg ^{QL}

Irbesartan Tab 300mg ^{QL}

Irbesartan Tab 75mg ^{QL}

Losartan Pot Tab 100mg ^{QL}

Losartan Pot Tab 25mg ^{QL}

Losartan Pot Tab 50mg ^{QL}

Telmisartan Tab 40mg ^{QL}

Telmisartan Tab 80mg ^{QL}

Valsartan Tab 160mg ^{QL}

Valsartan Tab 320mg ^{QL}

Valsartan Tab 40mg ^{QL}

Valsartan Tab 80mg ^{QL}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Candesartan Tab 16mg ^{QL}

Candesartan Tab 32mg ^{QL}

Telmisartan Tab 20mg ^{QL}

ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II & TIAZIDAS/PARECIDOS A TIAZIDAS (ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Irbesartan/hctz Tab 150-12.5mg ^{QL}

Irbesartan/hctz Tab 300-12.5mg ^{QL}

Losartan/hct Tab 100-12.5mg ^{QL}

Losartan/hct Tab 100-25mg ^{QL}

Losartan/hct Tab 50-12.5mg ^{QL}

Valsartan/hctz Tab 160-12.5mg ^{QL}

Valsartan/hctz Tab 160-25mg ^{QL}

Valsartan/hctz Tab 320-12.5mg ^{QL}

Valsartan/hctz Tab 320-25mg ^{QL}

Valsartan/hctz Tab 80-12.5mg ^{QL}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Candesartan/hctz Tab 16-12.5mg ^{QL}

Candesartan/hctz Tab 32-12.5mg ^{QL}

Candesartan/hctz Tab 32-25mg ^{QL}

ANTIARRITMICOS (ANTIARRHYTHMICS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Amiodarone Tab 200mg

Amiodarone Tab 400mg

Disopyramide Cap 150mg

Flecainide Tab 100mg

Flecainide Tab 150mg

Flecainide Tab 50mg

Mexiletine Cap 150mg

Propafenone Tab 150mg

Propafenone Tab 225mg

Propafenone Tab 300mg

Sotalol Hcl Tab 120 Mg

Sotalol Hcl Tab 160 Mg

Sotalol Hcl Tab 80 Mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Amiodarone Tab 100mg

Disopyramide Cap 100mg

Mexiletine Cap 200mg

Mexiletine Cap 250mg

Propafenone Er Cap 225mg

Propafenone Er Cap 325mg

Propafenone Er Cap 425mg

Sotalol Hcl Tab 240mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

**DISLIPIDEMICOS, DERIVADOS DE ACIDO FIBRICO
(DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Fenofibrate Micronized Cap 134mg
Fenofibrate Micronized Cap 200mg
Fenofibrate Micronized Cap 67mg
Fenofibrate Tab 145mg
Fenofibrate Tab 160mg
Fenofibrate Tab 48mg
Fenofibrate Tab 54mg
Fenofibric Dr Cap 45mg
Gemfibrozil Tab 600mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Fenofibrate Cap 134mg
Fenofibrate Cap 150mg
Fenofibrate Cap 200mg
Fenofibrate Cap 67mg
Fenofibrate Micronized Cap 130mg
Fenofibrate Micronized Cap 43mg
Fenofibric Dr Cap 135mg

**DISLIPIDEMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA
(DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Atorvastatin Tab 10mg ^{QL *}
Atorvastatin Tab 20mg ^{QL *}
Atorvastatin Tab 40mg ^{QL}
Atorvastatin Tab 80mg ^{QL}
Fluvastatin Cap 20mg ^{QL ST *}
Lovastatin Tab 10mg ^{QL *}
Lovastatin Tab 20mg ^{QL *}
Lovastatin Tab 40mg ^{QL *}
Pravastatin Tab 10mg ^{QL *}
Pravastatin Tab 20mg ^{QL *}
Pravastatin Tab 40mg ^{QL *}
Pravastatin Tab 80mg ^{QL *}
Rosuvastatin Calcium Tab 10mg ^{QL *}
Rosuvastatin Calcium Tab 20mg ^{QL}
Rosuvastatin Calcium Tab 40mg ^{QL}
Rosuvastatin Calcium Tab 5mg ^{QL *}
Simvastatin Tab 10mg ^{QL *}
Simvastatin Tab 20mg ^{QL *}
Simvastatin Tab 40mg ^{QL *}
Simvastatin Tab 5mg ^{QL *}
Simvastatin Tab 80mg ^{PA QL}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Fluvastatin Cap 40mg ^{QL ST *}

DISLIPIDEMICOS, OTROS (DYSLIPIDEMICS, OTHER)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Cholestyramine Light Pow 4gm/dose
Cholestyramine Pow 4gm/dose
Colestipol Tab 1gm

Omega-3-acid Cap 1gm

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Colestipol Granules 5gm
Ezetimibe Tab 10mg ^{QL}
Icosapent Ethyl Cap 1 Gm ^{PA}
Prevalite Pow 4gm Pk

DIURETICOS DE ASA (DIURETICS, LOOP)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Bumetanide Tab 0.5mg
Bumetanide Tab 1mg
Bumetanide Tab 2mg
Furosemide Sol 10mg/ml
Furosemide Tab 20mg
Furosemide Tab 40mg
Furosemide Tab 80mg
Torsemide Tab 100mg
Torsemide Tab 10mg
Torsemide Tab 20mg
Torsemide Tab 5mg

DIURETICOS, TIAZIDA (DIURETICS, THIAZIDE)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Chlorthalidone Tab 25mg
Chlorthalidone Tab 50mg
Hydrochlorothiazide Cap 12.5mg
Hydrochlorothiazide Tab 12.5mg
Hydrochlorothiazide Tab 25mg
Hydrochlorothiazide Tab 50mg
Indapamide Tab 1.25mg
Indapamide Tab 2.5mg
Metolazone Tab 10mg
Metolazone Tab 2.5mg
Metolazone Tab 5mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Thalitone Tab 15 Mg

**DIURETICOS, AHORRADORES DE POTASIO (DIURETICS,
POTASSIUM-SPARING)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Amiloride Tab 5mg
Amiloride/hctz Tab 5-50mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Eplerenone Tab 25mg
Eplerenone Tab 50mg
Spironolactone Tab 100mg
Spironolactone Tab 25mg
Spironolactone Tab 50mg
Spironolactone/hctz Tab 25-25mg
Triamterene/hctz Cap 37.5-25mg
Triamterene/hctz Tab 37.5-25mg
Triamterene/hctz Tab 75-50mg

**DIURETICOS, INHIBIDORES DE ANHIDRASA CARBONICA
(DIURETICS, CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Acetazolamide Er Cap 500mg
Acetazolamide Tab 125mg
Acetazolamide Tab 250mg
Methazolamide Tab 25mg
Methazolamide Tab 50mg

**INHIBIDORES DE ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTESTINA
II (ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Benazepril Tab 10mg
Benazepril Tab 20mg
Benazepril Tab 40mg
Benazepril Tab 5mg
Benazepril/hctz Tab 10-12.5mg
Benazepril/hctz Tab 20-12.5mg
Benazepril/hctz Tab 20-25mg
Benazepril/hctz Tab 5-6.25mg
Captopril Tab 100mg
Captopril Tab 12.5mg
Captopril Tab 25mg
Captopril Tab 50mg
Enalapril Tab 10mg
Enalapril Tab 2.5mg
Enalapril Tab 20mg
Enalapril Tab 5mg
Enalapril/hctz Tab 10-25mg
Enalapril/hctz Tab 5-12.5mg
Fosinopril Tab 10mg
Fosinopril Tab 20mg
Fosinopril Tab 40mg
Fosinopril/hctz Tab 20-12.5mg
Lisinopril Tab 10mg
Lisinopril Tab 2.5mg
Lisinopril Tab 20mg

Lisinopril Tab 30mg
Lisinopril Tab 40mg
Lisinopril Tab 5mg
Lisinopril/hctz Tab 10-12.5mg
Lisinopril/hctz Tab 20-12.5mg
Lisinopril/hctz Tab 20-25mg
Quinapril Tab 10mg
Quinapril Tab 20mg
Quinapril Tab 40mg
Quinapril Tab 5mg
Quinapril/hctz Tab 20-12.5
Quinapril/hctz Tab 20-25mg
Ramipril Cap 1.25mg
Ramipril Cap 10mg
Ramipril Cap 2.5mg
Ramipril Cap 5mg
Trandolapril Tab 1mg
Trandolapril Tab 2mg
Trandolapril Tab 4mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Fosinopril/hctz Tab 10-12.5mg
Quinapril/hctz Tab 10-12.5mg
Trando/verap Cr Tab 4-240mg
Trando/verap Er Tab 1-240mg
Trando/verap Er Tab 2-180mg
Trando/verap Er Tab 2-240mg

**VASODILADORES, ARTERIALES / VENOSOS DE ACCION
DIRECTA (VASODILATORS, DIRECT-ACTING
ARTERIAL/VENOUS)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Isosorbide Din Tab 10mg
Isosorbide Din Tab 20mg
Isosorbide Din Tab 30mg
Isosorbide Din Tab 5mg
Isosorbide Mono Er Tab 120mg
Isosorbide Mono Er Tab 30mg
Isosorbide Mono Er Tab 60mg
Isosorbide Mono Tab 10mg
Isosorbide Mono Tab 20mg
Nitroglycer Er Cap 2.5mg
Nitroglycerin SI Tab 0.3mg
Nitroglycerin SI Tab 0.4mg
Nitroglycerin Transdermal Patch 24 Hr 0.1mg/hr
Nitroglycerin Transdermal Patch 24 Hr 0.2mg/hr
Nitroglycerin Transdermal Patch 24 Hr 0.4mg/hr

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Nitroglycerin Transdermal Patch 24 Hr 0.6mg/hr
GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Nitroglycerin SI Tab 0.6 Mg
NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Nitro-time Cap Er 6.5 Mg

Nitro-time Cap Er 9 Mg

**VASODILADORES, ARTERIALES DE ACCION DIRECTA
(VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Hydralazine Tab 100mg

Hydralazine Tab 10mg

Hydralazine Tab 25mg

Hydralazine Tab 50mg

Minoxidil Tab 10mg

Minoxidil Tab 2.5mg

AGENTES CONTRA LA DEMENCIA (ANTIDEMENTIA AGENTS)

AGENTES CONTRA LA DEMENCIA, OTROS (ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Ergoloid Mes Tab 1mg

**ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE N-METILO-D-ASPARTATO
(NMDA) (N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Memantine Hcl Tab 10 Mg ^{PL1}

Memantine Hcl Tab 5 Mg ^{PL1}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Memantine Hcl Cap Er 24hr 14mg ^{PL1}

Memantine Hcl Cap Er 24hr 21mg ^{PL1}

Memantine Hcl Cap Er 24hr 28mg ^{PL1}

Memantine Hcl Cap Er 24hr 7mg ^{PL1}

Memantine Hcl Sol 10 Mg/5ml ^{PL1}

Memantine Hcl Sol 2 Mg/ml ^{PL1}

Memantine Hcl Tab 5mg (28) & 10mg (21) Titration Pak ^{PL1}

INHIBIDORES DE COLINESTERASA (CHOLINESTERASE INHIBITORS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Donepezil Tab 10mg ^{PL1}

Donepezil Tab 5mg ^{PL1}

Galantamine Er Cap 24hr 16mg ^{PL1}

Galantamine Er Cap 24hr 24mg ^{PL1}

Galantamine Tab 12mg ^{PL1}

Galantamine Tab 4mg ^{PL1}

Rivastigmine Cap 1.5mg ^{PL1}

Rivastigmine Cap 3mg ^{PL1}

Rivastigmine Cap 4.5mg ^{PL1}

Rivastigmine Cap 6mg ^{PL1}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Donepezil Disintegrating Tab 10mg ^{PL1}

Donepezil Disintegrating Tab 5mg ^{PL1}

Donepezil Hcl Tab 23mg ^{PL1}

Galantamine Er Cap 24hr 8mg ^{PL1}

Galantamine Sol 4mg/ml ^{PL1}

Galantamine Tab 8mg ^{PL1}

Rivastigmine Dis 13.3mg/24hr ^{PL1}

Rivastigmine Dis 4.6mg/24hr ^{PL1}

Rivastigmine Dis 9.5mg/24hr ^{PL1}

AGENTES CONTRA LA GOTA (ANTIGOUT AGENTS)

AGENTES CONTRA LA GOTA (ANTIGOUT AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Allopurinol Tab 100mg

Allopurinol Tab 300mg

Probenecid Tab 500mg

Probenecid/colchicine Tab 0.5-500mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Colchicine Tab 0.6 Mg

Febuxostat Tab 40 Mg

Febuxostat Tab 80 Mg

AGENTES CONTRA LA MIGRAÑA (ANTIMIGRAINE AGENTS)

**AGONISTAS DE RECEPTORES DE SEROTONINA (5-HT) 1B/1D
(SEROTONIN (5-HT) 1B/1D RECEPTOR AGONISTS)**

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Eletriptan Hydrobromide Tab 20mg ^{QL ST}

Eletriptan Hydrobromide Tab 40mg ^{QL ST}

Naratriptan Tab 1mg ^{QL}

Naratriptan Tab 2.5mg ^{QL}

Rizatriptan Benzoate Disintegrating Tab 10mg ^{QL}

Rizatriptan Benzoate Disintegrating Tab 5mg ^{QL}

Rizatriptan Benzoate Tab 5mg ^{QL}

Rizatriptan Tab 10mg ^{QL}

Sumatriptan Tab 100mg ^{QL}

Sumatriptan Tab 25mg ^{QL}

Sumatriptan Tab 50mg ^{QL}

Zolmitriptan Disintegrating Tab 2.5mg ^{QL}

Zolmitriptan Tab 2.5mg ^{QL}

Zolmitriptan Tab 5mg ^{QL}

ALCALOIDES DE ERGOT (ERGOT ALKALOIDS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Dihydroergotamine Mesylate Inj Sol 1 Mg/ml

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Ergomar Sub 2mg

PROFILACTICOS (PROPHYLACTIC)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Amitriptyline Tab 100mg

Amitriptyline Tab 10mg

Amitriptyline Tab 150mg

Amitriptyline Tab 25mg

Amitriptyline Tab 50mg

Amitriptyline Tab 75mg

Propranolol Hcl Er Cap 24hr 120mg

Propranolol Hcl Er Cap 24hr 160mg

Propranolol Hcl Er Cap 24hr 60mg

Propranolol Hcl Er Cap 24hr 80mg

Propranolol Tab 10mg

Propranolol Tab 20mg

Propranolol Tab 40mg

Propranolol Tab 60mg

Propranolol Tab 80mg

AGENTES DENTALES Y ORALES (DENTAL AND ORAL AGENTS)

AGENTES DENTALES Y ORALES (DENTAL AND ORAL AGENTS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Chlorhexidine Gluconate Sol 0.12%

Lidocaine Viscous Hcl Mouth/throat Sol 2 %

Pilocarpine Tab 5mg

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Cevimeline Cap 30mg

Oralene Pst 0.1%

Pilocarpine Tab 7.5mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Oravig Tab 50mg

AGENTES DERMATOLOGICOS (DERMATOLOGICAL AGENTS)

AGENTES DERMATOLOGICOS (DERMATOLOGICAL AGENTS)

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Podofilox Sol 0.5%

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Condylox Gel 0.5%

AGENTES DERMATOLOGICOS, OTROS (DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER)

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Imiquimod Cre 5%

PREFERIDO (PREFERRED)

Regranex Gel 0.01%

Santyl Oint 250 U/gm

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Azrol Silver Nit Applicators External Misc 75-25%

Drysol External Sol 20%

Neo-synalar Cre 0.5-0.025%

Veregen Oint 15%

AGENTES EMOLIENTES/KERATOLITICOS

(EMOLLIENT/KERATOLYTIC AGENTS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Urea_External Cream 40%

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Cerovel External Lotion 40 %

Umecta Mouss Aer 40%

Urea_Cre 45%

Urea_Cre 47%

Urea_External Foam 35%

Urea_External Lotion 40 %

Urea_Nail Gel 45%

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Cem-urea Sol 45%

AGENTES ROSACEA (ROSACEA AGENTS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Metronidazole Cre 0.75%

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Metronidazole Gel 0.75%

Metronidazole Gel 1%

Metronidazole Lot 0.75% ^{QL}

ANTIBIOTICOS PARA EL ACNE (ACNE ANTIBIOTICS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Clindamycin Phos External Lot 1%

Clindamycin Phos External Sol 1%

Clindamycin Phos External Swab 1%

Clindamycin Phos Gel 1%

Erythromycin Sol 2%

Sulfacetamide Sod Lot 10%

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Clindamycin Aer 1%

Erythromycin Gel 2%

Erythromycin Pad 2%

ANTIBIOTICOS TOPICOS (ANTIBIOTICS - TOPICAL)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Mupirocin External Oint 2 %

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Mupirocin Cre 2%

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Altamax Oint 1%

ANTISORIASICOS (ANTIPSORIATICS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Calcipotriene Sol 0.005%

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Acitretin Cap 10mg

Acitretin Cap 17.5mg

Acitretin Cap 25mg

Calcipotriene Cre 0.005%

Calcipotriene Oint 0.005%

Tazarotene Cream 0.1% ^{QL}

PREFERIDO (PREFERRED)

Tazorac Cre 0.05%

Tazorac Gel 0.05%

Tazorac Gel 0.1%

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Vectical External Ointment 3 Mcg/gm

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Skyrizi 150 Dose Subcut. Prefilled Syr Kit 75 Mg/0.83ml ^{PA}

Skyrizi Subcut. Sol Auto-injector 150 Mg/ml ^{PA}

Skyrizi Subcut. Sol Prefilled Syringe 150 Mg/ml ^{PA}

COMBINACIONES DE EMOLIENTES (EMOLLIENTS COMBINATIONS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Lactic Acid/vit E Cre 10-3500% U/30gm

COMBINACIONES DE PRODUCTOS PARA EL ACNE (ACNE PRODUCTS COMBINATIONS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Sulfacetamide Sod-sulfur External Emulsion 10-5 %

Sulfacetamide Sod-sulfur Liq 10-2%

Sulfacetamide Sod-sulfur Liq 9-4%

Sulfacetamide Sod-sulfur Liq 9-4.5%

Sulfacetamide Sod-sulfur Liq 9.8-4.8%

Sulfacetamide Sod-sulfur Susp 8-4%

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Accutane Cap 20 Mg ^{PA}

Accutane Cap 30 Mg ^{PA}

Accutane Cap 40 Mg ^{PA}

Avar-e Emoll Cre 10-5%

Benzoyl Peroxide-erythromycin Gel 5-3%

Bp_10-1 Emu 10-1%

Clindamycin/ben Gel 1-5%

Clindamycin/ben Gel 1.2-5%

Sod_Sul/sulf Cre 10-2%

Sod_Sul/sulf Lot 10-5%

Sod_Sul/sulf Lot 9.8-4.8%

Sod_Sul/sulf Pad 10-4%

Sulfacetamide Sod-sulfur Wash External Liquid 9-4 %

Sulfacetamide Sod-sulfur Wash External Liquid 9-4.5 %

COMBINACIONES EMOLIENTES/KERATOLITICOS (EMOLLIENT/KERATOLYTIC COMBINATIONS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Urea_Hydrati Aer 35%

COMBINACIONES TOPICAS ESTEROIDALES (TOPICAL STEROID COMBINATIONS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Calcipotriene-betameth Diprop Susp 0.005-0.064 %

Calcipotriene/betamethasone Oint

CORTICOSTEROIDES TOPICOS (CORTICOSTEROIDS - TOPICAL)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Alclometason Cre 0.05%

Alclometason Oint 0.05%

Betamethasone Diprop Aug Cre 0.05%

Betamethasone Diprop Aug Lot 0.05%

Betamethasone Diprop Aug Oint 0.05%

Betamethasone Diprop Cre 0.05%

Betamethasone Diprop Lot 0.05%

Betamethasone Valerate Cre 0.1%

Betamethasone Valerate Lot 0.1%

Betamethasone Valerate Oint 0.1%

Clobetasol Cre 0.05%

Clobetasol E Cre 0.05%

Clobetasol Gel 0.05%

Clobetasol Oint 0.05%

Clobetasol Sol 0.05% ^{QL}

Desonide Oint 0.05%

Desoximetasone Cre 0.25%

Desoximetasone Gel 0.05%

Fluocinolone Acet Body Oil 0.01%

Fluocinolone Acet Sc Oil 0.01%

Fluocinonide Cre 0.05%

Fluocinonide Oint 0.05%

Fluocinonide Sol 0.05%

Fluticasone Cre 0.05%

Fluticasone Oint 0.005%

Halobetasol Cre 0.05%

Hydrocortisone Cre 1%

Hydrocortisone Cre 2.5%

Hydrocortisone Lot 2.5%

Hydrocortisone Oint 1%

Hydrocortisone Oint 2.5%

Hydrocortisone Valerate Cre 0.2%

Hydrocortisone Valerate Oint 0.2%

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Mometasone Cre 0.1%
Mometasone Oint 0.1%
Mometasone Sol 0.1%
Triamcinolone Cre 0.025%
Triamcinolone Cre 0.1%
Triamcinolone Cre 0.5%
Triamcinolone Lot 0.025%
Triamcinolone Lot 0.1%
Triamcinolone Oint 0.025%
Triamcinolone Oint 0.1%
GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Betamethasone Diprop Oint 0.05%
Clobetasol Aer 0.05%
Clobetasol Lot 0.05%
Clobetasol Prop Emollient Base Cre 0.05 %
Clobetasol Sha 0.05%
Clobetasol Spr 0.05%
Desonide Cre 0.05%
Desonide Lot 0.05%
Fluocinonide Cre 0.1%
Fluocinonide Emulsified External Cre 0.05 %
Fluocinonide Gel 0.05%
Halobetasol Oint 0.05%
Hydrocortisone Butyrate Cre 0.1%
Hydrocortisone Butyrate Oint 0.1%
Hydrocortisone Butyrate Sol 0.1%

EMOLIENTES (EMOLLIENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)
Ammonium Lac Cre 12%
Ammonium Lac Lot 12%
GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
Lactic Acid Lot 10%

INMUNOSUPRESORES MACROLIDOS - TOPICOS (MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
Pimecrolimus Cream 1%
Tacrolimus Oint 0.03%
Tacrolimus Oint 0.1%

PRODUCTOS ANTISEBORREICOS (ANTISEBORRHEIC PRODUCTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)
Selenium Sul Lot 2.5%
Sodium Sulfacetamide Sha 10%
GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
Sod_Sulfacet Gel 10%

Sulfacetamide Sodium Liquid 10 %

PRODUCTOS PARA QUEMADAS (BURN PRODUCTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Silver Sulfa Cre 1%

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Mafenide Acetate External Packet 5 %

PREFERIDO (PREFERRED)

Sulfamylon Cre 85mg/gm

PRODUCTOS PARA EL ACNE (ACNE PRODUCTS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Benzepro Aer 5.3%

Benzepro Liq Creamy

Benzepro Mis 6%

Benzepro Short Contact External Foam 9.8 %

Bp_Wash Liq 10%

Bp_Wash Liq 2.5%

Claravis Cap 10mg ^{PA}

Claravis Cap 20mg ^{PA}

Claravis Cap 30mg ^{PA}

Claravis Cap 40mg ^{PA}

Isotretinoin Cap 10mg ^{PA}

Isotretinoin Cap 20mg ^{PA}

Isotretinoin Cap 30mg ^{PA}

Isotretinoin Cap 40mg ^{PA}

Myorisan Cap 10mg ^{PA}

Myorisan Cap 20mg ^{PA}

Myorisan Cap 30mg ^{PA}

Myorisan Cap 40mg ^{PA}

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Benzepro External Foam 5.2%

Benzepro External Foam 9.7%

Benzepro External Liq 6.8%

Benzepro External Mis 5.8%

AGENTES ENDOCRINOS Y METABOLICOS - MISC. (ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.)

ANTAGONISTAS GNRH/LHRH (GNRH/LHRH ANTAGONISTS)

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Orilissa Tab 150 Mg ^{PA QL}

Orilissa Tab 200 Mg ^{PA QL}

AGENTES GASTROINTESTINALES (GASTROINTESTINAL AGENTS)

AGENTES GASTROINTESTINALES, OTROS (GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Cromolyn Sod Concentrate 100mg/5ml

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Diphenoxylate/atrop Tab 2.5mg
 Loperamide Cap 2mg
 Metoclopramide Hcl Inj Sol 5 Mg/ml
 Metoclopramide Hcl Sol 5 Mg/5ml
 Metoclopramide Tab 10mg
 Metoclopramide Tab 5mg
 Ursodiol Cap 300mg
 Ursodiol Tab 250mg
 Ursodiol Tab 500mg
PREFERIDO (PREFERRED)
 Amitiza Cap 24mcg
 Amitiza Cap 8mcg
ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)
 Gattex Kit 5mg

AGENTES PARA EL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE (IRRITABLE BOWEL SYNDROME AGENTS)

PREFERIDO (PREFERRED)
 Linzess Cap 145mcg
 Linzess Cap 290mcg
NO PREFERIDO (NON PREFERRED)
 Zelnorm Tab 6 Mg

ANTAGONISTAS DE RECEPTORES HISTAMINA2 (H2) (HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)
 Cimetidine Hcl Sol 300mg/5ml ^{PL2}
 Cimetidine Tab 200mg ^{PL2}
 Cimetidine Tab 300mg ^{PL2}
 Cimetidine Tab 400mg ^{PL2}
 Cimetidine Tab 800mg ^{PL2}
 Famotidine Susp 40mg/5ml ^{PL2}
 Famotidine Tab 20mg ^{PL2}
 Famotidine Tab 40mg ^{PL2}
 Nizatidine Cap 150mg ^{PL2}
 Nizatidine Cap 300mg ^{PL2}
GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
 Cimetidine Hcl Sol 400 Mg/6.67ml ^{PL2}
 Nizatidine Sol 15mg/ml ^{PL2}

ANTIBACTERIALES (ANTIBACTERIALS)

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
 Amoxicillin-clarithro-lansopraz Misc
 Omeprazole-sodium Bicarbonate Cap 20-1100 Mg ST
 Omeprazole-sodium Bicarbonate Cap 40-1100 Mg ST

ANTIESPASMODICOS, GASTROINTESTINALES (ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Dicyclomine Cap 10mg ^{PL2}
 Dicyclomine Sol 10mg/5ml ^{PL2}
 Dicyclomine Tab 20mg ^{PL2}
 Glycopyrrolate Tab 1mg ^{PL2}
 Glycopyrrolate Tab 2mg ^{PL2}

ANTIINFECTIVOS PARA ULCERA CON COMBINACIONES BISMUTO (ULCER ANTI-INFECTIVE WITH BISMUTH COMBINATIONS)

PREFERIDO (PREFERRED)
 Pylera Cap 140-125-125mg ^{PL2}
NO PREFERIDO (NON PREFERRED)
 Helidac Therapy Misc ^{PL2}

INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES (PROTON PUMP INHIBITORS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)
 Esomeprazole Mag Dr Cap 20mg ^{QL PL2}
 Esomeprazole Mag Dr Cap 40mg ^{QL PL2}
 Lansoprazole Cap Dr 15mg ^{QL PL2}
 Lansoprazole Cap Dr 30mg ^{QL PL2}
 Lansoprazole Tab Dr Disintegrating 15 Mg ^{QL PL2}
 Lansoprazole Tab Dr Disintegrating 30 Mg ^{QL PL2}
 Omeprazole Cap 10mg ^{QL PL2}
 Omeprazole Cap 20mg ^{QL PL2}
 Omeprazole Cap 40mg ^{QL PL2}
 Pantoprazole Tab 20mg ^{QL PL2}
 Pantoprazole Tab 40mg ^{QL PL2}
 Rabeprazole Tab Dr 20mg ^{QL PL2}

LAXANTES (LAXATIVES)

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
 Enulose Sol 10gm/15ml
 Lactulose Sol 20gm/30ml
PREFERIDO (PREFERRED)

Clenpiq Sol 10-3.5-12 Mg-gm -gm/160ml
 Suprep Bowel Sol Prep

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Plenvu Sol Recons 140 Gm
 Sutab Tab 1479-225-188 Mg ^{QL}

PROTECTORES (PROTECTANTS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)
 Sucralfate Tab 1gm ^{PL2}
GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
 Sucralfate Susp 1 Gm/10ml ^{PL2}

AGENTES GENITOURINARIOS (GENITOURINARY AGENTS)

AGENTES GENITOURINARIOS, OTROS (GENITOURINARY AGENTS, OTHER)

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Bethanechol Chloride Tab 10mg

Bethanechol Chloride Tab 25mg

Bethanechol Chloride Tab 50mg

Bethanechol Chloride Tab 5mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Tadalafil Tab 2.5mg ^{PA QL}

Tadalafil Tab 5mg ^{PA QL}

PREFERIDO (PREFERRED)

Elmiron Cap 100mg

AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Alfuzosin Tab 10mg

Doxazosin Tab 1mg

Doxazosin Tab 2mg

Doxazosin Tab 4mg

Doxazosin Tab 8mg

Dutasteride Cap 0.5mg

Finasteride Tab 5mg

Tamsulosin Cap 0.4mg

AGLUTINANTES DE FOSFATO (PHOSPHATE BINDERS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Sevelamer Carbonate Packet 0.8gm

Sevelamer Carbonate Packet 2.4gm

Sevelamer Carbonate Tab 800mg

ANALGESICOS URINARIOS (URINARY ANALGESIC)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Phenazopyridine Hcl Tab 200mg

Phenazopyridine Tab 100mg

ANTIESPASMODICOS, URINARIOS (ANTISPASMODICS, URINARY)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Flavoxate Tab 100mg

Oxybutynin Er Tab 10mg

Oxybutynin Er Tab 15mg

Oxybutynin Er Tab 5mg

Oxybutynin Syrup 5mg/5ml

Oxybutynin Tab 5mg

Tolterodine Er Cap 2mg

Tolterodine Er Cap 4mg

Tolterodine Tab 1mg

Tolterodine Tab 2mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Darifenacin Hydrobromide Tab Sr 24hr 15mg

Darifenacin Hydrobromide Tab Sr 24hr 7.5mg

Trospium Chloride Er Cap 60mg

Trospium Cl Tab 20mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Myrbetriq Susp Recons Er 8 Mg/ml

Myrbetriq Tab 25mg

Myrbetriq Tab 50mg

IRRIGANTES GENITOURINARIOS ANTIINFECTIVOS (ANTI-INFECTIVE GENITOURINARY IRRIGANTS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Neomycin-poly B Gu Irrigation Sol 40-200000

AGENTES HEMATOPOYETICOS (HEMATOPOIETIC AGENTS)

HIERRO (IRON)

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Infed Inj Sol 50 Mg/ml ^{PA}

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES / REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (ADRENALES) (HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL))

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES / REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (ADRENALES) (HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL))

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Solu-cortef Inj Sol Recons 100 Mg

Solu-cortef Inj Sol Recons 1000 Mg

Solu-cortef Inj Sol Recons 250 Mg

Solu-cortef Inj Sol Recons 500 Mg

GLUCOCORTICOIDES/MINERALOCORTICOIDES (GLUCOCORTICOIDES/MINERALOCORTICOIDES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Dexamethasone Elixir 0.5 Mg/5ml

Dexamethasone Sod Phosphate Pf Inj Sol 10 Mg/ml

Dexamethasone Sodium Phosphate Inj Sol 10 Mg/ml

Dexamethasone Sodium Phosphate Inj Sol 100 Mg/10ml

Dexamethasone Sodium Phosphate Inj Sol 120 Mg/30ml

Dexamethasone Sodium Phosphate Inj Sol 20 Mg/5ml

Dexamethasone Sodium Phosphate Inj Sol 4 Mg/ ML

Dexamethasone Sol 0.5mg/5ml

Dexamethasone Tab 0.5mg

Dexamethasone Tab 0.75mg

Dexamethasone Tab 1.5mg

Dexamethasone Tab 2mg

Dexamethasone Tab 4mg

Dexamethasone Tab 6mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Fludrocortisone Tab 0.1mg
 Hydrocortisone Tab 10mg
 Hydrocortisone Tab 20mg
 Hydrocortisone Tab 5mg
 Methylprednisolone Tab 16mg
 Methylprednisolone Tab 4mg
 Methylprednisolone Tab 8mg
 Methylprednisolone Tab Therapy Pak 4mg
 Prednisolone Sod Pho Sol 15mg/5ml
 Prednisolone Sod Pho Sol 5mg/5ml
 Prednisolone Sol 15mg/5ml
 Prednisone Sol 5 Mg/5ml
 Prednisone Tab 10mg
 Prednisone Tab 1mg
 Prednisone Tab 2.5mg
 Prednisone Tab 20mg
 Prednisone Tab 50 Mg
 Prednisone Tab 5mg
 Prednisone Tab Therapy Pack 10mg (21)
 Prednisone Tab Therapy Pack 5 Mg (48)
 Prednisone Tab Therapy Pack 5mg (21)
GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
 Dexamethasone Tab Therapy Pack 1.5mg (35)
 Methylprednisolone Sodium Succ Inj Sol Recons 125 Mg
 Methylprednisolone Sodium Succ Inj Sol Recons 40 Mg
 Methylprednisolone Tab 32mg
 Prednisolone Disintegrating Tab 10mg
 Prednisolone Disintegrating Tab 15mg
 Prednisolone Disintegrating Tab 30mg
NO PREFERIDO (NON PREFERRED)
 Depo-medrol Inj 20mg/ml
 Dexamethasone Intensol Concentrate 1mg/ml
 Prednisone Concentrate 5mg/ml

**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES /
 REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (HORMONA SEXUAL)
 (HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT
 /MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS))**

**AGENTES MODIFICADORES DE RECEPTORES SELECTIVOS DE
 ESTROGENO (SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING
 AGENTS)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Raloxifene Tab 60mg

ANDROGENOS (ANDROGENS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Danazol Cap 50 Mg ^{PA}

Testosterone Cypionate Intramuscular Sol 100 Mg/ml ^{PA}
 Testosterone Transdermal Gel 12.5 Mg/act (1%) ^{PA}
 Testosterone Transdermal Gel 50 Mg/5gm (1%) ^{PA}

ESTROGENOS (ESTROGENS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Estradiol Tab 0.5mg

Estradiol Tab 1mg

Estradiol Tab 2mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Estradiol Dis 0.025mg

Estradiol Dis 0.0375mg

Estradiol Dis 0.05mg

Estradiol Dis 0.06mg

Estradiol Dis 0.075mg

Estradiol Dis 0.1mg

Estradiol/norethindrone Tab 0.5-0.1mg

Estradiol/norethindrone Tab 1-0.5mg

Jinteli Tab 1mg-5mcg

PREFERIDO (PREFERRED)

Combipatch Dis .05/.25

Premarin Tab 0.3mg

Premarin Tab 0.45mg

Premarin Tab 0.625mg

Premarin Tab 0.9mg

Premarin Tab 1.25mg

Premarin Vaginal Cream 0.625mg/gm

Premphase Tab 0.625-5mg

Prempro Tab .625-2.5mg

Prempro Tab 0.3-1.5mg

Prempro Tab 0.45-1.5mg

Prempro Tab 0.625-5mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Delestrogen Im Oil 10 Mg/ml

Imvexxy Maintenance Pack Vaginal Insert 10 Mcg

Imvexxy Maintenance Pack Vaginal Insert 4 Mcg

Imvexxy Starter Pack Vaginal Insert 10 Mcg

Imvexxy Starter Pack Vaginal Insert 4 Mcg

PROGESTINAS (PROGESTINS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Medroxyprogesterone Ac Tab 10mg

Medroxyprogesterone Ac Tab 2.5mg

Medroxyprogesterone Ac Tab 5mg

Norethindrone Ace Tab 5mg

Progesterone Cap 100 Mg

Progesterone Cap 200 Mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

PREFERIDO (PREFERRED)

Megestrol Acetate Susp 40 Mg/ml

Megestrol Acetate Tab 20 Mg

Megestrol Acetate Tab 40 Mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Megestrol Acetate Susp 400 Mg/10ml

**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES /
REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (PITUITARIA)
(HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/
MODIFYING (PITUITARY))**

**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES /
REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (PITUITARIA)
(HORMONAL AGENTS,
STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY))**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Desmopressin Tab 0.1mg

Desmopressin Tab 0.2mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Desmopressin Spr Nasal Sol 0.01%

PREFERIDO (PREFERRED)

Stimate Sol 1.5mg/ml

**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES /
REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (PROSTAGLANDINA)
(HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT
/MODIFYING (PROSTAGLANDINS))**

**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES /
REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (PROSTAGLANDINA)
(HORMONAL AGENTS,
STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING
(PROSTAGLANDINS))**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Misoprostol Tab 100mcg ^{PL2}

Misoprostol Tab 200mcg ^{PL2}

**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES /
REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (TIROIDE)
(HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/
MODIFYING (THYROID))**

**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES /
REEMPLAZADORES / MODIFICADORES (TIROIDE)
(HORMONAL AGENTS,
STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID))**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Levothyroxine Tab 100mcg

Levothyroxine Tab 112mcg

Levothyroxine Tab 125mcg

Levothyroxine Tab 137mcg

Levothyroxine Tab 150mcg

Levothyroxine Tab 175mcg

Levothyroxine Tab 200mcg

Levothyroxine Tab 25mcg

Levothyroxine Tab 300mcg

Levothyroxine Tab 50mcg

Levothyroxine Tab 75mcg

Levothyroxine Tab 88mcg

Liothyronine Tab 25mcg ^{QL}

Liothyronine Tab 50mcg ^{QL}

Liothyronine Tab 5mcg ^{QL}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Np_Thyroid Tab 120mg

Np_Thyroid Tab 15mg

Np_Thyroid Tab 30mg

Np_Thyroid Tab 60mg

Np_Thyroid Tab 90mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Armour Thyroid Tab 180mg

Armour Thyroid Tab 240mg

Armour Thyroid Tab 300mg

Synthroid Tab 100mcg

Synthroid Tab 112mcg

Synthroid Tab 125mcg

Synthroid Tab 137mcg

Synthroid Tab 150mcg

Synthroid Tab 175mcg

Synthroid Tab 200mcg

Synthroid Tab 25mcg

Synthroid Tab 300mcg

Synthroid Tab 50mcg

Synthroid Tab 75mcg

Synthroid Tab 88mcg

**AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (ADRENALES)
(HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL))**

**AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (ADRENALES)
(HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL))**

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Lysodren Tab 500mg

**AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (HORMONAS
SEXUALES / MODIFICADORES) (HORMONAL AGENTS,
SUPPRESSANT (SEX HORMONES/ MODIFIERS))**

ANTIANDROGENOS (ANTIANDROGENS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Bicalutamide Tab 50mg

Flutamide Cap 125mg

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Erleada Tab 60mg ^{PA}

Nilutamide Tab 150 Mg

Xtandi Cap 40mg ^{PA}

Xtandi Tab 40 Mg ^{PA}

Xtandi Tab 80 Mg ^{PA}

**AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PARATIROIDALES)
(HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PARATHYROID))**

**AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PARATIROIDALES)
(HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PARATHYROID))**

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Cinacalcet Hcl Tab 30 Mg

Cinacalcet Hcl Tab 60 Mg

Cinacalcet Hcl Tab 90 Mg

**TRATAMIENTO HIPERPARATIROIDES - ANALOGOS DE
VITAMINA D (HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D
ANALOGS)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Calcitriol Cap 0.25mcg

Calcitriol Cap 0.5mcg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Calcitriol Sol 1mcg/ml

Doxercalciferol Cap 0.5mcg

Doxercalciferol Cap 1mcg

Doxercalciferol Cap 2.5mcg

Paricalcitol Cap 1mcg

Paricalcitol Cap 2mcg

Paricalcitol Cap 4mcg

Paricalcitol Iv Sol 2mcg/ml

**AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)
(HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY))**

**AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)
(HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY))**

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Cabergoline Tab 0.5mg

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Octreotide Acetate Inj Sol 100 Mcg/ml ^{PA}

Octreotide Acetate Inj Sol 50 Mcg/ml ^{PA}

Octreotide Acetate Inj Soln 500 Mcg/ml ^{PA}

Sandostatin Kit Lar 10mg ^{PA}

Sandostatin Kit Lar 20mg ^{PA}

Sandostatin Kit Lar 30mg ^{PA}

Synarel Sol 2mg/ml

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Lupron Dep-ped Inj 30mg

Supprelin La Kit 50mg

**AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDE)
(HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID))**

AGENTES ANTITIROIDES (ANTITHYROID AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Methimazole Tab 10mg

Methimazole Tab 5mg

Propylthiouracil Tab 50mg

AGENTES INMUNOLOGICOS (IMMUNOLOGICAL AGENTS)

INMUNOMODULADORES (IMMUNOMODULATORS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Leflunomide Tab 10mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Leflunomide Tab 20mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Ridaura Cap 3mg

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Humira Pediatric Crohns Prefill Syr Kit 80mg/0.8ml ^{PA}

Humira Pediatric Crohns Prefill Syr Kit 80mg/0.8ml & 40mg/0.4ml ^{PA}

Humira Pen Subcut. Pen-inj Kit 80 Mg/0.8ml ^{PA}

Humira Pen-cd/uc/hs Starter Pen-inj Kit 80 Mg/0.8ml ^{PA}

Humira Pen-inj Kit 40mg/0.4ml ^{PA}

Humira Pen-pediatric Uc Start Subcut. Pen-inj Kit 80 Mg/0.8ml ^{PA}

Humira Pen-psor/uveit Startr Subc Pen-inj Kit 80Mg/.8ml& 40mg/0.4ml ^{PA}

Humira Prefilled Syr Kit 10mg/0.1ml ^{PA}

Humira Prefilled Syr Kit 20mg/0.2ml ^{PA}

Humira Prefilled Syr Kit 40mg/0.4ml ^{PA}

Humira Prefilled Syr Kit 40mg/0.8ml ^{PA}

SUPRESORES INMUNOLOGICOS (IMMUNE SUPPRESSANTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Azathioprine Tab 50mg

Methotrexate Tab 2.5mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Methotrexate Sodium Tab 2.5mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Xatmep Sol 2.5 Mg/ml ST

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Cyclosporine Cap 100mg

Cyclosporine Cap 25mg

Cyclosporine Modified Cap 100mg

Cyclosporine Modified Cap 25mg

Cyclosporine Modified Sol 100mg/ml

Everolimus Tab 0.25 Mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Everolimus Tab 0.5 Mg
Everolimus Tab 0.75 Mg
Mycophenolate Cap 250mg
Mycophenolate Susp 200mg/ml
Mycophenolate Tab 500mg
Mycophenolic Dr Tab 180mg
Mycophenolic Dr Tab 360mg
Sirolimus Sol 1mg/ml
Sirolimus Tab 0.5mg
Sirolimus Tab 1mg
Sirolimus Tab 2mg
Tacrolimus Cap 0.5mg
Tacrolimus Cap 1mg
Tacrolimus Cap 5mg
Zortress Tab 1mg

AGENTES METABOLICOS PARA ENFERMEDAD OSEA (METABOLIC BONE DISEASE AGENTS)

AGENTES METABOLICOS PARA ENFERMEDAD OSEA (METABOLIC BONE DISEASE AGENTS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Alendronate Tab 10mg
Alendronate Tab 35mg
Alendronate Tab 5mg
Alendronate Tab 70mg

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Alendronate Sol 70mg/75ml ^{QL}

Calcitonin Nasal Sol 200 U/act

Ibandronate Tab 150mg ^{QL}

Risedronate Sodium Tab 35 Mg ^{QL}

Risedronate Tab 150mg ^{QL ST}

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Fosamax+d Tab 70-2800mg-u ^{QL ST}

Fosamax+d Tab 70-5600mg-u ^{QL ST}

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Forteo Subcut. Sol Pen-injector 600 Mcg/2.4ml ^{PA}

Nitisinone Cap 10 Mg

Nitisinone Cap 2 Mg

Nitisinone Cap 5 Mg

Tymlos Pen-inj 3120 Mcg/1.56ml ^{PA}

AGENTES MISCELANEOS TERAPEUTICOS (MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS)

AGENTES MISCELANEOS TERAPEUTICOS (MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Levocarnitine Sol 1gm/10ml

Levocarnitine Tab 330mg ^{PA}

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Formaldehyde External Sol 10 %

Methylergonovine Tab 0.2mg

Ringers Irrigation Sol

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Carnitor Iv Sol 200mg/ml

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Galafold Cap 123mg ^{PA}

AGENTES OFTALMICOS (OPHTHALMIC AGENTS)

AGENTES ANTIALERGICOS OFTALMICOS (OPHTHALMIC ANTI- ALLERGY AGENTS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Cromolyn Sod Ophth Sol 4%

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Azelastine Ophth Sol 0.05%

Bepotastine Besilate Ophth Sol 1.5 %

Epinastine Ophth Sol 0.05%

Olopatadine Hcl Ophth Sol 0.1%

Olopatadine Hcl Ophth Sol 0.2%

AGENTES OFTALMICOS CONTRA LA GLAUCOMA (OPHTHALMIC ANTIGLAUCOMA AGENTS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Brimonidine Tartrate Ophth Sol 0.2%

Carteolol Ophth Sol 1%

Dorzolamide Hcl Ophth Sol 2%

Dorzolamide Hcl-timolol Mal Ophth Sol 22.3-6.8mg/ml

Levobunolol Ophth Sol 0.5%

Timolol Mal Ophth Sol 0.25%

Timolol Mal Ophth Sol 0.5%

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Apraclonidine Hcl Ophth Sol 0.5%

Betaxolol Ophth Sol 0.5%

Brimonidine Ophth Sol 0.15%

Brinzolamide Ophth Susp 1 %

Timolol Gel Ophth Sol 0.25%

Timolol Gel Ophth Sol 0.5%

PREFERIDO (PREFERRED)

Alphagan P Ophth Sol 0.1%

Combigan Ophth Sol 0.2/0.5%

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Iopidine Ophth Sol 1%

AGENTES OFTALMICOS, OTROS (OPHTHALMIC AGENTS, OTHER)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Trifluridine Ophth Sol 1%

PREFERIDO (PREFERRED)

Natacyn Ophth Susp 5%

Restasis Emu 0.05%

ANALOGOS DE PROSTAMIDA Y PROSTAGLANDINA OFTALMICA (OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS)

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Latanoprost Ophth Sol 0.005%

Travoprost (bak Free) Ophth Sol 0.004 % ST

PREFERIDO (PREFERRED)

Lumigan Ophth Sol 0.01%

ANESTESIA LOCAL (LOCAL ANESTHETICS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Proparacaine Hcl Ophth Sol 0.5 %

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Altacaine Ophth Sol 0.5%

ANTIBACTERIALES (ANTIBACTERIALS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Ciprofloxacin Hcl Ophth Sol 0.3%

Ofloxacin Ophth Sol 0.3%

Polymyxin B-trimethoprim Ophth Sol 10000-0.1u/ml-%

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Bacitra-neomycin-polymyxin-hc Ophth Oint 1%

Bacitracin Ophth Oint 500 U/gm

Bacitracin-polymyxin B Ophth Oint 500-10000 U/gm

Erythromycin Ophth Oint 5mg/gm

Moxifloxacin Hcl (2x Day) Ophth Sol 0.5 %

Moxifloxacin Hcl Ophth Sol 0.5%

Neomycin-bacitra-polymyx Ophth Oint 3.5-400-10000

Neomycin-bacitra-polymyx Ophth Oint 5-400-10000

Neomycin-poly-grami Ophth Sol 1.75-10000-.025

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Ciloxan Ophth Oint 0.3%

ANTICOLINERGICOS (ANTICHOLINERGICS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Atropine Sulfate Ophth Sol 1 %

Cyclopentolate Hcl Ophth Sol 1%

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Altafrin Ophth Sol 10%

Altafrin Ophth Sol 2.5%

Cyclopentol Ophth Sol 2%

Tropicamide Ophth Sol 0.5 %

Tropicamide Ophth Sol 1 %

ANTIINFLAMATORIOS OFTALMICOS (OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Flurbiprofen Sodium Ophth Sol 0.03%

Neomycin-poly-dexameth Ophth Oint 3.5-10000-0.1

Neomycin-poly-dexameth Ophth Susp 3.5-10000-0.1

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Bromfenac Ophth Sol 0.09%

Dexamethasone Phosphate Ophth Sol 0.1%

Diclofenac Ophth Sol 0.1%

Fluorometholone Ophth Susp 0.1%

Ketorolac Ophth Sol 0.4%

Ketorolac Ophth Sol 0.5%

Loteprednol Etabonate Ophth Gel 0.5 %

Loteprednol Etabonate Ophth Susp 0.5%

Prednisolone Ophth Susp 1%

Tobramycin/dexame Ophth Susp 0.3-0.1%

PREFERIDO (PREFERRED)

Alrex Ophth Susp 0.2%

Ilevro Ophth Susp 0.3%

Lotemax Ophth Oint 0.5%

Tobradex Ophth Oint 0.3-0.1%

Tobradex St Ophth Susp 0.3-0.05%

AGENTES OTICOS (OTIC AGENTS)

AGENTES OTICOS, OTROS (OTIC AGENTS, OTHER)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Acetic Acid Otic Sol 2%

ANTIINFECTIVOS OTICOS (OTIC ANTI-INFECTIVES)

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Ofloxacin Otic Sol 0.3%

COMBINACIONES DE ANTIINFECTIVOS OTICOS ESTEROIDALES (OTIC ANTI-INFECTIVE-STERIODS COMBINATION)

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Ciprofloxacin-dexamethasone Otic Susp 0.3-0.1 %

Neomycin-poly-hc Otic Sol 3.5-10000-1

Neomycin-poly-hc Otic Susp 3.5-10000-1

ESTEROIDES OTICOS (OTIC STEROIDS)

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Flac_Otic Oil 0.01%

Fluocinolone Acetonide Oil 0.01%

Hydrocortisone-acetic Acid Otic Sol 1-2 %

AGENTES PARA BIPOLARIDAD (BIPOLAR AGENTS)

AGENTES PARA BIPOLARIDAD, OTROS (BIPOLAR AGENTS, OTHER)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Ziprasidone Cap 20mg

Ziprasidone Cap 40mg

Ziprasidone Cap 60mg

Ziprasidone Cap 80mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Aripiprazole Tab 10mg ^{QL}

Aripiprazole Tab 15mg ^{QL}

Aripiprazole Tab 20mg ^{QL}

Aripiprazole Tab 2mg ^{QL}

Aripiprazole Tab 30mg ^{QL}

Aripiprazole Tab 5mg ^{QL}

ESTABILIZADORES DEL ANIMO (MOOD STABILIZERS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Lithium Carb Cap 150mg

Lithium Carb Cap 300mg

Lithium Carb Cap 600mg

Lithium Carb Er Tab 300mg

Lithium Carb Er Tab 450mg

Lithium Carb Tab 300mg

AGENTES PARA EL DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD (ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) AGENTS)

ESTIMULANTES - MISC. (STIMULANTS - MISC.)

PREFERIDO (PREFERRED)

Quillichew Er Tab Chew 20mg ^{QL PL1}

Quillichew Er Tab Chew 30mg ^{QL PL1}

Quillichew Er Tab Chew 40mg ^{QL PL1}

Quillivant Xr Susp Recons 25mg/5ml ^{QL PL1}

AGENTES PARA EL SINDROME DE INTESTINO INFLAMADO (INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS)

AMINOSALICILATOS (AMINOSALICYLATES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Balsalazide Cap 750mg

Mesalamine Enema 4gm

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Mesalamine Cap Dr 400mg

Mesalamine Kit 4gm

Mesalamine Rectal Supp 1000mg

Mesalamine Tab Delayed Rel 800 Mg

Mesalamine Tab Dr 1.2gm

PREFERIDO (PREFERRED)

Pentasa Er Cap 250mg

Pentasa Er Cap 500mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Dipentum Cap 250mg

GLUCOCORTICOIDES (GLUCOCORTICOIDES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Hydrocortisone Acetate Rectal Suppository 25 Mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Hydrocortisone (perianal) Cre 1 %

Hydrocortisone Ace-pramoxine Rectal Cre 1-1%

SULFONAMIDAS (SULFONAMIDES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Sulfasalazine Dr Tab 500mg

Sulfasalazine Tab 500mg

AGENTES PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS)

AGENTES PARA FIBROMIALGIA (FIBROMYALGIA AGENTS)

PREFERIDO (PREFERRED)

Savella Tab 100mg

Savella Tab 12.5mg

Savella Tab 25mg

Savella Tab 50mg

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MULTIPLE (MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Avonex Prefilled Syr Kit 30mcg/0.5ml ^{PA}

Dalfampridine Er Tab 10mg ^{PA}

Dimethyl Fumarate Cap Dr 120 Mg ^{PA}

Dimethyl Fumarate Cap Dr 240 Mg ^{PA}

Gilenya Cap 0.5mg ^{PA}

Vumerity Cap Dr 231 Mg ^{PA}

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Aubagio Tab 14mg ^{PA}

Aubagio Tab 7mg ^{PA}

Zeposia 7-day Starter Pack Cap Therapy Pack 4 X 0.23mg & 3 X 0.46mg ^{PA}

Zeposia Cap 0.92 Mg ^{PA}

Zeposia Starter Kit Cap Therapy Pack 0.23mg & 0.46mg & 0.92mg ^{PA}

AGENTES PARA EL DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD - ANFETAMINA (ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Amphetamine Tab 10mg ^{QL}

Amphetamine Tab 20mg ^{QL}

Amphetamine Tab 30mg ^{QL}

Amphetamine Tab 5mg ^{QL}

Amphetamine Tab 7.5mg ^{QL}

Amphetamine-dextroamphetamine Tab 15mg ^{QL}

Dextroamphetamine Er Cap 10mg ^{QL}

Dextroamphetamine Er Cap 15mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Dextroamphetamine Er Cap 5mg ^{QL}

Dextroamphetamine Sulfate Tab 5mg

GENERIC NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Amphetamine Er Cap 10mg ^{QL}

Amphetamine Er Cap 15mg ^{QL}

Amphetamine Er Cap 20mg ^{QL}

Amphetamine Er Cap 25mg ^{QL}

Amphetamine Er Cap 30mg ^{QL}

Amphetamine Er Cap 5mg ^{QL}

Amphetamine Tab 12.5mg ^{QL}

Dextroamphetamine Sol 5mg/5ml

Dextroamphetamine Sulfate Tab 10mg

Methamphetamine Tab 5mg ^{QL}

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Adzenys Er Susup 1.25mg/ml ^{PA}

**AGENTES PARA EL DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD -
NO ANFETAMINA (ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES)**

GENERIC PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Dexmethylphenidate Er Cap 35mg ^{QL PL1}

Dexmethylphenidate Tab 10mg ^{QL PL1}

Dexmethylphenidate Tab 2.5mg ^{QL PL1}

Dexmethylphenidate Tab 5mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Tab 10mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Tab 20mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Tab 5mg ^{QL PL1}

GENERIC NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Atomoxetine Hcl Cap 100mg ^{QL}

Atomoxetine Hcl Cap 10mg ^{QL}

Atomoxetine Hcl Cap 18mg ^{QL}

Atomoxetine Hcl Cap 25mg ^{QL}

Atomoxetine Hcl Cap 40mg ^{QL}

Atomoxetine Hcl Cap 60mg ^{QL}

Atomoxetine Hcl Cap 80mg ^{QL}

Clonidine Hcl Er Tab 12hr 0.1mg

Dexmethylphenidate Er Cap 10mg ^{QL PL1}

Dexmethylphenidate Er Cap 15mg ^{QL PL1}

Dexmethylphenidate Er Cap 20mg ^{QL PL1}

Dexmethylphenidate Er Cap 25mg ^{QL PL1}

Dexmethylphenidate Er Cap 30mg ^{QL PL1}

Dexmethylphenidate Er Cap 40mg ^{QL PL1}

Dexmethylphenidate Er Cap 5mg ^{QL PL1}

Guanfacine Er Tab 1mg

Guanfacine Er Tab 2mg

Guanfacine Er Tab 3mg

Guanfacine Er Tab 4mg

Methylphenidate Chew 10mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Chew 2.5mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Chew 5mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er (cd) Cap 10mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er (cd) Cap 20mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er (cd) Cap 30mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er (cd) Cap 40mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er (cd) Cap 50mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er (cd) Cap 60mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er (la) Cap 10mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er (la) Cap 20mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er (la) Cap 30mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er (la) Cap 40mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er Tab 10mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er Tab 27mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er Tab 36mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Er Tab 54mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Hcl Er Tab 20 Mg ^{QL PL1}

Methylphenidate Sol 10mg/5ml ^{PL1}

Methylphenidate Sol 5mg/5ml ^{PL1}

**AGENTES PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS
(CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER)**

GENERIC NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Pregabalin Er Tab 24Hr 165 Mg

Pregabalin Er Tab 24Hr 330 Mg

Pregabalin Er Tab 24Hr 82.5 Mg

Riluzole Tab 50mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Exservan Film 50 Mg ^{PA}

Gralise Tab 300 Mg

Gralise Tab 600 Mg

Horizant Tab 300mg

Horizant Tab 600mg

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Tetrabenazine Tab 12.5mg

Tetrabenazine Tab 25mg

**AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS
/ CONTRA LA ADICCION (ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE
ABUSE TREATMENT AGENTS)**

ANTAGONISTAS OPIOIDES (OPIOID ANTAGONISTS)

GENERIC PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Naltrexone Tab 50mg

GENERIC NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Naloxone Inj 0.4mg/ml

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Narcan Nasal Liquid 4 Mg/0.1ml

**DISUASIVOS PARA EL ALCOHOL / DESEO COMPULSIVO
(ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Acampro Cal Tab 333mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Disulfiram Tab 250mg

Disulfiram Tab 500mg

**TRATAMIENTO PARA DEPENDENCIA EN OPIOIDES (OPIOID
DEPENDENCE TREATMENTS)**

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Buprenorphine Hcl SI Tab 2mg ^{QL}

Buprenorphine Hcl SI Tab 8mg ^{QL}

Buprenorphine Hcl-nalox SI Tab 2-0.5mg ^{QL}

Buprenorphine Hcl-nalox SI Tab 8-2 Mg ^{QL}

Buprenorphine Hcl/nalox SI Film 12-3mg

Buprenorphine Hcl/nalox SI Film 2-0.5mg

Buprenorphine Hcl/nalox SI Film 4-1mg

Buprenorphine Hcl/nalox SI Film 8-2mg

**AGENTES PARA PROBLEMAS DE SUEÑO (SLEEP DISORDER
AGENTS)**

**HIPNOTICOS DE BENZODIAZEPINA (BENZODIAZEPINE
HYPNOTICS)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Estazolam Tab 1mg

Estazolam Tab 2mg

Flurazepam Cap 15mg

Flurazepam Cap 30mg

Midazolam Hcl (pf) Inj Sol 10 Mg/2ml

Midazolam Hcl (pf) Inj Sol 2 Mg/2ml

Midazolam Hcl (pf) Inj Sol 5 Mg/5ml

Midazolam Hcl (pf) Inj Sol 5 Mg/ml

Midazolam Hcl Inj Sol 10mg/2ml

Midazolam Hcl Inj Sol 5mg/ml

Temazepam Cap 15mg

Temazepam Cap 22.5mg

Temazepam Cap 30mg

Temazepam Cap 7.5mg

**MODULADORES RECEPTORES GABA (GABA RECEPTOR
MODULATORS)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Eszopiclone Tab 1mg ^{QL}

Eszopiclone Tab 2mg ^{QL}

Eszopiclone Tab 3mg ^{QL}

Zaleplon Cap 10mg ^{QL}

Zaleplon Cap 5mg ^{QL}

Zolpidem Tab 10mg ^{QL}

Zolpidem Tab 5mg

PROBLEMAS DE SUEÑO, OTROS (SLEEP DISORDERS, OTHER)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Armodafinil Tab 250 Mg ^{QL}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Armodafinil Tab 150mg ^{QL}

Armodafinil Tab 200mg ^{QL}

Armodafinil Tab 50mg ^{QL}

Modafinil Tab 100mg ^{QL}

Modafinil Tab 200mg ^{QL}

Ramelteon Tab 8 Mg ^{QL ST}

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Xyrem Sol 500mg/ml ^{PA QL}

**AGENTES PSICOTERAPEUTICOS Y NEUROLOGICOS - MISC.
(PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.)**

**AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MULTIPLE (MULTIPLE
SCLEROSIS AGENTS)**

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Dimethyl Fumarate Starter Pack Misc 120 & 240 Mg ^{PA}

**AGENTES PULMONARES DEL TRACTO RESPIRATORIO
(RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS)**

ADRENERGICOS MIXTOS (MIXED ADRENERGICS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Epinephrine Inj Sol Prefilled Syr 1 Mg/10 MI

Epinephrine Pf Inj Sol 1mg/ml

**AGENTES PARA LA FIBROSIS QUISTICA (CYSTIC FIBROSIS
AGENTS)**

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Gentamicin Sulfate Inj Sol 10 Mg/ml

Gentamicin Sulfate Inj Sol 40 Mg/ml

Tobramycin Sulfate Inj Sol 1.2 Gm/30ml

Tobramycin Sulfate Inj Sol 10 Mg/ml

Tobramycin Sulfate Inj Sol 2 Gm/50ml

Tobramycin Sulfate Inj Sol 80 Mg/2ml

Tobramycin Sulfate Inj Sol Recons 1.2 Gm

**AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO, OTROS (RESPIRATORY
TRACT AGENTS, OTHER)**

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Acetylcysteine Inh Sol 20%

Benzonatate Cap 100mg

Benzonatate Cap 200mg

Flunisolide Spr 0.025% ^{QL ST}

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Fluticasone Spr 50mcg ^{QL}
 Promethazine Dm Syrup 6.25-15 Mg/5ml
 Promethazine-codeine Syrup 6.25-10 Mg/5ml
 Pseudoephedrine-bromphen-dm Syrup 30-2-10 Mg/5ml
 Sodium Chloride Inh Nebu Sol 0.9%
 Sodium Chloride Inh Nebu Sol 3 %
 Sodium Chloride Inh Nebu Sol 7 %
GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
 Acetylcysteine Inh Sol 10%
 Hydrocodone/hom Syrup 5-1.5mg/5ml
 Hydrocodone/homatropine Tab 5-1.5mg
 Mometasone Furoate Nasal Susp 50mcg/act ^{QL}
 Promethazine-phenyleph-codeine Syrup 6.25-5-10 Mg/5ml
ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Pulmozyme Sol 1mg/ml
 Ribavirin For Inh Sol 6gm
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES (PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES)
ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Adempas Tab 0.5mg ^{PA}
 Adempas Tab 1.5mg ^{PA}
 Adempas Tab 1mg ^{PA}
 Adempas Tab 2.5mg ^{PA}
 Adempas Tab 2mg ^{PA}
 Ambrisentan Tab 10 Mg ^{PA}
 Ambrisentan Tab 5 Mg ^{PA}
 Bosentan Tab 125 Mg ^{PA}
 Bosentan Tab 62.5 Mg ^{PA}
 Opsumit Tab 10mg ^{PA}
 Sildenafil Tab 20mg ^{PA}
 Tracleer Tab 32mg ^{PA}
 Tyvaso Inh Sol 0.6mg/ml ^{PA}

ANTIISTAMINICOS (ANTIISTAMINES)
GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Cetirizine Hcl Sol 1mg/ml
 Cyproheptadine Hcl Syrup 2mg/5ml
 Cyproheptadine Hcl Tab 4mg
 Desloratadine Tab 5mg
 Diphenhydramine Elx 12.5mg/5ml
 Diphenhydramine Hcl Inj Sol 50 Mg/ml
 Levocetirizine Sol 2.5mg/5ml
 Levocetirizine Tab 5mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
 Desloratadine Tab Disintegrating 2.5mg
 Desloratadine Tab Disintegrating 5mg

ANTIISTAMINICOS - ESTEROIDES (ANTIISTAMINES-STERIODS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Azelastine-fluticasone Nasal Susp 137-50 Mcg/act
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES INHALADOS (ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS)
GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
 Budesonide Susp 0.25mg/2ml ^{QL}
 Budesonide Susp 0.5mg/2ml ^{QL}
 Budesonide Susp 1mg/2ml ^{QL}
 Wixela Inh Aero Powder Breath Activated 100-50 Mcg/dose ^{QL}
 Wixela Inh Aero Powder Breath Activated 250-50 Mcg/dose ^{QL}
 Wixela Inh Aero Powder Breath Activated 500-50 Mcg/dose ^{QL}
PREFERIDO (PREFERRED)

Asmanex Hfa Inh Aerosol 100mcg/act ^{QL}
 Asmanex Hfa Inh Aerosol 200mcg/act ^{QL}
 Asmanex Hfa Inh Aerosol 50 Mcg/act ^{QL}
 Asmanex Inh Aerosol Powder Breath Activated 110mcg/inh ^{QL}
 Asmanex Inh Aerosol Powder Breath Activated 220mcg/inh ^{QL}
 Dulera Inh Aerosol 100-5mcg/act ^{QL}
 Dulera Inh Aerosol 200-5mcg/act ^{QL}
 Dulera Inh Aerosol 50-5 Mcg/act ^{QL}
 Pulmicort Inh 180mcg ^{QL ST}
 Pulmicort Inh 90mcg ^{QL ST}
 Qvar_Redihaler 40mcg ^{QL}
 Qvar_Redihaler 80mcg ^{QL}
 Symbicort Aer 160-4.5mcg/act ^{QL}
 Symbicort Aer 80-4.5mcg/act ^{QL}

ANTILEUCOTRIENOS (ANTILEUKOTRIENES)
GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Montelukast Chew 4mg
 Montelukast Chew 5mg
 Montelukast Gra 4mg
 Montelukast Tab 10mg
 Zafirlukast Tab 10mg
 Zafirlukast Tab 20mg

BRONCODILATADORES, ANTICOLINERGICOS (BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Ipratropium Inh Sol 0.02%
 Ipratropium Spr 0.03%
 Ipratropium Spr 0.06%
 Ipratropium/ Sol Albuterol
PREFERIDO (PREFERRED)
 Atrovent Hfa Aer 17mcg ^{QL}

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Combivent Respimat Inh Aer Sol 20-100mcg/act

Spiriva Handihaler Inh Cap 18mcg ^{QL}

Tudorza Pres Aer 400/act

BRONCODILATADORES, INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (XANTINAS) (BRONCHODILATORS, PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS (XANTHINES))

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Theophylline Er Tab 12 Hr 300mg

Theophylline Er Tab 400mg

Theophylline Er Tab 600mg

Theophylline Sol 80mg/15ml

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Theophylline Er Tab 450mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Daliresp Tab 250mcg ^{PA}

Daliresp Tab 500mcg ^{PA}

BRONCODILATADORES, SIMPATOMIMÉTICOS (BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Albuterol Inh Neb 0.083%

Albuterol Inh Neb 0.5%

Albuterol Inh Neb Sol 0.63mg/3ml

Albuterol Inh Neb Sol 1.25mg/3ml

Albuterol Syrup 2mg/5ml

Albuterol Tab 2mg

Albuterol Tab 4mg

Levalbuterol Inh Neb Sol 0.31mg

Levalbuterol Inh Neb Sol 0.63mg

Levalbuterol Inh Neb Sol 1.25mg

Terbutaline Tab 2.5mg

Terbutaline Tab 5mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Albuterol Sulfate Hfa Inhal Aero Sol 108 Mcg/act ^{QL}

Levalbuterol Inh Neb Sol 1.25mg/0.5ml

ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS (MAST CELL STABILIZERS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Azelastine Spr 0.1%

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Azelastine Spr 0.15%

Cromolyn Sod Neb 20mg/2ml

Olopatadine Spr 0.6%

ANALGESICOS (ANALGESICS)

ANALGESICOS - SEDANTES (ANALGESICS-SEDATIVES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Butalbital/apap/caf Tab

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Bac_Oral Tab 50-325-40 Mg

ANALGESICOS OPIOIDES - CORTA DURACION (OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Acetaminophen-codeine Tab 300-15mg ^{QL}

Acetaminophen/codeine Sol 120-12mg/5ml ^{QL}

Acetaminophen/codeine Tab 300-30mg ^{QL}

Hydrocodone/apap Tab 10-325mg ^{QL}

Hydrocodone/apap Tab 5-300mg ^{QL}

Hydrocodone/apap Tab 5-325mg ^{QL}

Hydrocodone/apap Tab 7.5-300mg ^{QL}

Hydrocodone/apap Tab 7.5-325mg ^{QL}

Meperidine Inj 50mg/ml ^{QL}

Oxycodone-acetaminophen Tab 10-325mg ^{QL}

Oxycodone-acetaminophen Tab 5-325mg ^{QL}

Oxycodone-acetaminophen Tab 7.5-325mg ^{QL}

Tramadol Hcl Tab 50mg ^{QL}

Tramadol/apap Tab 37.5-325mg ^{QL}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Acetaminophen-codeine Tab 300-30 Mg ^{QL}

Acetaminophen-codeine Tab 300-60mg ^{QL}

Endocet Tab 2.5-325mg ^{QL}

Hydrocodone/apap Tab 10-300mg ^{QL}

Morphine Sul Sol 100/5ml ^{QL}

Morphine Sul Sol 20mg/ml ^{QL}

ANALGESICOS OPIOIDES - LARGA DURACION (OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Morphine Sul Er Tab 15mg ^{QL}

Morphine Sul Er Tab 30mg ^{QL}

Morphine Sul Er Tab 60mg ^{QL}

Tramadol Hcl Er Tab 100mg ^{QL}

Tramadol Hcl Er Tab 200mg ^{QL}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Fentanyl Dis 100mcg/hr ^{QL}

Fentanyl Dis 12mcg/hr ^{QL}

Fentanyl Dis 25mcg/hr ^{QL}

Fentanyl Dis 50mcg/hr ^{QL}

Fentanyl Dis 75mcg/hr ^{QL}

Hydromorphone Hcl Pf Inj Sol 2mg/ml ^{QL}

Morphine Sul Er Tab 100mg ^{QL}

Morphine Sul Er Tab 200mg ^{QL}

Tramadol Hcl Er Tab 300mg ^{QL}

Tramadol Hcl Tab 100 Mg ^{QL}

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

PREFERIDO (PREFERRED)

Oxycontin Tab Er 12 Hr Abuse-deterrent 10mg ^{QL}
Oxycontin Tab Er 12 Hr Abuse-deterrent 15mg ^{QL}
Oxycontin Tab Er 12 Hr Abuse-deterrent 20mg ^{QL}
Oxycontin Tab Er 12 Hr Abuse-deterrent 30mg ^{QL}
Oxycontin Tab Er 12 Hr Abuse-deterrent 40mg ^{QL}
Oxycontin Tab Er 12 Hr Abuse-deterrent 60mg ^{QL}
Oxycontin Tab Er 12 Hr Abuse-deterrent 80mg ^{QL}

MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES (NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Celecoxib Cap 100mg ^{QL}
Celecoxib Cap 200mg ^{QL}
Celecoxib Cap 400mg ^{QL}
Celecoxib Cap 50mg ^{QL}
Diflunisal Tab 500mg
Flurbiprofen Tab 100mg
Flurbiprofen Tab 50mg
Ibuprofen Susp 100mg/5ml
Ibuprofen Tab 400mg
Ibuprofen Tab 600mg
Ibuprofen Tab 800mg
Naproxen Sod Tab 275mg
Naproxen Sod Tab 550mg
Naproxen Susp 125gm/5ml
Naproxen Tab 250mg
Naproxen Tab 375mg
Naproxen Tab 500mg
Naproxen Tab Dr 500 Mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Ketoprofen Cap 25mg
Ketoprofen Cap 50mg
Ketoprofen Cap 75mg
Naproxen Sod Er Tab 500mg
Naproxen Tab Dr 375 Mg

ANESTESICOS (ANESTHETICS)

ANESTESIA LOCAL (LOCAL ANESTHETICS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Lidocaine Hcl Urethral/mucosal External Gel 2 %
Lidocaine Inj 1%
Lidocaine Inj 2%
Lidocaine Sol 4%

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Lidocaine Oint 5%
Lidocaine Pad 5%

ANSIOLITICOS (ANXIOLYTICS)

ANSIOLITICOS, OTROS (ANXIOLYTICS, OTHER)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Alprazolam Tab 0.25mg
Alprazolam Tab 0.5mg
Alprazolam Tab 1mg
Alprazolam Tab 2mg
Buspirone Tab 10mg
Buspirone Tab 15mg
Buspirone Tab 30mg
Buspirone Tab 5mg
Buspirone Tab 7.5mg
Clorazepate Dipotassium Tab 15mg
Clorazepate Dipotassium Tab 3.75mg
Clorazepate Dipotassium Tab 7.5mg
Diazepam Tab 10mg
Diazepam Tab 2mg
Diazepam Tab 5mg
Hydroxyzine Hcl Syrup 10mg/5ml
Hydroxyzine Hcl Tab 25mg
Hydroxyzine Pam Cap 25mg
Hydroxyzine Pam Cap 50mg
Lorazepam Tab 0.5mg
Lorazepam Tab 1mg
Lorazepam Tab 2mg
Oxazepam Cap 15mg
Oxazepam Cap 30mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Diazepam Intensol Concentrate 5mg/ml
Lorazepam Concontrate 2mg/ml
Oxazepam Cap 10mg

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA / NOREPINEFRINA (SSRIS / SNRIS) (SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS/ SEROTNONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBIT)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Escitalopram Sol 5mg/5ml ^{QL}
Escitalopram Tab 10mg ^{QL}
Escitalopram Tab 20mg ^{QL}
Escitalopram Tab 5mg ^{QL}
Paroxetine Tab 10mg ^{QL}
Paroxetine Tab 20mg ^{QL}
Paroxetine Tab 30mg ^{QL}
Paroxetine Tab 40mg ^{QL}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Paroxetin Er Tab 12.5mg ^{QL}

Paroxetin Er Tab 37.5mg ^{QL}

Paroxetine Er Tab 25mg ^{QL}

Paroxetine Hcl Susp 10 Mg/5ml

ANTIBACTERIALES (ANTIBACTERIALS)

AMINOGLICOSIDOS (AMINOGLYCOSIDES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Gentamicin Sulfate Ophth Sol 0.3%

Neomycin Tab 500mg

Tobramycin Ophth Sol 0.3%

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Gentak Ophth Oint 0.3 %

Paromomycin Sulfate Cap 250 Mg

Streptomycin Sulfate Intramuscular Sol Reconst. 1 Gm

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Tobrex Ophth Oint 0.3%

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Tobi_Podhaler Inh Cap 28mg

Tobramycin Inh Neb Sol 300mg/5ml

ANTIBACTERIALES, OTROS (ANTIBACTERIALS, OTHER)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Methenam Hip Tab 1gm

Metronidazole Tab 250mg

Metronidazole Tab 500mg

Nitrofurantoin Macro Cap 100mg

Nitrofurantoin Macro Cap 50mg

Nitrofurantoin Monohyd Macro Cap 100mg

Trimethoprim Tab 100mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Fosfomycin Tromethamine Packet 3 Gm

Linezolid Tab 600 Mg

Methenamine Man Tab 1000mg

Metronidazole Cap 375mg

Nitrofurantoin Susp 25mg/5ml

Vancomycin Cap 125mg

Vancomycin Cap 250mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Xifaxan Tab 200mg

Xifaxan Tab 550mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Firvanq Sol Recons 25mg/ml

Firvanq Sol Recons 50mg/ml

CEFALOSPORINAS, BETALACTAMICO (BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Cefaclor Cap 250mg

Cefaclor Cap 500mg

Cefadroxil Cap 500mg

Cefadroxil Susp 250mg/5ml

Cefadroxil Susp 500mg/5ml

Cefdinir Cap 300mg

Cefdinir Susp 125mg/5ml

Cefdinir Susp 250mg/5ml

Cefpodoxime Tab 200mg

Cefprozil Susp 125mg/5ml

Cefprozil Susp 250mg/5ml

Cefprozil Tab 250mg

Cefprozil Tab 500mg

Cefuroxime Tab 250mg

Cefuroxime Tab 500mg

Cephalexin Cap 250mg

Cephalexin Cap 500mg

Cephalexin Susp 125mg/5ml

Cephalexin Susp 250mg/5ml

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Cefadroxil Tab 1gm

Cefazolin Sodium Inj Sol Recons 1 Gm

Cefazolin Sodium Inj Sol Recons 10 Gm

Cefazolin Sodium Inj Sol Recons 500 Mg

Cefepime Hcl Inj Sol Recons 1 Gm

Cefepime Hcl Inj Sol Recons 2 Gm

Cefixime Susp 100mg/5ml

Cefixime Susp 200mg/5ml

Cefpodoxime Prox Susp 100mg/5ml

Cefpodoxime Prox Susp 50mg/5ml

Cefpodoxime Prox Tab 100mg

Ceftriaxone Inj 1gm

Cephalexin Cap 750mg

LINCOSAMIDAS (LINCOSAMIDES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Clindamycin Hcl Cap 150mg

Clindamycin Hcl Cap 300mg

Clindamycin Hcl Cap 75mg

Clindamycin Palmitate Sol 75mg/5ml

MACROLIDOS (MACROLIDES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Azithromycin Susp 100mg/5ml

Azithromycin Susp 200mg/5ml

Azithromycin Tab 250mg

Azithromycin Tab 500mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Clarithromycin Susp 125mg/5ml

Clarithromycin Susp 250mg/5ml

Clarithromycin Tab 250mg

Clarithromycin Tab 500mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Azithromycin Tab 600mg

Clarithromycin Er Tab 500mg

Erythromycin Dr Cap 250mg

Erythromycin Tab 500 Mg

Erythromycin Tab Dr 250 Mg

Erythromycin Tab Dr 333 Mg

Erythromycin Tab Dr 500 Mg

PENICILINAS, BETALACTAMICO (BETA-LACTAM, PENICILLINS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Amoxicillin Cap 250mg

Amoxicillin Cap 500mg

Amoxicillin Susp 125mg/5ml

Amoxicillin Susp 200mg/5ml

Amoxicillin Susp 250mg/5ml

Amoxicillin Susp 400mg/5ml

Amoxicillin Tab 500mg

Amoxicillin Tab 875mg

Amoxicillin-pot Clav Chew 200mg

Amoxicillin-pot Clav Chew 400mg

Amoxicillin-pot Clav Susp 200-28.5mg/5ml

Amoxicillin-pot Clav Susp 250-62.5mg/5ml

Amoxicillin-pot Clav Susp 400-57mg/5ml

Amoxicillin-pot Clav Susp 600-42.9mg/5ml

Amoxicillin-pot Clav Tab 250mg

Amoxicillin-pot Clav Tab 500mg

Amoxicillin-pot Clav Tab 875mg

Ampicillin Cap 500mg

Dicloxacillin Sodium Cap 250mg

Dicloxacillin Sodium Cap 500mg

Penicillin Vn Sol 125mg/5ml

Penicillin Vn Sol 250mg/5ml

Penicillin Vn Tab 250mg

Penicillin Vn Tab 500mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Amoxicillin-pot Cla Er Tab 12hr 1000-62.5 Mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Bicillin C-r Inj 1200000 U/2ml

Bicillin L-a Inj 1200000 U/2ml

QUINOLONAS (QUINOLONES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Ciprofloxacin Hcl Tab 250mg

Ciprofloxacin Hcl Tab 500mg

Ciprofloxacin Hcl Tab 750mg

Levofloxacin Tab 250mg

Levofloxacin Tab 500mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Ciprofloxacin Tab 100mg

Levofloxacin Sol 25mg/ml

Levofloxacin Tab 750mg

Moxifloxacin Tab 400mg

Ofloxacin Tab 300mg

Ofloxacin Tab 400mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Cipro Susp Recons 250 Mg/5ml (5%)

Cipro Susp Recons 500 Mg/5ml (10%)

SULFONAMIDAS (SULFONAMIDES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Sulfamethoxazole-trimeth Susp 200-40 Mg/5ml

Sulfamethoxazole-trimeth Tab 400-80mg

Sulfamethoxazole-trimethoprim Tab 800-160mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Phosphasal Tab 81.6mg

Sulfadiazine Tab 500 Mg

Sulfisoxazole Crystals

Urelle Tab 81mg

Uribel Cap 118mg

Ustell Cap 120mg

TETRACICLINAS (TETRACYCLINES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Doxycycline Hyclate Cap 100mg

Doxycycline Hyclate Cap 50mg

Doxycycline Hyclate Tab 100mg

Doxycycline Hyclate Tab 20mg

Doxycycline Monohydrate Cap 100mg

Doxycycline Monohydrate Cap 50mg

Doxycycline Monohydrate For Susp 25mg/5ml

Doxycycline Monohydrate Tab 100mg

Doxycycline Monohydrate Tab 50mg

Doxycycline Monohydrate Tab 75mg

Minocycline Cap 50mg

Minocycline Cap 75mg

Minocycline Hcl Cap 100 Mg

Minocycline Tab 100mg

Minocycline Tab 50mg

Minocycline Tab 75mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. **PA**=Requiere Pre Autorización, **ST**=Terapia Escalonada, **QL**=Límite de Cantidad, **AL**=Límite de Edad, **PL1**=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrica), **PL2**=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. **PA**=Prior Auth Required, **ST**=Step Therapy, **QL**=Quantity Limit, **AL**=Age Limit, **PL1**=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), **PL2**=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Demeclocycline Tab 150mg
Demeclocycline Tab 300mg
Doxycycline Hyclate Dr Tab 100mg
Doxycycline Hyclate Dr Tab 150mg
Doxycycline Hyclate Dr Tab 75mg
Doxycycline Monohydrate Cap 150mg
Doxycycline Monohydrate Cap 75mg
Doxycycline Monohydrate Tab 150mg
Minocycline Er Tab 115mg
Minocycline Er Tab 135mg
Minocycline Er Tab 45mg
Minocycline Er Tab 65mg
Minocycline Er Tab 90mg
Tetracycline Cap 250mg
Tetracycline Cap 500mg

ANTICONVULSIVOS (ANTICONVULSANTS)

AGENTES AUMENTADORES DEL ÁCIDO GAMMA-AMINOBUTÍRICO (GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) AUGMENTING AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Clonazepam Tab 0.5mg ^{AL}
Clonazepam Tab 1mg ^{AL}
Clonazepam Tab 2mg ^{AL}
Divalproex Dr Sprinkle Cap 125mg
Divalproex Dr Tab 125mg ^{PL1}
Divalproex Dr Tab 250mg ^{PL1}
Divalproex Dr Tab 500mg ^{PL1}
Divalproex Er Tab 250mg ^{PL1}
Divalproex Er Tab 500mg ^{PL1}
Gabapentin Cap 100mg
Gabapentin Cap 300mg
Gabapentin Cap 400mg
Gabapentin Sol 250mg/5ml
Gabapentin Sol 300 Mg/6ml
Gabapentin Tab 600mg
Gabapentin Tab 800mg
Primidone Tab 250mg
Primidone Tab 50mg
Valproic Acid Cap 250mg ^{PL1}
Valproic Acid Sol 250mg/5ml ^{PL1}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Tiagabine Tab 12mg
Tiagabine Tab 16mg
Tiagabine Tab 2mg

Tiagabine Tab 4mg

AGENTES CANAL DE SODIO (SODIUM CHANNEL AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Carbamazepine Chew 100mg
Carbamazepine Er Cap 100mg
Carbamazepine Er Cap 200mg
Carbamazepine Er Cap 300mg
Carbamazepine Er Tab 100mg
Carbamazepine Er Tab 200mg
Carbamazepine Susp 100mg/5ml
Carbamazepine Tab 200mg
Oxcarbazepin Susp 300mg/5m
Oxcarbazepine Tab 150mg
Oxcarbazepine Tab 300mg
Oxcarbazepine Tab 600mg
Phenytoin Chew 50mg ^{PL1}
Phenytoin Ex Cap 100mg ^{PL1}
Phenytoin Susp 125mg/5ml ^{PL1}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Carbamazepine Er Tab 400mg
Phenytoin Ex Cap 200mg ^{PL1}
Phenytoin Ex Cap 300mg ^{PL1}
Rufinamide Susp 40 Mg/ml
Rufinamide Tab 200 Mg
Rufinamide Tab 400 Mg
PREFERIDO (PREFERRED)
Dilantin Cap 30mg ^{PL1}
Vimpat Sol 10mg/ml ^{AL}
Vimpat Tab 100mg ^{AL}
Vimpat Tab 150mg ^{AL}
Vimpat Tab 200mg ^{AL}
Vimpat Tab 50mg ^{AL}

AGENTES MODIFICADORES DE CANAL DE CALCIO (CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Ethosuximide Cap 250mg ^{PL1}
Ethosuximide Sol 250mg/5ml ^{PL1}
Zonisamide Cap 100mg
Zonisamide Cap 25mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Pregabalin Cap 100 Mg
Pregabalin Cap 150 Mg
Pregabalin Cap 200 Mg
Pregabalin Cap 225 Mg
Pregabalin Cap 25 Mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^Q=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^Q=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Pregabalin Cap 300 Mg
Pregabalin Cap 50 Mg
Pregabalin Cap 75 Mg
Pregabalin Sol 20 Mg/ml

Zonisamide Cap 50mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Celontin Cap 300mg ^{PL1}

AGENTES REDUCTORES DE GLUTAMATO (GLUTAMATE REDUCING AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Lamotrigine Chew 25mg

Lamotrigine Tab 100mg

Lamotrigine Tab 150mg

Lamotrigine Tab 200mg

Lamotrigine Tab 25mg

Topiramate Cap 25mg

Topiramate Tab 100mg

Topiramate Tab 200mg

Topiramate Tab 25mg

Topiramate Tab 50mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Lamotrigine Chew 5mg

Lamotrigine Disintegrating Tab 100mg

Lamotrigine Disintegrating Tab 200mg

Lamotrigine Disintegrating Tab 25mg

Lamotrigine Disintegrating Tab 50mg

Lamotrigine Er Tab 100mg

Lamotrigine Er Tab 200mg

Lamotrigine Er Tab 250mg

Lamotrigine Er Tab 25mg

Lamotrigine Er Tab 300mg

Lamotrigine Er Tab 50mg

Topiramate Cap 15mg

ANTICONVULSIVOS - MISC. (ANTICONVULSANTS - MISC.)

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Elepsia Xr Tab Er 24Hr 1000 Mg

Elepsia Xr Tab Er 24Hr 1500 Mg

Spritam Tab Disintegrating 1000 Mg

Spritam Tab Disintegrating 250 Mg

Spritam Tab Disintegrating 500 Mg

Spritam Tab Disintegrating 750 Mg

ANTICONVULSIVOS, OTROS (ANTICONVULSANTS, OTHER)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Levetiracetam Er Tab 500mg

Levetiracetam Er Tab 750mg

Levetiracetam Sol 100mg/ml

Levetiracetam Tab 1000mg

Levetiracetam Tab 250mg

Levetiracetam Tab 500mg

Levetiracetam Tab 750mg

Phenobarbital Elx 20mg/5ml

Phenobarbital Tab 16.2mg

Phenobarbital Tab 30mg

Phenobarbital Tab 32.4mg

Phenobarbital Tab 64.8mg

Phenobarbital Tab 97.2mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Phenobarbital Tab 100mg

Phenobarbital Tab 15mg

Phenobarbital Tab 60mg

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Epidiolex Sol 100 Mg/ml ^{PA}

ANTIDEPRESIVOS (ANTIDEPRESSANTS)

ANTAGONISTAS DE RECEPTORES ALFA-2 (TETRACICLICOS) (ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONIST (TETRACYCLICS))

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Mirtazapine Tab 15mg

Mirtazapine Tab 30mg

Mirtazapine Tab 45mg

Mirtazapine Tab 7.5mg

ANTIDEPRESIVOS, OTROS (ANTIDEPRESSANTS, OTHER)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Bupropion Hcl Er (sr) Tab 12 Hr 100mg ^{QL}

Bupropion Hcl Er (sr) Tab 12 Hr 150mg ^{QL}

Bupropion Hcl Er (sr) Tab 12 Hr 200mg ^{QL}

Bupropion Hcl Er (xl) Tab 24hr 150mg ^{QL}

Bupropion Hcl Er (xl) Tab 24hr 300mg ^{QL}

Bupropion Tab 100mg

Bupropion Tab 75mg

COMBINACIONES ANTIDEPRESIVAS (ANTIDEPRESSANT COMBINATIONS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Perphen/amit Tab 4-25mg ^{PL1}

INHIBIDORES DE MONOAMINA OXIDASA (IMAO) (MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS (MAOIS))

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Phenelzine Tab 15mg

Tranylcyprom Tab 10mg

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Emsam Transdermal Patch 24Hr 12 Mg/24hr

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Emsam Transdermal Patch 24Hr 6 Mg/24hr

Emsam Transdermal Patch 24Hr 9 Mg/24hr

INHIBIDORES DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SEROTONIN/NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Citalopram Sol 10mg/5ml ^{QL}

Citalopram Tab 10mg ^{QL}

Citalopram Tab 20mg ^{QL}

Citalopram Tab 40mg ^{QL}

Duloxetine Cap 20mg ^{QL}

Duloxetine Cap 30mg ^{QL}

Duloxetine Cap 60mg ^{QL}

Fluoxetine Cap 10mg ^{QL}

Fluoxetine Cap 20mg ^{QL}

Fluoxetine Cap 40mg ^{QL}

Fluoxetine Sol 20mg/5ml ^{QL}

Fluoxetine Tab 10mg ^{QL}

Fluoxetine Tab 20mg ^{QL}

Fluvoxamine Tab 100mg ^{QL}

Fluvoxamine Tab 25mg ^{QL}

Fluvoxamine Tab 50mg ^{QL}

Sertraline Hcl Concentrate 20mg/ml

Sertraline Tab 100mg ^{QL}

Sertraline Tab 25mg ^{QL}

Sertraline Tab 50mg ^{QL}

Venlafaxine Er Cap 150mg ^{QL}

Venlafaxine Er Cap 37.5mg ^{QL}

Venlafaxine Er Cap 75mg ^{QL}

Venlafaxine Tab 100mg ^{QL}

Venlafaxine Tab 25mg ^{QL}

Venlafaxine Tab 37.5mg ^{QL}

Venlafaxine Tab 50mg ^{QL}

Venlafaxine Tab 75mg ^{QL}

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Fluoxetine Dr Cap 90mg ^{QL}

Fluvoxamine Er Cap 100mg ^{QL}

Fluvoxamine Er Cap 150mg ^{QL}

Venlafaxine Er Tab 150mg ^{QL}

Venlafaxine Er Tab 37.5mg ^{QL}

Venlafaxine Er Tab 75mg ^{QL}

MODULADORES DE SEROTONINA (SEROTONIN MODULATORS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Trazodone Tab 100mg

Trazodone Tab 150mg

Trazodone Tab 300mg

Trazodone Tab 50mg

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Nefazodone Tab 100mg

Nefazodone Tab 150mg

Nefazodone Tab 200mg

Nefazodone Tab 250mg

Nefazodone Tab 50mg

TRICICLICOS (TRICYCLICS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Clomipramine Cap 25mg

Clomipramine Cap 50mg

Desipramine Tab 10mg

Desipramine Tab 25mg

Desipramine Tab 75mg

Doxepin Hcl Cap 100mg

Doxepin Hcl Cap 10mg

Doxepin Hcl Cap 150mg

Doxepin Hcl Cap 25mg

Doxepin Hcl Cap 50mg

Doxepin Hcl Cap 75mg

Imipramine Hcl Tab 10mg

Imipramine Hcl Tab 25mg

Imipramine Hcl Tab 50mg

Nortriptyline Cap 10mg

Nortriptyline Cap 25mg

Nortriptyline Cap 50mg

Nortriptyline Cap 75mg

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Amoxapine Tab 100mg

Amoxapine Tab 150mg

Amoxapine Tab 25mg

Amoxapine Tab 50mg

Clomipramine Cap 75mg

Desipramine Tab 100mg

Desipramine Tab 150mg

Desipramine Tab 50mg

Doxepin Hcl Concentrate 10mg/ml

Imipramine Pam Cap 100mg

Imipramine Pam Cap 125mg

Imipramine Pam Cap 150mg

Imipramine Pam Cap 75mg

Nortriptyline Sol 10mg/5ml

Protriptylin Tab 10mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Protriptylin Tab 5mg

ANTIEMETICS (ANTIEMETICS)

ADJUNTIVOS DE LA TERAPIA EMETOGENICA (EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Ondansetron Sol 4mg/5ml ^{QL}

Ondansetron Tab 4mg ^{QL}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Aprepitant Cap 125mg ^{QL}

Aprepitant Cap 40mg ^{QL}

Aprepitant Cap 80 & 125mg ^{QL}

Aprepitant Cap 80mg ^{QL}

Aprepitant Misc 80 & 125 Mg ^{QL}

Dronabinol Cap 10mg

Dronabinol Cap 2.5mg

Dronabinol Cap 5mg

Granisetron Tab 1mg ^{QL}

Ondansetron Disintegrating Tab 4mg ^{QL}

Ondansetron Disintegrating Tab 8mg ^{QL}

Ondansetron Tab 24mg ^{QL}

Ondansetron Tab 8mg ^{QL}

ANTICOLINERGICOS (ANTICHOLINERGICS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Scopolamine Transdermal Patc 72 Hr 1mg/3days

ANTIEMETICOS, OTROS (ANTIEMETICS, OTHER)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Meclizine Tab 12.5mg

Meclizine Tab 25mg

Promethazine Hcl Inj Sol 25 Mg/ml

Promethazine Hcl Inj Sol 50 Mg/ml

Promethazine Hcl Syrup 6.25 Mg/5ml

Promethazine Tab 12.5mg

Promethazine Tab 25mg

Promethazine Tab 50mg

Trimethobenzamide Hcl Cap 300mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Promethazine Hcl Rectal Supp 12.5mg

Promethazine Hcl Rectal Supp 25mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Tigan Im Sol 100 Mg/ml

ANTIFUNGALES (ANTIFUNGALS)

ANTIFUNGALES (ANTIFUNGALS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Clotrimazole Mouth/throat Troche 10mg

Griseofulvin Susp 125mg/5ml

Nystatin Susp 100000 U/ml

Nystatin Tab 500000 U

Terbinafine Tab 250mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Flucytosine Cap 250mg

Flucytosine Cap 500mg

Griseofulvin Tab Micr 500mg

Griseofulvin Tab Ultr 125mg

Griseofulvin Tab Ultr 250mg

ANTIFUNGALES - COMBINACIONES TOPICAS (ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Clotrimazole W/ Betamethasone Lot 1-0.05%

Clotrimazole-betameth Cre 1-0.05%

Nystatin/triam Oint 100000-0.1u/gm-%

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Nystatin/triamcinolone Cre 100000-0.1u/gm-%

ANTIFUNGALES - TOPICOS (ANTIFUNGALS - TOPICAL)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Ciclopirox Gel 0.77%

Ciclopirox Olamine External Cre 0.77 %

Ciclopirox Olamine Susp 0.77%

Ciclopirox Sha 1%

Nystatin Cre 100000 U/gm

Nystatin Oint 100000 U/gm

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Ciclopirox External Sol 8 % ^{QL}

Naftifine Hcl Cre 2%

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Mentax Cre 1%

ANTIFUNGALES RELACIONADOS AL IMIDAZOLE - TOPICOS (IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Clotrimazole Cre 1%

Clotrimazole Sol 1%

Econazole Cre 1%

Ketoconazole Cre 2%

Ketoconazole Sha 2%

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Ketoconazole Aer 2%

Oxiconazole Cre 1%

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Exelderm Cre 1%

Exelderm Sol 1%

IMIDAZOLES (IMIDAZOLES)

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrica), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Ketoconazole Tab 200mg ^{PA}

TRIAZOLES (TRIAZOLES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Fluconazole Susp 10mg/ml

Fluconazole Susp 40mg/ml

Fluconazole Tab 100mg

Fluconazole Tab 200mg

Fluconazole Tab 50mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Fluconazole Tab 150mg

Itraconazole Cap 100mg

Itraconazole Sol 10mg/ml

Posaconazole Tab Dr 100mg

Voriconazole Susp 40mg/ml

Voriconazole Tab 200mg

Voriconazole Tab 50mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Noxafil Susp 40mg/ml

ANTIMICOBACTERIAS (ANTIMYCOBACTERIALS)

ANTIMICOBACTERIAS, OTROS (ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Dapsone Tab 25mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Dapsone Tab 100mg

Rifabutin Cap 150mg

ANTITUBERCULARES (ANTITUBERCULARS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Ethambutol Tab 100mg

Ethambutol Tab 400mg

Isoniazide Tab 300mg

Pyrazinamide Tab 500mg

Rifampin Cap 150mg

Rifampin Cap 300mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Isoniazid Syrup 50mg/5ml

Isoniazid Tab 100mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Priftin Tab 150mg

ANTINEOPLASICOS (ANTINEOPLASTICS)

ANTINEOPLASTICO - INHIBIDORES PDGFR-ALPHA

(ANTINEOPLASTIC - PDGFR-ALPHA INHIBITORS)

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Ayvakit Tab 100 Mg ^{PA}

Ayvakit Tab 200 Mg ^{PA}

Ayvakit Tab 25 Mg ^{PA}

Ayvakit Tab 300 Mg ^{PA}

Ayvakit Tab 50 Mg ^{PA}

AGENTES ALQUILANTES (ALKYLATING AGENTS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Melphalan Tab 2mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Leukeran Tab 2mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Alkeran Tab 2 Mg

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Cyclophosphamide Cap 25mg

Cyclophosphamide Cap 50mg

Cyclophosphamide Tab 25 Mg

Cyclophosphamide Tab 50 Mg

Gleostine Cap 10 Mg

Gleostine Cap 100 Mg

Gleostine Cap 40 Mg

Myleran Tab 2mg

Temozolomide Cap 100mg ^{PA}

Temozolomide Cap 140mg ^{PA}

Temozolomide Cap 180mg ^{PA}

Temozolomide Cap 20mg ^{PA}

Temozolomide Cap 250mg ^{PA}

Temozolomide Cap 5mg ^{PA}

AGENTES ALQUILANTES - TOPICOS (ALKYLATING AGENTS - TOPICAL)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Valchlor Gel 0.016%

AGENTES ANTIANGIOGENICOS (ANTIANGIOGENIC AGENTS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Caprelsa Tab 100mg ^{PA}

Caprelsa Tab 300mg ^{PA}

Inlyta Tab 1mg ^{PA}

Inlyta Tab 5mg ^{PA}

Lenvima (10 Mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 10 Mg ^{PA}

Lenvima (12 Mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 3 X 4 Mg ^{PA}

Lenvima (14 Mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 10 & 4 Mg ^{PA}

Lenvima (18Mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 10Mg&2X4Mg ^{PA}

Lenvima (20 Mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 2 X 10 Mg ^{PA}

Lenvima (24Mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 2X10Mg&4Mg ^{PA}

Lenvima (4 Mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 4 Mg ^{PA}

Lenvima (8 Mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 2 X 4 Mg ^{PA}

Revlimid Cap 10mg ^{PA}

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Revlimid Cap 15mg ^{PA}

Revlimid Cap 2.5mg ^{PA}

Revlimid Cap 20mg ^{PA}

Revlimid Cap 25mg ^{PA}

Revlimid Cap 5mg ^{PA}

Thalomid Cap 100mg ^{PA}

Thalomid Cap 150mg ^{PA}

Thalomid Cap 200mg ^{PA}

Thalomid Cap 50mg ^{PA}

ANTIANDROGENOS (ANTIANDROGENS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Abiraterone Acetate Tab 250mg ^{PA}

Nubeqa Tab 300 Mg ^{PA}

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Orgovyx Tab 120 Mg ^{PA}

Yonsa Tab 125 Mg ^{PA}

ANTIESTROGENOS / MODIFICADORES

(ANTIESTROGENS/MODIFIERS)

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Toremifene Citrate Tab 60 Mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Emcyt Cap 140mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Soltamox Sol 10mg/5ml

ANTIMETABOLITOS (ANTIMETABOLITES)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Hydroxyurea Cap 500mg

Mercaptopurine Tab 50 Mg

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Methotrexate Inj 50mg/2ml

PREFERIDO (PREFERRED)

Droxia Cap 200mg

Droxia Cap 300mg

Droxia Cap 400mg

Methotrexate Sodium (pf) Inj Sol 50 Mg/2ml

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Methotrexate Sodium (pf) Inj Sol 1 Gm/40ml

Methotrexate Sodium (pf) Inj Sol 250 Mg/10ml

Methotrexate Sodium Inj Sol 250 Mg/10ml

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Capecitabine Tab 150mg ^{PA}

Capecitabine Tab 500mg ^{PA}

ANTIMETABOLITOS - TOPICOS (ANTIMETABOLITES - TOPICAL)

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Fluorouracil Cre 5%

Fluorouracil Sol 2%

Fluorouracil Sol 5%

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Fluoroplex Cre 1%

ANTINEOPLASICOS O LESIONES PRE-MALIGNAS - NSAIDS TOPICOS (ANTINEOPLASTICS OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAID'S)

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Diclofenac Sodium External Gel 3 %

ANTINEOPLASICOS RETINOIDALES - TOPICOS

(ANTINEOPLASTICS RETINOIDS - TOPICAL)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Targretin Gel 1%

ANTINEOPLASICOS, INHIBIDORES DE OBJETIVO MOLECULAR (ANTINEOPLASTICS, MOLECULAR TARGET INHIBITORS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Erivedge Cap 150 Mg

Venclexta Starting Pack Tab Therapy Pack 10 & 50 & 100 Mg ^{PA}

Venclexta Tab 10 Mg ^{PA}

Venclexta Tab 100 Mg ^{PA}

Venclexta Tab 50 Mg ^{PA}

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Daurismo Tab 100 Mg ^{PA}

Daurismo Tab 25 Mg ^{PA}

Odomzo Cap 200 Mg ^{PA}

ANTINEOPLASICOS, OTROS (ANTINEOPLASTICS, OTHER)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Leucovorin Ca Tab 5mg

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Leucovorin Ca Tab 25mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Leucovorin Calcium Tab 10 Mg

Leucovorin Calcium Tab 15 Mg

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Alecensa Cap 150 Mg ^{PA}

Balversa Tab 3 Mg ^{PA}

Balversa Tab 4 Mg ^{PA}

Balversa Tab 5 Mg ^{PA}

Cabometyx Tab 20 Mg ^{PA}

Cabometyx Tab 40 Mg ^{PA}

Cabometyx Tab 60 Mg ^{PA}

Cotellic Tab 20 Mg ^{PA}

Everolimus Tab 2.5 Mg ^{PA}

Everolimus Tab 5 Mg ^{PA}

Everolimus Tab 7.5 Mg ^{PA}

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Ibrance Cap 100 Mg ^{PA}
 Ibrance Cap 125 Mg ^{PA}
 Ibrance Cap 75 Mg ^{PA}
 Ibrance Tab 100 Mg ^{PA}
 Ibrance Tab 125 Mg ^{PA}
 Ibrance Tab 75 Mg ^{PA}
 Iclusig Tab 10 Mg ^{PA}
 Iclusig Tab 15mg ^{PA}
 Iclusig Tab 30 Mg ^{PA}
 Iclusig Tab 45mg ^{PA}
 Idhifa Tab 100 Mg ^{PA}
 Idhifa Tab 50 Mg ^{PA}
 Jakafi Tab 10mg ^{PA}
 Jakafi Tab 15mg ^{PA}
 Jakafi Tab 20mg ^{PA}
 Jakafi Tab 25mg ^{PA}
 Jakafi Tab 5mg ^{PA}
 Lorbrena Oral Tab 100 Mg ^{PA}
 Lorbrena Tab 25 Mg ^{PA}
 Lynparza Tab 100 Mg ^{PA}
 Lynparza Tab 150 Mg ^{PA}
 Mekinist Tab 0.5mg ^{PA}
 Mekinist Tab 2mg ^{PA}
 Mesnex Tab 400mg
 Ninlaro Cap 2.3 Mg ^{PA}
 Ninlaro Cap 3 Mg ^{PA}
 Ninlaro Cap 4 Mg ^{PA}
 Pomalyst Cap 1mg ^{PA}
 Pomalyst Cap 2mg ^{PA}
 Pomalyst Cap 3mg ^{PA}
 Pomalyst Cap 4mg ^{PA}
 Rubraca Tab 200 Mg ^{PA}
 Rubraca Tab 250 Mg ^{PA}
 Rubraca Tab 300 Mg ^{PA}
 Talzenna Cap 0.25 Mg ^{PA}
 Talzenna Cap 1 Mg ^{PA}
 Verzenio Tab 100 Mg ^{PA}
 Verzenio Tab 150 Mg ^{PA}
 Verzenio Tab 200 Mg ^{PA}
 Verzenio Tab 50 Mg ^{PA}
 Xospata Tab 40 Mg ^{PA}
 Zejula Cap 100mg ^{PA}
 Zolanza Cap 100mg ^{PA}
 Zykadia Tab 150 Mg ^{PA}

Alunbrig Tab 180 Mg ^{PA}
 Alunbrig Tab 30 Mg ^{PA}
 Alunbrig Tab 90 Mg ^{PA}
 Alunbrig Tab Therapy Pack 90 & 180 Mg ^{PA}
 Brukinsa Cap 80 Mg ^{PA}
 Calquence Cap 100 Mg ^{PA}
 Cometriq (100 Mg Daily Dose) Kit 80 & 20 Mg ^{PA}
 Cometriq (140 Mg Daily Dose) Kit 3 X 20 Mg & 80 Mg ^{PA}
 Cometriq Kit 60mg ^{PA}
 Fotivda Oral Cap 0.89 Mg ^{PA}
 Fotivda Oral Cap 1.34 Mg ^{PA}
 Gavreto Cap 100 Mg ^{PA}
 Kisqali 200 Dose Tab Therapy Pack 200 Mg ^{PA}
 Kisqali 400 Dose Tab Therapy Pack 200 Mg ^{PA}
 Kisqali 600 Dose Tab Therapy Pack 200 Mg ^{PA}
 Lumakras Tab 120 Mg ^{PA}
 Mektovi Tab 15 Mg ^{PA}
 Nerlynx Tab 40 Mg ^{PA}
 Pemazyre Tab 13.5 Mg ^{PA}
 Pemazyre Tab 4.5 Mg ^{PA}
 Pemazyre Tab 9 Mg ^{PA}
 Qinlock Tab 50 Mg ^{PA}
 Retevmo Cap 40 Mg ^{PA}
 Retevmo Cap 80 Mg ^{PA}
 Rozlytrek Cap 100 Mg ^{PA}
 Rozlytrek Cap 200 Mg ^{PA}
 Tabrecta Tab 150 Mg ^{PA}
 Tabrecta Tab 200 Mg ^{PA}
 Tazverik Tab 200 Mg ^{PA}
 Truseltiq (100mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 100 Mg ^{PA}
 Truseltiq (125mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 100& 25 M G ^{PA}
 Truseltiq (50mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 25 Mg ^{PA}
 Truseltiq (75mg Daily Dose) Cap Therapy Pack 25 Mg ^{PA}
 Turalio Cap 200 Mg ^{PA}
 Ukoniq Tab 200 Mg ^{PA}
 Vitrakvi Cap 100 Mg ^{PA}
 Vitrakvi Cap 25 Mg ^{PA}
 Vitrakvi Sol 20 Mg/ml ^{PA}
 Xpovio (100 Mg Once Weekly)tab Therapy Pack 50 Mg ^{PA}
 Xpovio (40 Mg Once Weekly)tab Therapy Pack 40 Mg ^{PA}
 Xpovio (40 Mg Twice Weekly)tab Therapy Pack 40 Mg ^{PA}
 Xpovio (60 Mg Once Weekly)tab Therapy Pack 60 Mg ^{PA}
 Xpovio (60 Mg Twice Weekly)tab Therapy Pack 20 Mg ^{PA}
 Xpovio (80 Mg Once Weekly)tab Therapy Pack 40 Mg ^{PA}
 Xpovio (80 Mg Twice Weekly)tab Therapy Pack 20 Mg ^{PA}

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

INHIBIDORES DE ENZIMAS (ENZYME INHIBITORS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Hycamtin Cap 0.25mg

Hycamtin Cap 1mg

Zydelig Tab 100mg ^{PA}

Zydelig Tab 150mg ^{PA}

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Copiktra Cap 15 Mg ^{PA}

Copiktra Cap 25 Mg ^{PA}

Etoposide Cap 50mg

Piqray (200 Mg Daily Dose) Tab Therapy Pack 200 Mg ^{PA}

Piqray (250 Mg Daily Dose) Tab Therapy Pack 200 & 50 Mg ^{PA}

Piqray (300 Mg Daily Dose) Tab Therapy Pack 2 X 150 Mg ^{PA}

INHIBIDORES DE AROMATASA - 3RA GENERACION

(AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Anastrozole Tab 1mg

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Letrozole Tab 2.5mg

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Exemestane Tab 25mg

INHIBIDORES DE OBJETIVO MOLECULAR (MOLECULAR

TARGET INHIBITORS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Afinitor Dis Tab 2mg

Afinitor Dis Tab 3mg

Afinitor Dis Tab 5mg

Afinitor Tab 10mg ^{PA}

Bosulif Tab 100mg ^{PA}

Bosulif Tab 400mg ^{PA}

Bosulif Tab 500mg ^{PA}

Erlotinib Hcl Tab 100 Mg ^{PA}

Erlotinib Hcl Tab 150 Mg ^{PA}

Erlotinib Hcl Tab 25 Mg ^{PA}

Gilotrif Tab 20 Mg ^{PA}

Gilotrif Tab 30 Mg ^{PA}

Gilotrif Tab 40 Mg ^{PA}

Imatinib Mesylate Tab 100mg ^{PA}

Imatinib Mesylate Tab 400mg ^{PA}

Imbruvica Cap 140mg ^{PA}

Imbruvica Cap 70mg ^{PA}

Imbruvica Tab 140mg ^{PA}

Imbruvica Tab 280mg ^{PA}

Imbruvica Tab 420mg ^{PA}

Imbruvica Tab 560mg ^{PA}

Iressa Tab 250 Mg ^{PA}

Lapatinib Ditosylate Tab 250 Mg ^{PA}

Nexavar Tab 200mg ^{PA}

Rydapt Cap 25mg ^{PA}

Sprycel Tab 100mg ^{PA}

Sprycel Tab 140mg ^{PA}

Sprycel Tab 20mg ^{PA}

Sprycel Tab 50mg ^{PA}

Sprycel Tab 70mg ^{PA}

Sprycel Tab 80mg ^{PA}

Stivarga Tab 40mg ^{PA}

Sunitinib Malate Cap 12.5 Mg ^{PA}

Sunitinib Malate Cap 25 Mg ^{PA}

Sunitinib Malate Cap 37.5 Mg ^{PA}

Sunitinib Malate Cap 50 Mg ^{PA}

Tafinlar Cap 50mg

Tafinlar Cap 75mg

Tagrisso Tab 80 Mg ^{PA}

Tagrisso Tab 40 Mg ^{PA}

Tasigna Cap 150mg ^{PA}

Tasigna Cap 200mg ^{PA}

Tasigna Cap 50mg ^{PA}

Tibsovo Tab 250mg ^{PA}

Vizimpro Tab 15 Mg ^{PA}

Vizimpro Tab 30 Mg ^{PA}

Vizimpro Tab 45 Mg ^{PA}

Votrient Tab 200mg ^{PA}

Xalkori Cap 200mg ^{PA}

Xalkori Cap 250mg ^{PA}

Zelboraf Tab 240mg

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Afinitor Tab 2.5 Mg ^{PA}

Afinitor Tab 5 Mg ^{PA}

Afinitor Tab 7.5 Mg ^{PA}

Braftovi Cap 75 Mg ^{PA}

Tukysa Tab 150 Mg ^{PA}

Tukysa Tab 50 Mg ^{PA}

RETINOIDES (RETINOIDS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Bexarotene Cap 75mg

Matulane Cap 50 Mg

Tretinoin Cap 10mg

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Targretin Cap 75 Mg

ANTIPARASITICOS (ANTIPARASITICS)

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

ANTIHELMINTICOS (ANTHELMINTICS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Albendazole Tab 200mg

Ivermectin Tab 3mg

Praziquantel Tab 600mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Benznidazole Tab 100 Mg

Benznidazole Tab 12.5 Mg

ANTIPROTOZOARIOS (ANTIPROTOZOALS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Hydroxychloroquine Tab 200mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Atovaquone Susp 750mg/5ml

Atovaquone/progu Tab 250-100mg

Atovaquone/progu Tab 62.5-25mg

Chloroquine Tab 250mg

Chloroquine Tab 500mg

Hydroxychloroquine Sulfate Tab 100 Mg

Hydroxychloroquine Sulfate Tab 300 Mg

Hydroxychloroquine Sulfate Tab 400 Mg

Mefloquine Tab 250mg

Nitazoxanide Tab 500 Mg

Primaquine Phosphate Tab 26.3 (15 Base) Mg

Quinine Sulf Cap 324mg

Tinidazole Tab 250mg

Tinidazole Tab 500mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Alinia Susp 100mg/5ml

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Krintafel Tab 150mg

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Pentamidine Isethionate Inh Sol Recons 300 Mg

Pyrimethamine Tab 25 Mg ^{PA}

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Lampit Tab 120 Mg ^{PA}

Lampit Tab 30 Mg ^{PA}

PEDICULIDAS / ESCABICIDAS (PEDICULICIDES/SCABICIDES)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Malathion Lot 0.5%

Permethrin Cre 5%

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Crotan Lot 10%

Ivermectin External Lotion 0.5 %

Lindane Sha 1%

ANTIPSICOTICOS (ANTIPSYCHOTICS)

PRIMERA GENERACION / TIPICOS (1ST GENERATION/TYPICAL)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Chlorpromazine Tab 100mg

Chlorpromazine Tab 10mg

Chlorpromazine Tab 25mg

Chlorpromazine Tab 50mg

Fluphenazine Tab 10mg

Fluphenazine Tab 5mg

Haloperidol Concentrate 2mg/ml

Haloperidol Tab 0.5mg

Haloperidol Tab 10mg

Haloperidol Tab 1mg

Haloperidol Tab 20mg

Haloperidol Tab 2mg

Haloperidol Tab 5mg

Perphenazine Tab 16mg

Perphenazine Tab 2mg

Perphenazine Tab 4mg

Perphenazine Tab 8mg

Prochlorperazine Maleate Tab 10mg

Prochlorperazine Maleate Tab 5mg

Thioridazine Tab 100mg

Thioridazine Tab 50mg

Thiothixene Cap 2mg

Thiothixene Cap 5mg

Trifluoperazine Hcl Tab 10mg

Trifluoperazine Hcl Tab 2mg

Trifluoperazine Hcl Tab 5mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Chlorpromazine Tab 200mg

Fluphenazine Tab 1mg

Fluphenazine Tab 2.5mg

Prochlorperazine Rectal Supp 25mg

Thioridazine Tab 10mg

Thioridazine Tab 25mg

Thiothixene Cap 10mg

Thiothixene Cap 1mg

Trifluoperazine Hcl Tab 1mg

RESISTENTE A TRATAMIENTO (TREATMENT-RESISTANT)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Clozapine Tab 100mg ^{QL}

Clozapine Tab 200mg ^{QL}

Clozapine Tab 25mg ^{QL}

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Clozapine Tab 50mg ^{QL}

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrica), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

SEGUNDA GENERACION / ATIPICOS (2ND GENERATION/ATYPICAL)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Olanzapine Tab 10mg ^{QL}
 Olanzapine Tab 2.5mg ^{QL}
 Olanzapine Tab 5mg ^{QL}
 Olanzapine Tab 7.5mg ^{QL}
 Quetiapine Tab 100mg ^{QL}
 Quetiapine Tab 200mg ^{QL}
 Quetiapine Tab 25mg ^{QL}
 Quetiapine Tab 300mg ^{QL}
 Quetiapine Tab 50mg ^{QL}
 Risperidone Sol 1mg/ml ^{QL}
 Risperidone Tab 0.25mg
 Risperidone Tab 0.5mg ^{QL}
 Risperidone Tab 1mg ^{QL}
 Risperidone Tab 2mg ^{QL}
 Risperidone Tab 3mg ^{QL}
 Risperidone Tab 4mg ^{QL}

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Asenapine Maleate Sublingual Tab 10 Mg ^{QL}
 Asenapine Maleate Sublingual Tab 5 Mg ^{QL}
 Olanzapine Tab 15mg ^{QL}
 Olanzapine Tab 20mg ^{QL}
 Quetiapine Tab 400mg ^{QL}

ANTIVIRALES (ANTIVIRALS)

AGENTES ANTI-CITOMEGALOVIRUS (CMV) (ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Valganciclov Tab 450mg
 Valganciclovir Hcl Sol Recons 50mg/ml

AGENTES ANTI-HIV, INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA NO-NUCLEOSIDA (ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI))

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Complera Tab 200-25-300mg
 Edurant Tab 25mg
 Efavirenz Cap 200mg
 Efavirenz Cap 50mg
 Efavirenz Tab 600mg
 Efavirenz-lamivudine-tenofovir Tab 400-300-300 Mg
 Efavirenz-lamivudine-tenofovir Tab 600-300-300 Mg
 Etravirine Tab 100 Mg
 Etravirine Tab 200 Mg
 Intelence Tab 25mg

Nevirapine Er Tab 24 Hr 100mg
 Nevirapine Er Tab 24 Hr 400mg
 Nevirapine Susp 50 Mg/5ml
 Nevirapine Tab 200mg

Odefsey Tab 200-25-25mg

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Symtuza Tab 800-150-200-10mg

AGENTES ANTI-HIV, INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA NUCLEOSIDA Y NUCLEOTIDA (ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI))

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Abacavir Sulfate Sol 20 Mg/ml (base Equiv)
 Abacavir Sulfate-lamivudine Tab 600-300mg
 Abacavir Tab 300mg
 Abacavir/lamiv Tab /zidovud
 Biktarvy Tab 50-200-25mg
 Cimduo Tab 300-300mg
 Emtricitabine Cap 200 Mg
 Emtriva Sol 10mg/ml
 Epivir Hbv Sol 5mg/ml
 Lamivud/zido Tab 150-300mg
 Lamivudine Sol 10mg/ml
 Lamivudine Tab 100mg
 Lamivudine Tab 150mg
 Lamivudine Tab 300mg

Stavudine Cap 15mg
 Stavudine Cap 20mg
 Stavudine Cap 30mg
 Stavudine Cap 40mg
 Tenofovir Disoproxil Fumarate Tab 300mg

Viread Pow 40mg/gm

Viread Tab 150mg

Viread Tab 200mg

Viread Tab 250mg

Zidovudine Cap 100mg

Zidovudine Syrup 50mg/5ml

Zidovudine Tab 300mg

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Delstrigo Tab 100-300-300mg

Temixys Tab 300-300 Mg

AGENTES ANTIHERPETICOS (ANTIHERPETIC AGENTS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Acyclovir Cap 200mg
 Acyclovir Susp 200mg/5ml

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Acyclovir Tab 400mg
Acyclovir Tab 800mg
Famciclovir Tab 125mg
Famciclovir Tab 250mg
Famciclovir Tab 500mg
Valacyclovir Tab 1gm
Valacyclovir Tab 500mg

AGENTES CONTRA LA INFLUENZA (ANTI-INFLUENZA AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Amantadine Cap 100mg
Amantadine Syrup 50mg/5ml
Oseltamivir Phosphate For Susp 6 Mg/ml (base Equiv) ^{QL}
Rimantadine Tab 100mg
GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)
Oseltamivir Phosphate Cap 30mg (base Equiv) ^{QL}
Oseltamivir Phosphate Cap 45mg (base Equiv) ^{QL}
Oseltamivir Phosphate Cap 75mg (base Equiv) ^{QL}

PREFERIDO (PREFERRED)

Relenza Diskhale Inh Aer 5mg/blister ^{QL}

AGENTES CONTRA VIH, INHIBIDORES DE PROTEASA (ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Aptivus Cap 250mg
Atazanavir Sulfate Cap 150mg
Atazanavir Sulfate Cap 200mg
Atazanavir Sulfate Cap 300mg
Crixivan Cap 400mg
Fosamprenavir Calcium Tab 700mg
Invirase Tab 500mg
Lexiva Susp 50mg/ml
Lopinavir-ritonavir Sol 400-100 Mg/5ml (80-20mg/ml)
Lopinavir-ritonavir Tab 100-25 Mg
Lopinavir-ritonavir Tab 200-50 Mg
Norvir Packet 100mg
Norvir Sol 80mg/ml
Prezista Susp 100mg/ml
Prezista Tab 150mg
Prezista Tab 600mg
Prezista Tab 75mg
Prezista Tab 800mg
Reyataz Packet 50mg
Ritonavir Tab 100mg
Viracept Tab 250mg
Viracept Tab 625mg

AGENTES CONTRA VIH, OTROS (ANTI-HIV AGENTS, OTHER)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Efavirenz-emtricitab-tenofovir Tab 600-200-300 Mg
Selzentry Tab 150mg
Selzentry Tab 25mg
Selzentry Tab 300mg
Selzentry Tab 75mg
Tivicay Pd Tab Soluble 5 Mg

Tivicay Tab 50mg

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Atripla Tab 600-200-300mg
Tybost Tab 150mg

AGENTES CONTRA LA HEPATITIS (ANTIHEPATITIS AGENTS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Baraclude Sol 0.05mg/ml
Entecavir Tab 0.5mg
Entecavir Tab 1mg
Pegasys Subcut. Sol 180 Mcg/0.5ml ^{PA}
Ribavirin Cap 200mg
Ribavirin Tab 200mg

Sofosbuvir-velpatasvir Tab 400-100 Mg ^{PA QL}

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Epclusa Tab 200-50 Mg ^{PA QL}
Mavyret Tab 100-40 Mg ^{PA}

ANTI-RETROVIRALES (ANTI-RETROVIRALS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Emtricitabine-tenofovir Df Tab 100-150 Mg ^{PA}
Emtricitabine-tenofovir Df Tab 133-200 Mg ^{PA}
Emtricitabine-tenofovir Df Tab 167-250 Mg ^{PA}
Emtricitabine-tenofovir Df Tab 200-300 Mg ^{PA}

ANTIVIRALES - TOPICOS (ANTIVIRALS - TOPICAL)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Acyclovir Cre 5%
Acyclovir Oint 5%
NO PREFERIDO (NON PREFERRED)
Denavir Cre 1%

EQUIPO MÉDICO (MEDICAL DEVICES)

AGUJAS Y JERINGUILLAS (NEEDLES & SYRINGES)

PREFERIDO (PREFERRED)

Bd_Autoshield Misc 29x5mm
Bd_Autoshield Misc 29x8mm
Bd_Autoshield Misc 30gx5mm
Bd_Insulin Syr Microfine Misc 28g X 1/2" 0.5 MI
Bd_Insulin Syr U/f Misc 31g X 5/16" 1ml
Bd_Pen Needl Mis 29gx12.7mm
Bd_Pen Needl Mis 31gx5mm

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Bd_Pen Needl Mis 31gx8mm
 Bd_Pen Needl Mis 32gx4mm
 Bd_Safetyglide Insulin 30g X5/16" 0.5ml
 Bd_Safetyglide Insulin Syr Misc 29g X 1/2" 0.3 MI
 Bd_Veo Insulin Syr U/f Misc 31g X 15/64" 0.3 MI
 Bd-insul Syr Ultrafine 31g X 5/16" 0.5ml
 Insulin Syr Misc 26gx1/2" 1ml
 Insulin Syr Misc 27gx1/2" 1ml
 Insulin Syr Misc 29gx1/2" 0.5ml
 Insulin Syr Misc 30gx1/2" 0.3ml
 Insulin Syr Misc U-100 1ml
 Insulin Syr U/f Misc 30gx1/2" 1ml
 Novofine Autocover Pen Needle Misc 30g X 8 Mm
 Novofine Pen Needle Misc 32g X 6 Mm
 Novotwist Pen Needle Misc 32g X 5 Mm
NO PREFERIDO (NON PREFERRED)
 Bd_Pen Misc
 Bd_Veo Insulin Syr U/f 1/2unit Misc 31g X 15/64" 0.3
 Insulin Syr Misc 27.5gx5/8" 2ml
 Magellan Insulin Safety Syr Misc 29gx1/2" 1ml
 Monoject Insulin Syr Misc 28gx1/2" 1ml
 Monoject Insulin Syr Misc 29gx1/2" 1ml
 Monoject Ultra Comfort Syr Misc 28gx1/2" 1ml
 Ulticare Insulin Safety Syr Misc 29gx1/2" 1ml

MEDICAMENTOS PREVENTIVOS ACA (ACA PREVENTIVE DRUGS)

ACIDO FOLICO (FOLIC ACID)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Fa-8_Cap 800mcg ^{QL}
 Folic Acid Tab 400mcg ^{QL}
 Kp_Folic Acid Tab 800mcg ^{QL}

AGENTE DE PREPARACION INTESTINAL (BOWEL PREPARATION AGENTS)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Peg-3350/kcl/sodium Sol 420gm

AGENTES PARA CESACION DE FUMAR (SMOKING CESSATION AGENTS)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Bupropion Hcl Er (smoking Det) Tab 12 Hr 150 Mg
 Nicotine Dis 14mg/24h
 Nicotine Dis 7mg/24hr
 Nicotine Gum 2mg Cinn
 Nicotine Gum 4mg Cinn
 Nicotine Loz 2mg
 Nicotine Loz 4mg Mint

Nicotine Transdermal Patch 24 Hr 21mg/24hr
 Nicotrol Inh 10mg
 Nicotrol Ns Spr 10mg/ml

AMINOACIDOS SIN FENILALANINA (PHENYLALANINE-FREE AMINO ACIDS)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

5-htp Tryptophan Tab 50 Mg
 A/g_Pro Tab
 Acid_Blockers Support Misc Therapy Pack
 Antioxidant Formula Cap
 App_Slim Rms Cap
 Asilnasal Rms Cap
 Babys Only Organic/soy Pow
 Bio-immunex Cap
 Boost Glucose Control Liq
 Conception Xr Reproductive Tab
 Cvs_Nutritional Shake Liq
 Diabetitrim Pow
 Enfagrow Toddler Soy Pow
 Enfamil Nutramigen Lipil Liq
 Ensure Liq
 Enu_Complete Nutrition Shake Liq
 Eq_Estroblend Menopause Tab
 Eq_Nutritional Shake Liq
 Estro Support Es Tab
 Estronatural Tab
 Gerber Good Start Soy/iron Liq
 Glucerna 1.2 Cal Liq
 Gluco Burst Liq
 Glytactin Swirl 15pe Packet
 Haelan Htpi Fermented Soy Liq
 Impact Liq
 K-pax Protein Blend Immune Pow
 Lps_Critical Care Sugar Free Liq
 Methionine-200 Cap
 Minus Weight Plus Energy Cap
 Organic Pedia Smart Pow
 Pediasure 1.0 Cal/fiber Liq
 Phenex Chews Tab Chew
 Phenyl-free 2 Pow
 Phenylade Drink Mix Pow
 Pku_3 Pow
 Pku_Express Packet
 Pros-tech Plus Cap
 Prostate 2.4 Cap

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediastra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediastra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediastra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Px_Vanilla Plus Liq
Resurgex Packet
Similac Alimentum Advance-iron Liq
Sm_Estroplus Extra Strength Tab
Tyr_Gel Packet
Ultra Energy Tab
Wellness Essentials For Joint Kit
Wellness Essentials Kit
Xptm_Analog Pow
Xtracal Plus Liq

**ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES DE PROGESTINA
(PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE)**

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Medroxyprogesterone Im Susp 150mg/ml

**ANTICONCEPTIVOS ORALES CONTINUOS (CONTINUOUS
CONTRACEPTIVES - ORAL)**

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Levonorgestrel -ethinyl Estrad Tab 90-20 Mcg

**ANTICONCEPTIVOS ORALES DE CICLO EXTENDIDO
(EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL)**

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Levonorgest-eth Estrad 91-day Tab 0.15-0.03 Mg

Levonorgest-eth Estrad 91-day Tab 0.15-0.03 Mg & 0.01 Mg

Levonorgestrel-eth Estrad 91-day Tab 0.1-0.02 & 0.01 Mg

**ANTICONCEPTIVOS DE COMBINACION - ANILLO VAGINAL
(COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL RING)**

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Eluryng Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24hr

Etonogestrel-ethinyl Estradiol Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24hr

**ANTICONCEPTIVOS DE COMBINACION - PARCHO
TRANSDERMAL (COMBINATION CONTRACEPTIVES -
TRANSDERMAL PATCH)**

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Xulane Dis 150-35mcg

ASPIRINA (ASPIRIN)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Aspirin Adult Low Tab Dr 81mg ^{QL}

Aspirin Ec Tab Dr 325mg ^{QL}

Aspirin Low Chew 81mg ^{QL}

Aspirin Tab 325mg ^{QL}

Medi-seltzer Tab Effervescent 325mg ^{QL}

CANCER DE MAMA (BREAST CANCER)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Tamoxifen Tab 10mg

Tamoxifen Tab 20mg

**CAPUCHONES CERVICALES CON ESPERMICIDA (CERVICAL
CAPS WITH SPERMICIDE)**

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Femcap Vaginal Device 30 Mm

**COMBINACIONES ANTICONCEPTIVAS ORALES (COMBINATION
CONTRACEPTIVES - ORAL)**

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Alyacen 1/35 Tab 1-35mg-mcg

Desogestrel-ethinyl Estradiol Tab 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5)

Dolishale Tab 90-20 Mcg

Drospiren-eth Eestrad-levomefol Tab 3-0.03-0.451mg

Drospiren-eth Estrad-levomefol Tab 3-0.02-0.451 Mg

Drospirenone-ethinyl Estradiol Tab 3-0.02 Mg

Ethinodiol Diac-eth Estradiol Tab 1-35mg-mcg

Ethinodiol Diac-eth Estradiol Tab 1-50mg-mcg

Jaimiess Tab 0.15-0.03 & 0.01 Mg

Junel Fe 24

Larin 24 Fe

Levonorg-eth Estrad Triphasic Tab 50-30/75-40/ 125-30 Mcg

Lo_Loestrin Fe Tab 1 Mg-10 Mcg/10 Mcg

Lojaimiess Tab 0.1-0.02 & 0.01 Mg

Lutera Tab

Microgestin Fe 1.5/30 Tab 1.5-30 Mg-mcg

Natazia Tab 3/2-2/2-3/1 Mg

Norethin Ace-eth Estrad-fe Tab 1.5-30 Mg-mcg

Norethin Ace-eth Estrad-fe Tab Chew 1-20 Mg-mcg(24)

Sprintec 28 Tab 28 Day

Tri-lo-sprintec Tab 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg

Trivora-28 Tab

Tyblume Tab Chew 0.1-20 Mg-mcg

Vienna Tab

Volnea Tab 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5)

CONDONES FEMENINOS (CONDOMS - FEMALE)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Fc_Female Condom Misc

Fc2_Female Condom Misc

CONTRACEPTIVOS (CONTRACEPTIVES)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Camila Tab 0.35 Mg

Errin Tab 0.35 Mg

Twirla Transdermal Patch 120-30 Mcg/24hr

**CONTRACEPTIVOS DE EMERGENCIA (EMERGENCY
CONTRACEPTIVES)**

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Ella_Tab 30mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Levonorgestrel Tab 1.5 Mg

DIAFRAGMAS CON ESPERMICIDA (DIAPHRAGMS WITH SPERMICIDE)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Caya_Vaginal Diaphragm

ESPERMICIDA (SPERMICIDE)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Encare Vaginal Suppository 100 Mg

Options Gynol Ii Contraceptive Vaginal Gel 3 %

Shur-seal Contraceptive Vaginal Gel 2 %

Vcf_Vaginal Contraceptive Vaginal Film 28 %

Vcf_Vaginal Contraceptive Vaginal Foam 12.5 %

ESPONJA CON ESPERMICIDA (SPONGE WITH SPERMICIDE)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Today Sponge Vaginal Misc 1000 Mg

FLUORURO (FLUORIDE)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Fluoride Chew 0.25mg F

Fluoride Chew 0.5mg F

Fluoride Chew 1mg F

Sod_Fluoride Dro 0.5mg/ml

HIERRO (IRON)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Ezfe_200 Cap 200mg

Fe_Sulfate Tab 27mg

Feosol Natural Rel Tab 45 Mg

Ferrimin Tab 150mg

Ferro-sequel Tab Er 65-25mg

Ferrous Fum Tab 29mg

Ferrous Fum Tab 324 (106 Fe)mg

Ferrous Gluc Tab 240mg

Ferrous Gluc Tab 324mg

Ferrous Sulf Dro 15mg/ml

Ferrous Sulf Ec Tab 324mg

Ferrous Sulf Elx 220mg/5ml

Ferrous Sulf Syrup 300mg/5ml

Ferrous Sulf Tab 325mg

Iron_Chew Pediatric

Iron_High Cap Potency

Iron_Slow Tab 45mg

Iron_Supplement Therapy Tab 325mg

Iron_Tab 18mg

Iron_Tab 28mg

Iron_Up Liq

Norethindrone Acetate Tab 5 Mg

Poly-iron Cap 150mg

Profe Cap 180mg

Proferrin Es Tab 12mg

Slow_Iron Tab 50mg

Slow_Rel Fe Er Tab 143mg

Slow_Rel Tab 143mg

Wee_Care Susp 15mg/1.25ml

VITAMINA D (VITAMIN D)

PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Bio-d-mulsion Forte Liq 50 Mcg/0.04ml

Bio-d-mulsion Liq 10 Mcg/0.04ml

Cvs_D3

D_1000 Cap 1000 U

D_1000 Chew 1000 U

D_400 Chew Tab 400 U

D_400 Tab 400 U

D2000 Ultra Strength

D3_Cap 400 U

D3_High Potency

D3_Kids Chew Tab 400 U

D3_Maximum Cap 5000 U

D3_Maximum Strength Liq 125 Mcg/ml

D3_Super Strength

D3_Tab 1000 U

D3_Tab 2000 U

Gnp_Vitamin D Tab Chew 400 U

Healthy Kids Vitamin D3 Chew 400 U

Hm_Vitamin D3

Kp_Vitamin D

Kp_Vitamin D Tab Chew 400 U

Optimal-d Cap 50000 U

Opurity Vit Chew D 5000 U

Ra_Vitamin D-3

Replesta Chew Waf 14000 U

Replesta Chew Waf 50000 U

Sm_Vitamin D3

Super Daily D3 Liq 25 Mcg /0.028ml

Thera-d Tab 4000 U

Vit_D Tab 5000 U

Vitamelts D Disintegrating Tab 1000 U

Vitamin D (cholecalciferol) Tab Chew 400 U

Vitamin D Cap 2000 U

Vitamin D Liq 10 Mcg/ml

Vitamin D3 Cap 10000 U

Vitamin D3 Cap 2000 U

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Vitamin D3 Cap 4000 U
Vitamin D3 Chew 2000 U
Vitamin D3 Liq 1000 U
Vitamin D3 Liq 25 Mcg/spray
Vitamin D3 Liq 30 Mcg/15ml
Vitamin D3 Tab 3000 U
Vitamin D3 Tab 50000 U
Vitamin D3 Tab Chew 400 U

VITAMINAS PRENATALES (PRENATAL VITAMINS)
PREVENTIVO (PREVENTIVE)

Atabex Chew Prenatal
Be_Well Pak Rounded
Brainstrong Mis Prenatal
Centrum Spec Pak Prenatal
Cvs_Prenatal Multi+dha Cap 27-0.8-250 Mg
Enfamil Mis Expecta
Multi Prenat Tab
One_A Day Mis Prenatal
Perry Prenat Cap
Prenatal Cap
Prenatal Cap Formula
Prenatal Cap Omega-3
Prenatal Chew Gummy
Prenatal Mul Cap +dha
Prenatal Tab
Prenatal Tab 28-0.8mg
Prenatal Tab Complete
Stuart One Cap

NUTRIENTES TERAPEUTICOS / MINERALES / ELECTROLITOS
(THERAPEUTIC NUTRIENTS/MINERALS/ELECTROLYTES)

ELECTROLITICOS / MODIFICADORES MINERALES
(ELECTROLYTE/MINERAL MODIFIERS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Sodium Polystyrene Sulfonate Pow

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Sps_Susp 15 Gm/60ml

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Deferasirox Tab Soluble 125 Mg ^{PA}

Deferasirox Tab Soluble 250 Mg ^{PA}

Deferasirox Tab Soluble 500 Mg ^{PA}

Penicillamine Cap 250mg ^{PA}

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Trientine Hcl Cap 250mg

ELECTROLITICOS / REEMPLAZO DE MINERALES
(ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Calcium Acetate Cap 667mg

Calcium Acetate Tab 667mg

Potassium Chloride Crys Er Tab 10 Meq

Potassium Chloride Crys Er Tab 20 Meq

Potassium Chloride Er Cap 10 Meq

Potassium Chloride Er Cap 8 Meq

Potassium Chloride Granules

Potassium Citrate Er Tab 10 Meq (1080 Mg)

Potassium Citrate Er Tab 15 Meq (1620 Mg)

Potassium Citrate Er Tab 5 Meq (540 Mg)

Sodium Citrate & Citric Acid Sol 500-334 Mg/5ml

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Cytra K Crystals Packet 3300-1002mg

Nac_Cap 600mg

Pot_& Sod Cit-cit Ac Sol 550-500-334 Mg/5ml

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Premasol Iv Sol 10 %

**PRODUCTOS PARA LA SANGRE / MODIFICADORES/
AUMENTO DE VOLUMEN (BLOOD
PRODUCTS/MODIFIERS/VOLUME EXPANDERS)**

**AGENTES MODIFICADORES DE PLAQUETAS (PLATELET
MODIFYING AGENTS)**

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Cilostazol Tab 100mg

Cilostazol Tab 50mg

Clopidogrel Bisulfate Tab 75mg

Dipyridamole Tab 25mg

Dipyridamole Tab 50mg

Dipyridamole Tab 75mg

GENERICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Aspirin-dipyridamole Er Cap ER 12Hr 25-200 Mg

Clopidogrel Tab 300mg

Prasugrel Hcl Tab 10mg

Prasugrel Hcl Tab 5mg

ANTICOAGULANTES (ANTICOAGULANTS)

GENERICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Enoxaparin Inj 40mg/0.4ml

Enoxaparin Inj 60mg/0.6ml

Enoxaparin Inj 80mg/0.8ml

Warfarin Sodium Tab 10mg

Warfarin Sodium Tab 1mg

Warfarin Sodium Tab 2.5mg

Warfarin Sodium Tab 2mg

Warfarin Sodium Tab 3mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Warfarin Sodium Tab 4mg

Warfarin Sodium Tab 5mg

Warfarin Sodium Tab 6mg

Warfarin Sodium Tab 7.5mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Heparin Lock Flush Iv Sol 10 U/ml

Heparin Sodium Lock Flush Iv Sol 100 U/ml

PREFERIDO (PREFERRED)

Xarelto Star Tab 15mg/20mg ^{QL}

Xarelto Tab 10mg ^{QL}

Xarelto Tab 15mg

Xarelto Tab 2.5mg ^{PA QL}

Xarelto Tab 20mg ^{QL}

COAGULANTES (COAGULANTS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Tranex Acid Tab 650mg

MODIFICADORES DE FORMACION DE SANGRE (BLOOD FORMATION MODIFIERS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Anagrelide Cap 0.5mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Anagrelide Cap 1mg

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Procrit Inj Sol 10000 Unit/ml ^{PA}

Procrit Inj Sol 2000 Unit/ml ^{PA}

Procrit Inj Sol 20000 Unit/ml ^{PA}

Procrit Inj Sol 3000 Unit/ml ^{PA}

Procrit Inj Sol 4000 Unit/ml ^{PA}

Procrit Inj Sol 40000 Unit/ml ^{PA}

Promacta Packet 12.5mg

Promacta Packet 25mg

Promacta Tab 12.5mg

Promacta Tab 25mg

Promacta Tab 50mg

Promacta Tab 75mg

Zarxio Inj Sol Prefilled Syr 300 Mcg/0.5ml ^{PA}

Zarxio Inj Sol Prefilled Syr 480 Mcg/0.8ml ^{PA}

ESPECIALIZADO NO PREFERIDO (NON PREFERRED SPECIALTY)

Nivestym Inj Prefilled Syr 300 Mcg/0.5ml ^{PA}

Nivestym Inj Prefilled Syr 480 Mcg/0.8ml ^{PA}

Nivestym Inj Sol 300 Mcg/ml ^{PA}

Nivestym Inj Sol 480 Mcg/1.6ml ^{PA}

Udenyca Subcut. Sol Prefilled Syr 6 Mg/0.6ml ^{PA}

PRODUCTOS VAGINALES (VAGINAL PRODUCTS)

ANTIBACTERIALES, OTROS (ANTIBACTERIALS, OTHER)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Clindamycin Phos Vaginal Cre 2%

Metronidazole Vag Gel 0.75%

ANTIFUNGALES (ANTIFUNGALS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Terconazole Cre 0.4%

Terconazole Cre 0.8%

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Terconazole Supp 80mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Nuessa Vaginal Gel 1.3 %

ESTROGENOS (ESTROGENS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Estradiol Vaginal Cre 0.1mg/gm ^{QL}

Estradiol Vaginal Tab 10mcg

PROGESTINAS (PROGESTINS)

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Crinone Vaginal Gel 8% ^{PA}

REEMPLAZO DE ENZIMAS / MODIFICADORES (ENZYME REPLACEMENT/MODIFIERS)

REEMPLAZO DE ENZIMAS / MODIFICADORES (ENZYME REPLACEMENT/MODIFIERS)

PREFERIDO (PREFERRED)

Creon Cap 12000 U

Creon Cap 24000 U

Creon Cap 3000 U

Creon Cap 36000 U

Creon Cap 6000 U

Zenpep Cap Dr Particles 10000-32000 U

Zenpep Cap Dr Particles 15000-47000 U

Zenpep Cap Dr Particles 20000-63000 U

Zenpep Cap Dr Particles 25000-79000 U

Zenpep Cap Dr Particles 3000-14000 U

Zenpep Cap Dr Particles 40000-126000 U

Zenpep Cap Dr Particles 5000-24000 U

ESPECIALIZADO PREFERIDO (PREFERRED SPECIALTY)

Cystadane Pow

Phenylbutyrate Pow Sodium

REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE (BLOOD GLUCOSE REGULATORS)

AGENTES CONTRA LA DIABETES (ANTIDIABETIC AGENTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Glimepiride Tab 1mg

Glimepiride Tab 2mg

Glimepiride Tab 4mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Glipizide Er Tab 24 Hr 10mg

Glipizide Er Tab 24 Hr 2.5mg

Glipizide Er Tab 24 Hr 5mg

Glipizide Tab 10mg

Glipizide Tab 5mg

Glipizide XI Tab 24 Hr 10mg

Glipizide XI Tab 24 Hr 2.5mg

Glipizide XI Tab 24 Hr 5mg

Glipizide/metform Tab 2.5-500mg

Glipizide/metform Tab 5-500mg

Glyburide Micronized Tab 3mg

Glyburide Micronized Tab 6mg

Glyburide Tab 1.25mg

Glyburide Tab 2.5mg

Glyburide Tab 5mg

Glyburide/metform Tab 1.25-250mg

Glyburide/metform Tab 2.5-500mg

Glyburide/metform Tab 5-500mg

Metformin Er Tab 500mg

Metformin Er Tab 750mg

Metformin Tab 1000mg

Metformin Tab 500mg

Metformin Tab 850mg

Pioglitazone Tab 15mg

Pioglitazone Tab 30mg

Pioglitazone Tab 45mg

Pioglitazone-met Tab 15-500mg

Pioglitazone-met Tab 15-850mg

Repaglinide Tab 1mg

Repaglinide Tab 2mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Glipizide/metform Tab 2.5-250mg

Glyburide Micronized Tab 1.5mg

Pioglit/glim Tab 30-2mg

Pioglit/glim Tab 30-4mg

Repaglinide Tab 0.5mg

PREFERIDO (PREFERRED)

Byetta Pen-inj Sol 10 Mcg/0.04ml ST

Byetta Pen-inj Sol 5mcg/0.02ml ST

Victoza Inj 18mg/3ml ^{QL ST}

AGENTES GLUCÉMICOS (GLYCEMIC AGENTS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Diazoxide Susp 50 Mg/ml

PREFERIDO (PREFERRED)

Glucagon Kit 1mg ^{QL}

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Baqsimi One Pack Nasal Powder 3 Mg/dose

Baqsimi Two Pack Nasal Powder 3 Mg/dose

Glucagon Emergency Inj Sol Recons 1 Mg/ml ^{QL}

COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4) Y BIGUANIDAS (DIPETIDYL PEPTIDASE - 4 (DPP-4) INHIBITORS - BIGUANIDE COMBINATIONS)

PREFERIDO (PREFERRED)

Janumet Tab 50-1000mg ST

Janumet Tab 50-500mg ST

Janumet Xr Tab 100-1000mg ST

Janumet Xr Tab 50-1000mg ST

Janumet Xr Tab 50-500mg ST

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Trijardy Xr Tab Er 24 Hr 10-5-1000 Mg ^{QL}

Trijardy Xr Tab Er 24 Hr 12.5-2.5-1000 Mg ^{QL}

Trijardy Xr Tab Er 24 Hr 25-5-1000 Mg ^{QL}

Trijardy Xr Tab Er 24 Hr 5-2.5-1000 Mg ^{QL}

INHIBIDORES DE DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4) (DIPETIDYL PEPTIDASE - 4 (DPP-4) INHIBITORS)

PREFERIDO (PREFERRED)

Januvia Tab 100mg ST

Januvia Tab 25mg ST

Januvia Tab 50mg ST

Tradjenta Tab 5mg ST

INHIBIDORES DE SGLT2 (SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) INHIBITORS)

PREFERIDO (PREFERRED)

Jardiance Tab 10mg ^{QL}

Jardiance Tab 25mg ^{QL}

Steglatro Tab 15mg ^{QL}

Steglatro Tab 5mg ^{QL}

INSULINAS (INSULINS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Novolin 70/30 Relion (70-30) 100 U/ml

Novolin N Relion Inj 100 U/ml

Novolin R Relion Inj 100 U/ml

PREFERIDO (PREFERRED)

Lantus Inj 100/ml

Levemir Subcut. Sol 100 U/ml

Novolin 70/30 (70-30) 100 U/ml

Novolin N Inj 100 U/ml

Novolin R Inj 100 U/ml

Novolog Inj 100 U/ml

Novolog Mix 70/30 Relion Subcut. Susp (70-30) 100 Unit/ml

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrica), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Novolog Mix 70/30 Subcut. Susp (70-30) 100 U/ml

Novolog Relion Subcut. Sol 100 Unit/ml

RELAJANTES MUSCULARES (SKELETAL MUSCLE RELAXANTS)

RELAJANTES MUSCULARES (SKELETAL MUSCLE RELAXANTS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Chlorzoxazone Tab 500mg

Cyclobenzaprine Tab 10mg

Cyclobenzaprine Tab 5mg

Metaxalone Tab 800mg

Methocarbamol Tab 500mg

Methocarbamol Tab 750mg

Orphenadrine Er Tab 100mg

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Carisoprodol-asa-cod Tab 200-325-16mg

Cyclobenzapr Tab 7.5mg

Orphenadrine Inj 30mg/ml

VASOPRESORES (VASOPRESSORS)

AGENTES PARA TERAPIA DE ANAFILAXIS (ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Epinephrine Inj Auto-inj 0.3mg/0.3ml ^{QL}

PREFERIDO (PREFERRED)

Epipen-jr Inj 2-pak ^{QL}

VASOPRESORES (VASOPRESSORS)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Midodrine Hcl Tab 10mg

Midodrine Hcl Tab 2.5mg

Midodrine Hcl Tab 5 Mg

VITAMINAS (VITAMINS)

ACIDO FOLICO (FOLIC ACID)

GENÉRICO PREFERIDO (PREFERRED GENERIC)

Folic Acid Tab 1mg

VITAMINAS PRENATALES (PRENATAL VITAMINS)

GENÉRICO NO PREFERIDO (NON PREFERRED GENERIC)

Obstetrix One Cap 38-1-225mg

Vinate li Tab 29-1 Mg

NO PREFERIDO (NON PREFERRED)

Atabex Ec Tab 29-1 Mg

Obstetrix Ec Tab 29-1mg

Prenatal Vitamin Plus Low Iron Tab 27-1mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS (INTRAVENOUS MEDICATIONS)

Advate IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Advate IV Sol. Reconst. 1500 U ^{PA}
 Advate IV Sol. Reconst. 2000 U ^{PA}
 Advate IV Sol. Reconst. 250 U ^{PA}
 Advate IV Sol. Reconst. 3000 U ^{PA}
 Advate IV Sol. Reconst. 4000 U ^{PA}
 Advate IV Sol. Reconst. 4000 U ^{PA}
 Aldurazyme IV Sol. 2.9 Mg/5MI ^{PA}
 Alphanate IV Sol Recons 1000 Unit ^{PA}
 Alphanate IV Sol Recons 1500 Unit ^{PA}
 Alphanate IV Sol Recons 2000 Unit ^{PA}
 Alphanate IV Sol Recons 250 Unit ^{PA}
 Alphanate IV Sol Recons 500 Unit ^{PA}
 Alphanine Sd IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Alphanine Sd IV Sol. Reconst. 1500 U ^{PA}
 Alphanine Sd IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Alprolix IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Alprolix IV Sol. Reconst. 2000 U ^{PA}
 Alprolix IV Sol. Reconst. 250 U ^{PA}
 Alprolix IV Sol. Reconst. 3000 U ^{PA}
 Alprolix IV Sol. Reconst. 4000 U ^{PA}
 Alprolix IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Aralast Np IV Sol. Reconst. 1000 Mg ^{PA}
 Aralast Np IV Sol. Reconst. 500 Mg ^{PA}
 Avsola IV Sol Recons 100 Mg ^{PA}
 Benlysta IV Sol. Reconst. 120 Mg ^{PA}
 Benlysta IV Sol. Reconst. 400 Mg ^{PA}
 Beovu Intravitreal Sol 6 Mg/0.05MI ^{PA}
 Berinert IV Kit 500 U ^{PA}
 Bivigam IV Sol 10 Gm/100MI ^{PA}
 Bivigam IV Sol. 5 Gm/50MI ^{PA}
 Botox Inj. Sol. Reconst. 100 U ^{PA}
 Botox Inj. Sol. Reconst. 200 U ^{PA}
 Ceprotin IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Ceprotin IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Cerezyme IV Sol. Reconst. 400 U ^{PA}
 Cinryze IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Corifact IV Kit 1000-1600 U ^{PA}
 Crysvita Subcutaneous Sol 10 Mg/MI ^{PA}
 Crysvita Subcutaneous Sol 20 Mg/MI ^{PA}
 Crysvita Subcutaneous Sol 30 Mg/MI ^{PA}
 Cytogam IV Inj. 50 Mg/MI ^{PA}

Dysport Intramusc. Sol. Reconst. 300 U ^{PA}
 Dysport Intramusc. Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Elaprase IV Sol. 6 Mg/3MI ^{PA}
 Elelyso IV Sol. Reconst. 200 U ^{PA}
 Eloctate IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Eloctate IV Sol. Reconst. 1500 U ^{PA}
 Eloctate IV Sol. Reconst. 2000 U ^{PA}
 Eloctate IV Sol. Reconst. 250 U ^{PA}
 Eloctate IV Sol. Reconst. 3000 U ^{PA}
 Eloctate IV Sol. Reconst. 4000 U ^{PA}
 Eloctate IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Eloctate IV Sol. Reconst. 5000 U ^{PA}
 Eloctate IV Sol. Reconst. 6000 U ^{PA}
 Eloctate IV Sol. Reconst. 750 U ^{PA}
 Entyvio IV Sol. Reconst. 300 Mg ^{PA ST}
 Epoprostenol Sodium IV Sol. Reconst. 0.5 Mg ^{PA}
 Epoprostenol Sodium IV Sol. Reconst. 1.5 Mg ^{PA}
 Euflexxa Intra-Articular Sol. Prefilled Syringe 20 Mg/2MI ^{PA ST}
 Evenity Subcutaneous Sol Prefilled Syringe 105 Mg/1.17MI ^{PA}
 Evkeeza IV Sol 1200 Mg/8MI ^{PA}
 Evkeeza IV Sol 345 Mg/2.3MI ^{PA}
 Eylea Intravitreal Sol Prefilled Syr 2 Mg/0.05MI ^{PA}
 Eylea Iz Sol. 2Mg/0.05Mg ^{PA}
 Fabrazyme IV Sol. Reconst. 35 Mg ^{PA}
 Fabrazyme IV Sol. Reconst. 5 Mg ^{PA}
 Fasenra Subcutaneous Sol Pref Syr 30 Mg/MI ^{PA}
 Feiba IV Sol. Reconst. 1000U ^{PA}
 Feiba IV Sol. Reconst. 2500U ^{PA}
 Feiba IV Sol. Reconst. 500U ^{PA}
 Flebogamma Dif IV Sol. 0.5 Gm/10MI ^{PA}
 Flebogamma Dif IV Sol. 10 Gm/100MI ^{PA}
 Flebogamma Dif IV Sol. 10 Gm/200MI ^{PA}
 Flebogamma Dif IV Sol. 2.5 Gm/50MI ^{PA}
 Flebogamma Dif IV Sol. 20 Gm/200MI ^{PA}
 Flebogamma Dif IV Sol. 20 Gm/400MI ^{PA}
 Flebogamma Dif IV Sol. 5 Gm/100MI ^{PA}
 Flebogamma Dif IV Sol. 5 Gm/50MI ^{PA}
 Gamastan Intramusc. Inj. ^{PA}
 Gamifant IV Sol 10 Mg/2MI ^{PA}
 Gamifant IV Sol 100 Mg/20MI ^{PA}
 Gamifant IV Sol 50 Mg/10MI ^{PA}
 Gammagard Inj. Sol. 1 Gm/10MI ^{PA}
 Gammagard Inj. Sol. 10 Gm/100MI ^{PA}
 Gammagard Inj. Sol. 2.5 Gm/25MI ^{PA}
 Gammagard Inj. Sol. 20 Gm/200MI ^{PA}

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Gammagard Inj. Sol. 30 Gm/300MI ^{PA}
 Gammagard Inj. Sol. 5 Gm/50MI ^{PA}
 Gammagard S/D Less Iga IV Sol. Reconst. 10 Gm ^{PA}
 Gammagard S/D Less Iga IV Sol. Reconst. 5 Gm ^{PA}
 Gammaked Inj Sol 1 Gm/10MI ^{PA}
 Gammaked Inj. Sol. 10 Gm/100MI ^{PA}
 Gammaked Inj. Sol. 20 Gm/200MI ^{PA}
 Gammaked Inj. Sol. 5 Gm/50MI ^{PA}
 Gammaplex IV Sol. 10 Gm/200MI ^{PA}
 Gammaplex IV Sol. 20 Gm/400MI ^{PA}
 Gammaplex IV Sol. 5 Gm/100MI ^{PA}
 Gamunex-C Inj. Sol. 1 Gm/10MI ^{PA}
 Gamunex-C Inj. Sol. 10 Gm/100MI ^{PA}
 Gamunex-C Inj. Sol. 2.5 Gm/25MI ^{PA}
 Gamunex-C Inj. Sol. 20 Gm/200MI ^{PA}
 Gamunex-C Inj. Sol. 40 Gm/400MI ^{PA}
 Gamunex-C Inj. Sol. 5 Gm/50MI ^{PA}
 Gentamicin In Saline IV Sol. 0.8-0.9 Mg/MI-% ^{PA}
 Gentamicin In Saline IV Sol. 1.2-0.9 Mg/MI-% ^{PA}
 Gentamicin In Saline IV Sol. 1-0.9 Mg/MI-% ^{PA}
 Glassia IV Sol. 1000 Mg/50MI ^{PA}
 Hemofil M IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Hemofil M IV Sol. Reconst. 1700 U ^{PA}
 Hemofil M IV Sol. Reconst. 250 U ^{PA}
 Hemofil M IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Hp Acthar Inj. Gel 80 U/MI ^{PA}
 Humate-P IV Sol. Reconst. 1000-2400 U ^{PA}
 Humate-P IV Sol. Reconst. 250-600 U ^{PA}
 Humate-P IV Sol. Reconst. 500-1200 U ^{PA}
 Hyalgan Intra-Articular Sol. 20 Mg/2MI ^{PA ST}
 Hyalgan Intra-Articular Sol. Prefilled Syringe 20 Mg/2MI ^{PA ST}
 Hyperrho S/D Intramuscul. Sol. Prefilled Syringe 1500 U ^{PA}
 Hyperrho S/D Intramuscul. Sol. Prefilled Syringe 250 U ^{PA}
 Ibandronate Sodium IV Sol. 3 Mg/3MI
 Inflectra IV Sol. Reconst. 100 Mg ^{PA}
 Ixinity IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Ixinity IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Koate IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Koate IV Sol. Reconst. 250 U ^{PA}
 Koate IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Koate-Dvi IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Koate-Dvi IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Kogenate Fs IV Kit 1000 U ^{PA}
 Kogenate Fs IV Kit 2000 U ^{PA}
 Kogenate Fs IV Kit 250 U ^{PA}

Kogenate Fs IV Kit 3000 U ^{PA}
 Kogenate Fs IV Kit 500 U ^{PA}
 Krystexxa IV Sol. 8 Mg/MI ^{PA}
 Lemtrada IV Sol. 12 Mg/1.2MI ^{PA}
 Leukine Inj. Sol. Reconst. 250 Mcg ^{PA}
 Lucentis Intravitreal Sol. Prefilled 0.3 Mg/0.05MI ^{PA}
 Lucentis Intravitreal Sol. Prefilled 0.5 Mg/0.05MI ^{PA}
 Lucentis Iz Sol. 0.3Mg/0.05MI ^{PA}
 Lucentis Iz Sol. 0.5Mg/0.05MI ^{PA}
 Lumizyme IV Sol. Reconst. 50 Mg ^{PA}
 Mannitol IV Sol. 25 %
 Mononine IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Monovisc Intra-Articular Sol. Prefilled Syringe 88 Mg/4MI ^{PA ST}
 Mycophenolate Mofetil Hcl IV Sol. Reconst. 500 Mg ^{PA}
 Mycophenolate Mofetil IV Sol Reconst 500 Mg ^{PA}
 Myobloc Intramuscul. Sol. 10000 U/2MI ^{PA}
 Myobloc Intramuscul. Sol. 2500 U/0.5MI ^{PA}
 Myobloc Intramuscul. Sol. 5000 U/MI ^{PA}
 Naglazyme IV Sol. 1 Mg/MI ^{PA}
 Novoseven Rt IV Sol. Reconst. 1 Mg ^{PA}
 Novoseven Rt IV Sol. Reconst. 2 Mg ^{PA}
 Novoseven Rt IV Sol. Reconst. 5 Mg ^{PA}
 Novoseven Rt IV Sol. Reconst. 8 Mg ^{PA}
 Nucala Subcutaneous Sol. Reconst. 100 Mg ^{PA}
 Nulojix IV Sol. Reconst. 250 Mg ^{PA}
 Obizur IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Octagam IV Sol 30 Gm/300MI ^{PA}
 Octagam IV Sol. 1 Gm/20MI ^{PA}
 Octagam IV Sol. 10 Gm/100MI ^{PA}
 Octagam IV Sol. 10 Gm/200MI ^{PA}
 Octagam IV Sol. 2.5 Gm/50MI ^{PA}
 Octagam IV Sol. 20 Gm/200MI ^{PA}
 Octagam IV Sol. 25 Gm/500MI ^{PA}
 Octagam IV Sol. 5 Gm/100MI ^{PA}
 Octagam IV Sol. 5 Gm/50MI ^{PA}
 Onpattro IV Sol 10 Mg/5MI ^{PA}
 Orthovisc Intra-Articular Sol. Prefilled Syringe 30 Mg/2MI ^{PA ST}
 Ozurdex Intravitreal Impl. 0.7Mg ^{PA}
 Pamidronate Disodium IV Sol. 30 Mg/10MI
 Pamidronate Disodium IV Sol. 6 Mg/MI
 Pamidronate Disodium IV Sol. 90 Mg/10MI
 Panzyga IV Sol 1 Gm/10MI ^{PA}
 Panzyga IV Sol 1 Gm/10MI ^{PA}
 Panzyga IV Sol 10 Gm/100MI ^{PA}
 Panzyga IV Sol 20 Gm/200MI ^{PA}

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Panzyga IV Sol 30 Gm/300MI ^{PA}
 Panzyga IV Sol 5 Gm/50MI ^{PA}
 Prialt Intrathecal Sol. 100 Mcg/MI ^{PA}
 Prialt Intrathecal Sol. 500 Mcg/20MI ^{PA}
 Privigen IV Sol. 10 Gm/100MI ^{PA}
 Privigen IV Sol. 20 Gm/200MI ^{PA}
 Privigen IV Sol. 40 Gm/400MI ^{PA}
 Privigen IV Sol. 5 Gm/50MI ^{PA}
 Profilnine IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Profilnine IV Sol. Reconst. 1500 U ^{PA}
 Profilnine IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Prolastin-C IV Sol. Reconst. 1000 Mg ^{PA}
 Prolastin-C IV Sol. Reconst. 1000 Mg/20MI ^{PA}
 Prolia Subcutaneous Sol. Pf Syr 60 Mg/MI ^{PA ST}
 Recombinate IV Sol. Reconst. 1241-1800 U ^{PA}
 Recombinate IV Sol. Reconst. 1801-2400 U ^{PA}
 Recombinate IV Sol. Reconst. 220-400 U ^{PA}
 Recombinate IV Sol. Reconst. 401-800 U ^{PA}
 Recombinate IV Sol. Reconst. 801-1240 U ^{PA}
 Renflexis IV Sol Recons 100 Mg ^{PA}
 Retrovir IV Sol. 10 Mg/MI
 Rhogam Ultra-Filtered Plus Intramusc. Sol. Prefil Syr 1500 U ^{PA}
 Riastap IV Sol. Reconst. ^{PA}
 Rixubis IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Rixubis IV Sol. Reconst. 2000 U ^{PA}
 Rixubis IV Sol. Reconst. 250 U ^{PA}
 Rixubis IV Sol. Reconst. 3000 U ^{PA}
 Rixubis IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Ruconest IV Sol. Reconst. 2100 U ^{PA}
 Sildenafil Citrate IV Sol. 10 Mg/12.5MI ^{PA}
 Simulect IV Sol. Reconst. 10 Mg ^{PA}
 Simulect IV Sol. Reconst. 20 Mg ^{PA}
 Soliris IV Sol. 300Mg/30MI ^{PA}
 Sylvant IV Sol. Reconst. 100 Mg ^{PA}
 Sylvant IV Sol. Reconst. 400 Mg ^{PA}
 Synagis Intramusc. Sol. 100 Mg/MI ^{PA}
 Synagis Intramusc. Sol. 50 Mg/0.5MI ^{PA}
 Synvisc Intra-Articular Sol. Prefilled Syringe 16 Mg/2MI ^{PA ST}
 Synvisc One Intra-Articular Sol. Prefil Syringe 48 Mg/6MI ^{PA ST}
 Thrombate lli IV Sol. Reconst. 1000 U ^{PA}
 Thrombate lli IV Sol. Reconst. 500 U ^{PA}
 Thymoglobulin IV Sol. Reconst. 25 Mg ^{PA}
 Thyrogen Intramusc. Sol. Reconst. 1.1 Mg ^{PA}
 Treprostinil Inj. Sol. 100 Mg/20 MI ^{PA}
 Treprostinil Inj. Sol. 20 Mg/20 MI ^{PA}

Treprostinil Inj. Sol. 200 Mg/20 MI ^{PA}
 Treprostinil Inj. Sol. 50 Mg/20 MI ^{PA}
 Tretten IV Sol. Reconst. 2000-3125 U ^{PA}
 Triesence Intraocular Susp. 40 Mg/MI ^{PA}
 Triluron Intra-articular Sol Prefilled Syr 20 Mg/2MI ^{PA ST}
 Tysabri IV Concentrate 300 Mg/15MI ^{PA}
 Ultomiris IV Sol 1100 Mg/11MI ^{PA}
 Ultomiris IV Sol 300 Mg/3MI ^{PA}
 Uplizna Intravenous Sol 100 Mg/10MI ^{PA}
 Vimizim IV Sol. 5 Mg/5MI ^{PA}
 Visudyne IV Sol. Reconst. 15 Mg ^{PA}
 Vpriv IV Sol Reconst. 400 Unit ^{PA}
 Xeomin Intramusc. Sol. Reconst. 100 U ^{PA}
 Xeomin Intramusc. Sol. Reconst. 50 U ^{PA}
 Xgeva Subcutaneous Sol. 120 Mg/1.7MI ^{PA}
 Xiaflex Inj. Sol. Reconst. 0.9 Mg ^{PA}
 Xolair Subcutaneous Sol Reconst. 150Mg/MI ^{PA}
 Xolair Subcutaneous Sol Reconst. 75Mg/0.5MI ^{PA}
 Xolair Subcutaneous Sol. Reconst. 150 Mg ^{PA}
 Xyntha IV Kit 1000 U ^{PA}
 Xyntha IV Kit 2000 U ^{PA}
 Xyntha IV Kit 250 U ^{PA}
 Xyntha IV Kit 500 U ^{PA}
 Xyntha Solofuse IV Kit 1000 U ^{PA}
 Xyntha Solofuse IV Kit 2000 U ^{PA}
 Xyntha Solofuse IV Kit 250 U ^{PA}
 Xyntha Solofuse IV Kit 3000 U ^{PA}
 Xyntha Solofuse IV Kit 500 U ^{PA}
 Yutiq Intravitreal Implant 0.18 Mg
 Zemaira IV Sol. Reconst. 1000 Mg ^{PA}
 Zemdri IV Sol 500 Mg/10MI ^{PA}
 Zoledronic Acid IV Concentrate 4 Mg/5MI ^{PA}
 Zoledronic Acid IV Sol. 4 Mg/100MI ^{PA}
 Zoledronic Acid IV Sol. 5 Mg/100MI ^{PA}

PREMEDICACIONES (PREMEDICATIONS)

Dexamethasone Sod Phosphate PF Inj Sol Pref Syr 10 Mg/MI
 Dexamethasone Sod Phosphate Pf Inj. Sol. 10 Mg/MI
 Dexamethasone Sodium Phosphate Inj Sol 4 Mg/MI
 Dexamethasone Sodium Phosphate Inj. Sol. 10 Mg/MI
 Dexamethasone Sodium Phosphate Inj. Sol. 100 Mg/10MI
 Dexamethasone Sodium Phosphate Inj. Sol. 120 Mg/30MI
 Dexamethasone Sodium Phosphate Inj. Sol. 20 Mg/5MI
 Diphenhydramine Hcl Inj. Sol. 50 Mg/MI
 Famotidine IV Sol. 20 Mg/2MI
 Famotidine IV Sol. 40 Mg/4MI

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Fosaprepitant Dimeglumine IV Sol Recons 150 Mg
 Infed Inj. Sol. 50 Mg/MI ^{PA}
 Magnesium Sulfate Inj. Sol. 50 %
 Methylprednisolone Sod Succ Inj Sol Recons 500 Mg
 Methylprednisolone Sodium Succ Inj. Sol. Reconst. 1000 Mg
 Methylprednisolone Sodium Succ Inj. Sol. Reconst. 125 Mg
 Methylprednisolone Sodium Succ Inj. Sol. Reconst. 40 Mg
 Metoclopramide Hcl Inj. Sol. 5 Mg/MI
 Na Ferric Gluc Cplx In Sucrose IV Sol. 12.5 Mg/MI
 Ondansetron Hcl Inj. Sol. 4 Mg/2MI
 Ondansetron Hcl Inj. Sol. 40 Mg/20MI
 Potassium Chloride IV Sol. 2 Meq/MI
 Prednisone Oral Concentrate 5 Mg/MI ^{PA}
 Prednisone Oral Sol 5 Mg/5MI ^{PA}
 Prednisone Oral Tablet 1 Mg ^{PA}
 Prednisone Oral Tablet 10 Mg ^{PA}
 Prednisone Oral Tablet 2.5 Mg ^{PA}
 Prednisone Oral Tablet 20 Mg ^{PA}
 Prednisone Oral Tablet 5 Mg ^{PA}
 Prednisone Oral Tablet 50 Mg ^{PA}
 Prednisone Oral Tablet Therapy Pack 5 Mg (21) ^{PA}
 Prednisone Oral Tablet Therapy Pack 5 Mg (48) ^{PA}
 Promethazine HCL Inj Sol 25 Mg/MI
 Promethazine HCL Inj Sol 50 Mg/MI
 Sodium Chloride IV Sol. 0.9 %
 Solu-Cortef Inj. Sol. Reconst. 100 Mg
 Solu-Cortef Inj. Sol. Reconst. 1000 Mg
 Solu-Cortef Inj. Sol. Reconst. 250 Mg
 Solu-Cortef Inj. Sol. Reconst. 500 Mg
 Solu-Medrol Inj. Sol. Reconst. 2 Gm

**PREVENTIVO – ANTICONCEPTIVOS DE COBRE - IUDS
 (PREVENTIVE - COPPER CONTRACEPTIVES - IUDS)**

Paragard Intrauterine Copper Device ^{PA}

**PREVENTIVO – ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA –
 IMPLANTES (PREVENTIVE – PROGESTIN CONTRACEPTIVES -
 IMPLANTS)**

Nexplanon Subcutaneous Implant 68 Mg ^{PA}

**PREVENTIVO – ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA – IUD
 (PREVENTIVE – PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD)**

Skyla Intrauterine Intrauterine Device 13.5 Mg

**QUIMIOTERAPIAS INTRAVENOSAS (INTRAVENOUS
 CHEMOTHERAPIES)**

Abraxane IV Susp. Reconst. 100 Mg ^{PA}
 Adcetris IV Sol. Reconst. 50 Mg ^{PA}
 Adriamycin IV Sol Recons 10 Mg

Adriamycin IV Sol Recons 50 Mg
 Alferon N Inj. Sol. 5000000 U/MI ^{PA}
 Alimta IV Sol. Reconst. 100 Mg ^{PA}
 Alimta IV Sol. Reconst. 500 Mg ^{PA}
 Aliqopa IV Sol Reconst 60 Mg ^{PA}
 Arranon IV Sol. 5 Mg/MI ^{PA}
 Arsenic Trioxide IV Sol 12 Mg/6MI ^{PA}
 Arzerra IV Concentrate 100 Mg/5MI ^{PA}
 Arzerra IV Concentrate 1000 Mg/50MI
 Asparlas IV Sol 3750 U/5MI ^{PA}
 Avastin IV Sol. 100 Mg/4MI ^{PA ST}
 Avastin IV Sol. 400 Mg/16MI ^{PA ST}
 Azacitidine Inj. Susp. Reconst. 100 Mg
 Bavencio IV Sol 200 Mg/10MI ^{PA}
 Beleodaq IV Sol. Reconst. 500 Mg ^{PA}
 Besponsa IV Sol. Reconst. 0.9 Mg ^{PA}
 Blenrep IV Sol Recons 100 Mg ^{PA}
 Bleomycin Sulfate Inj. Sol. Reconst. 15 U
 Bleomycin Sulfate Inj. Sol. Reconst. 30 U
 Blincyto IV Sol. Reconst. 35 Mcg ^{PA}
 Bortezomib Inj. Sol. Reconst. 3.5 Mg ^{PA}
 Busulfan IV Sol. 6 Mg/MI
 Capecitabine Tab 150 Mg ^{PA}
 Capecitabine Tab 500 Mg ^{PA}
 Carboplatin IV Sol. 150 Mg/15MI
 Carboplatin IV Sol. 450 Mg/45MI
 Carboplatin IV Sol. 50 Mg/5MI
 Carboplatin IV Sol. 600 Mg/60MI
 Carmustine IV Sol 100 Mg ^{PA}
 Cisplatin IV Sol. 100 Mg/100MI
 Cisplatin IV Sol. 200 Mg/200MI
 Cisplatin IV Sol. 50 Mg/50MI
 Cladribine IV Sol. 10 Mg/10MI
 Clofarabine IV Sol. 1 Mg/MI
 Cyclophosphamide Inj. Sol. Reconst. 1 Gm
 Cyclophosphamide Inj. Sol. Reconst. 2 Gm
 Cyclophosphamide Inj. Sol. Reconst. 500 Mg
 Cyclophosphamide IV Sol 1 Gm/5MI
 Cyclophosphamide IV Sol 500 Mg/2.5MI
 Cyramza IV Sol. 100 Mg/10MI ^{PA}
 Cyramza IV Sol. 500 Mg/50MI ^{PA}
 Cytarabine (Pf) Inj. Sol. 100 Mg/MI
 Cytarabine (Pf) Inj. Sol. 20 Mg/MI
 Cytarabine Inj. Sol. 20 Mg/MI
 Dacarbazine IV Sol. Reconst. 100 Mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Dacarbazine IV Sol. Reconst. 200 Mg	Fluorouracil IV Sol. 500 Mg/10MI
Dactinomycin IV Sol. Reconst. 0.5 Mg ^{PA}	Folotyn IV Sol. 20 Mg/MI ^{PA}
Darzalex IV Sol 100 Mg/5MI ^{PA}	Folotyn IV Sol. 40 Mg/2MI ^{PA}
Darzalex IV Sol 400 Mg/20MI ^{PA}	Fulvestrant Im Sol 250 Mg/5MI ^{PA}
Daunorubicin Hcl IV Sol. 20 Mg/4MI ^{PA}	Gazyva IV Sol. 1000 Mg/40MI ^{PA}
Daunorubicin Hcl IV Sol. 50 Mg/10MI ^{PA}	Gemcitabine Hcl IV Sol. 1 Gm/10MI
Decitabine IV Sol. Reconst. 50 Mg	Gemcitabine Hcl IV Sol. 1 Gm/26.3MI
Dexrazoxane IV Sol. Reconst. 250 Mg ^{PA}	Gemcitabine Hcl IV Sol. 1.5 Gm/15MI
Dexrazoxane IV Sol. Reconst. 500 Mg ^{PA}	Gemcitabine Hcl IV Sol. 2 Gm/20MI
Docetaxel IV Concentrate 160 Mg/8MI	Gemcitabine Hcl IV Sol. 2 Gm/52.6MI
Docetaxel IV Concentrate 20 Mg/MI	Gemcitabine Hcl IV Sol. 200 Mg/2MI
Docetaxel IV Concentrate 80 Mg/4MI	Gemcitabine Hcl IV Sol. 200 Mg/5.26MI
Docetaxel IV Sol. 160 Mg/16MI	Gemcitabine Hcl IV Sol. Reconst. 1 Gm
Docetaxel IV Sol. 20 Mg/2MI	Gemcitabine Hcl IV Sol. Reconst. 2 Gm
Docetaxel IV Sol. 80 Mg/8MI	Gemcitabine Hcl IV Sol. Reconst. 200 Mg
Doxorubicin Hcl IV Sol Recons 10 Mg	Gliadel Wafer Implant Wafer 7.7 Mg ^{PA}
Doxorubicin Hcl IV Sol. 2 Mg/MI	Halaven IV Sol. 1 Mg/2MI ^{PA}
Doxorubicin Hcl Liposomal IV Inj. 2 Mg/MI	Herceptin IV Sol. Reconst. 150 Mg ^{PA ST}
Eligard Subcutaneous Kit 22.5 Mg ^{PA}	Idarubicin Hcl IV Sol. 10 Mg/10MI
Eligard Subcutaneous Kit 30 Mg ^{PA}	Idarubicin Hcl IV Sol. 20 Mg/20MI
Eligard Subcutaneous Kit 45 Mg ^{PA}	Idarubicin Hcl IV Sol. 5 Mg/5MI
Eligard Subcutaneous Kit 7.5 Mg ^{PA}	Ifex IV Sol. Reconst. 3 Gm ^{PA}
Elitek IV Sol. Reconst. 1.5 Mg ^{PA}	Ifosfamide IV Sol. 1 Gm/20MI
Elitek IV Sol. Reconst. 7.5 Mg ^{PA}	Ifosfamide IV Sol. 3 Gm/60MI
Elzonris IV Sol 1000 Mcg/MI ^{PA}	Ifosfamide IV Sol. Reconst. 1 Gm
Empliciti IV Sol Reconst 300 Mg ^{PA}	Ifosfamide IV Sol. Reconst. 3 Gm
Empliciti IV Sol Reconst 400 Mg ^{PA}	Imfinzi Inj 120 Mg/2.4 MI ^{PA}
Enhertu IV Sol Reconst 100 Mg ^{PA}	Imfinzi Inj 500 Mg/10 MI ^{PA}
Epirubicin Hcl IV Sol. 200 Mg/100MI	Imlygic Intralesional Susp 1000000 U/MI ^{PA}
Epirubicin Hcl IV Sol. 50 Mg/25MI	Imlygic Intralesional Susp 100000000 UMI ^{PA}
Erbix IV Sol. 100 Mg/50MI ^{PA}	Intron A Inj. Sol. 10000000 U/MI ^{PA}
Erbix IV Sol. 200 Mg/100MI ^{PA}	Intron A Inj. Sol. 6000000 U/MI ^{PA}
Ethylol IV Sol. Reconst. 500 Mg ^{PA}	Intron A Inj. Sol. Reconst. 10000000 U ^{PA}
Etopophos IV Sol. Reconst. 100 Mg ^{PA}	Intron A Inj. Sol. Reconst. 18000000 U ^{PA}
Etoposide IV Sol. 1 Gm/50MI	Intron A Inj. Sol. Reconst. 50000000 U ^{PA}
Etoposide IV Sol. 100 Mg/5MI	Irinotecan Hcl IV Sol 300 Mg/15MI
Etoposide IV Sol. 500 Mg/25MI	Irinotecan Hcl IV Sol. 100 Mg/5MI
Firmagon (240 MG Dose) Subcut Sol Reconst 120 Mg/Vial ^{PA}	Irinotecan Hcl IV Sol. 40 Mg/2MI
Firmagon Subcutaneous Sol Reconst 80 Mg ^{PA}	Irinotecan Hcl IV Sol. 500 Mg/25MI
Floxuridine Inj. Sol. Reconst. 0.5 Gm	Istodax (Overfill) IV Sol Recons 10 Mg ^{PA}
Fludarabine Phosphate IV Sol. 50 Mg/2MI	Ixempra Kit IV Sol. Reconst. 15 Mg ^{PA}
Fludarabine Phosphate IV Sol. Reconst. 50 Mg	Ixempra Kit IV Sol. Reconst. 45 Mg ^{PA}
Fluorouracil IV Sol. 1 Gm/20MI	Jemperli IV Sol 500 Mg/10MI ^{PA}
Fluorouracil IV Sol. 2.5 Gm/50MI	Jevtana Iz Sol. 60 Mg/1.5MI ^{PA}
Fluorouracil IV Sol. 5 Gm/100MI	Kadcyla IV Sol. Reconst. 100 Mg ^{PA}

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Kadcyla IV Sol. Reconst. 160 Mg^{PA}
 Kanjinti IV Sol Recons 150 Mg^{PA}
 Kanjinti IV Sol Recons 420 Mg^{PA}
 Kepivance IV Sol. Reconst. 6.25 Mg^{PA}
 Keytruda IV Sol. 100 Mg/4MI^{PA}
 Kymriah IV Susp^{PA}
 Kyprolis Intravenous Solution Reconstituted 30 Mg^{PA}
 Kyprolis IV Sol. Reconst. 10 Mg^{PA}
 Kyprolis IV Sol. Reconst. 60 Mg^{PA}
 Leucovorin Calcium Inj Sol Reconst 500 MG
 Leucovorin Calcium Inj Sol. 100 Mg/10MI
 Leucovorin Calcium Inj Sol. 500 Mg/50MI
 Leucovorin Calcium Inj. Sol. Reconst. 100 Mg
 Leucovorin Calcium Inj. Sol. Reconst. 200 Mg
 Leucovorin Calcium Inj. Sol. Reconst. 350 Mg
 Leucovorin Calcium Inj. Sol. Reconst. 50 Mg
 Leuprolide Acetate Inj Kit 1 Mg/0.2MI
 Levoleucovorin Calcium IV Sol. Reconst. 50 Mg^{PA}
 LEVOleucovorin Calcium PF IV Sol 175 Mg/17.5ML
 LEVOleucovorin Calcium PF IV Sol 250 MG/25ML
 Levulan Kerastick External Sol. Reconst. 20 %^{PA}
 Libtayo IV Sol 350 Mg/7MI^{PA}
 Lumoxiti IV Sol Reconst 1 Mg^{PA}
 Lupron Depot (1-Month) IM Kit 3.75 Mg^{PA}
 Lupron Depot (1-Month) IM Kit 7.5 Mg^{PA ST}
 Lupron Depot (3-Month) IM Kit 11.25 Mg^{PA}
 Lupron Depot (3-Month) IM Kit 22.5 Mg^{PA ST}
 Lupron Depot (4-Month) IM Kit 30 Mg^{PA ST}
 Lupron Depot (6-Month) IM Kit 45 Mg^{PA ST}
 Marqibo IV Susp. 5 Mg/31MI^{PA}
 Melphalan Hcl IV Sol. Reconst. 50 Mg^{PA}
 Mesna IV Sol. 100 Mg/MI
 Methotrexate Sodium Inj Sol Reconst 1 Gm
 Mitomycin IV Sol. Reconst. 20 Mg^{PA}
 Mitomycin IV Sol. Reconst. 40 Mg^{PA}
 Mitomycin IV Sol. Reconst. 5 Mg^{PA}
 Mitoxantrone Hcl IV Concentrate 20 Mg/10MI^{PA}
 Mitoxantrone Hcl IV Concentrate 25 Mg/12.5MI^{PA}
 Mitoxantrone Hcl IV Concentrate 30 Mg/15MI^{PA}
 Monjuvi IV Sol Recons 200 Mg^{PA}
 Mvasi Intravenous Solution 100 Mg/4MI^{PA}
 Mvasi Intravenous Solution 400 Mg/16MI^{PA}
 Mylotarg IV Sol. Reconst. 4.5 Mg^{PA}
 Nipent IV Sol. Reconst. 10 Mg^{PA}
 Ogivri IV Sol Recons 150 Mg^{PA}

Ogivri IV Sol Recons 420 Mg^{PA}
 Oncaspar Inj. Sol. 750 U/MI^{PA}
 Onivyde IV Inj 43 Mg/10MI^{PA}
 Ontruzant IV Sol Recons 150 Mg^{PA}
 Ontruzant IV Sol Recons 420 Mg^{PA}
 Opdivo IV Sol 120 Mg/12MI^{PA}
 Opdivo IV Sol. 100 Mg/10MI^{PA}
 Opdivo IV Sol. 240 Mg/24MI^{PA}
 Opdivo IV Sol. 40 Mg/4MI^{PA}
 Oxaliplatin IV Sol 200 Mg/40MI
 Oxaliplatin IV Sol. 100 Mg/20MI
 Oxaliplatin IV Sol. 50 Mg/10MI
 Oxaliplatin IV Sol. Reconst. 100 Mg
 Oxaliplatin IV Sol. Reconst. 50 Mg
 Paclitaxel IV Concentrate 100 Mg/16.67MI
 Paclitaxel IV Concentrate 100 Mg/16.7MI
 Paclitaxel IV Concentrate 150 Mg/25MI
 Paclitaxel IV Concentrate 30 Mg/5MI
 Paclitaxel IV Concentrate 300 Mg/50MI
 Padcev IV Sol Recons 20 Mg^{PA}
 Padcev IV Sol Recons 30 Mg^{PA}
 Perjeta IV Sol. 420 Mg/14MI^{PA}
 Polivy IV Sol Reconst 140 Mg^{PA}
 Polivy IV Sol Reconst 30 Mg^{PA}
 Poteligeo IV Sol 20 Mg/5MI^{PA}
 Proleukin IV Sol. Reconst. 22000000 U^{PA}
 Provenge IV Susp
 Rituxan IV Sol. 100 Mg/10MI^{PA ST}
 Rituxan IV Sol. 500 Mg/50MI^{PA ST}
 Romidepsin IV Sol Recons 27.5Mg/5.5MI^{PA}
 Ruxience Iv Sol 100 Mg/10MI^{PA}
 Ruxience IV Sol 500 Mg/50MI^{PA}
 Rybrevant IV Sol 350 Mg/7MI^{PA}
 Sarclisa IV Sol 100 Mg/5MI^{PA}
 Sarclisa IV Sol 500 Mg/25MI^{PA}
 Synribo Subcutaneous Sol. Reconst. 3.5 Mg^{PA}
 Tecartus IV Susp
 Tecentriq IV Sol 1200 Mg/20MI^{PA}
 Tecentriq IV Sol 840 Mg/14MI^{PA}
 Temodar IV Sol. Reconst. 100 Mg^{PA}
 Temsirolimus IV Sol. 25Mg/MI^{PA}
 Tice Bcg Intravesical Susp. Reconst. 50 Mg^{PA}
 Topotecan Hcl IV Sol. 4 Mg/4MI^{PA}
 Topotecan Hcl IV Sol. Reconst. 4 Mg^{PA}
 Totect IV Sol Reconst 500 Mg

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Peditra, Psiquiatra, Psiquiatra Peditra), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Peditra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

Trazimera IV Sol Recons 150 Mg^{PA}
Trazimera IV Sol Recons 420 Mg^{PA}
Treanda IV Sol Recons 25 Mg^{PA}
Treanda IV Sol. Reconst. 100 Mg^{PA}
Trelstar Mixject Intramusc. Susp. Reconst. 11.25 Mg^{PA ST}
Trelstar Mixject Intramusc. Susp. Reconst. 3.75 Mg^{PA ST}
Trisenox IV Sol 12 Mg/6MI
Trisenox IV Sol. 10 Mg/10MI^{PA}
Trodelvy IV Sol Reconst 180 Mg^{PA}
Truxima IV Sol 100 Mg/10MI^{PA}
Truxima IV Sol 500 Mg/50MI^{PA}
Valstar Intravesical Sol. 40 Mg/MI^{PA}
Vectibix IV Sol. 100 Mg/5MI^{PA}
Vectibix IV Sol. 400 Mg/20MI^{PA}
Velcade Inj. Sol. Reconst. 3.5 Mg^{PA}
Vinblastine Sulfate IV Sol. 1 Mg/MI
Vincristine Sulfate IV Sol. 1 Mg/MI
Vinorelbine Tartrate IV Sol. 10 Mg/MI^{PA}
Vinorelbine Tartrate IV Sol. 50 Mg/5MI^{PA}
Voraxaze IV Sol. Reconst. 1000 U^{PA}
Yervoy IV Sol. 200 Mg/40MI^{PA}
Yervoy IV Sol. 50 Mg/10MI^{PA}
Yescarta IV Susp^{PA}
Yondelis IV Sol Reconst 1 Mg^{PA}
Zaltrap IV Sol. 100 Mg/4MI^{PA}
Zaltrap IV Sol. 200 Mg/8MI^{PA}
Zanosar IV Sol. Reconst. 1 Gm^{PA}
Zepzelca IV Sol Reconst 4 Mg^{PA}
Zevalin Y-90 IV Kit 3.2 Mg/2MI^{PA}
Zirabev IV Sol 100 Mg/4MI^{PA}
Zirabev IV Sol 400 Mg/16MI^{PA}
Zoladex Subcutaneous Implant 10.8 Mg^{PA ST}
Zoladex Subcutaneous Implant 3.6 Mg^{PA ST}
Zynlonta IV Sol Recons 10 Mg^{PA}

RADIOTERAPIA (RADIOTHERAPY)

Azedra Dosimetric IV Sol. 15 Mci/MI^{PA}
Azedra Therapeutic IV Sol. 15 Mci/MI^{PA}
Lutathera IV Sol 370 Mbq/MI^{PA}
Quadramet IV Sol 1850 Mbq/MI^{PA}
Xofigo IV Sol. 30 Mcci/MI^{PA}

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediastra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatria), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediastra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

MEDICAMENTOS OTC (Over The Counter Drugs)

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES (NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS))

Advil Tab 200 Mg
Aleve Tab 220 Mg
GNP Ibuprofen Cap 200 Mg
Motrin IB Tab 200 MG

ANALGESICOS - OTROS (ANALGESICS OTHER)

Acetaminophen Childrens Tab Chew 160 Mg
Acetaminophen Rectal Supp 120 Mg
Acetaminophen Rectal Supp 650 Mg
Acetaminophen Sol 160 Mg/5ML
Acetaminophen Tab 325 Mg
APAP Childrens Susp 160 Mg/5ML
APAP Extra Strength Tab 500 Mg
Childrens Silapap Liq 160 Mg/5ML
CVS Acetaminophen Liq 500 Mg/15ML
Elixure Fever/Pain Gel 160 Mg/5ML
Feverall Infants Rectal Supp 80 Mg
FeverAll Junior Strength Rectal Supp 325 MG
Mapap Childrens Tab Chew 80 Mg
SB Childrens Non-Aspirin Tab Disintegrating 80 MG
SB Non-Aspirin Jr Strength Tab Disintegrating 160 Mg
Triaminic Fever Reducer Syrup 160 Mg/5ML
Tylenol 8 Hr Arthritis Pain Tab Extended Release 650 MG

ANTIFUNGALES - TOPICOS (ANTIFUNGALS - TOPICAL)

Alevazol External Ointment 1 %
Lotrimin AF External Cream 1 %

ANTIISTAMINICOS - ETANOLAMINAS (ANTIISTAMINES - ETHANOLAMINES)

Diphenhydramine Hcl Cap 50Mg

ANTIISTAMINICOS - NO SEDANTES (ANTIISTAMINES - NON-SEDATING)

Allegra Allergy Childrens Tab Disintegrating 30 Mg
Allegra Susp 30 Mg/5ML
Allegra Tab 180 Mg
Allegra Tab 60 Mg
Claritin Cap 10 Mg
Claritin Reditabs Tab Disintegrating 10 Mg
Claritin Reditabs Tab Disintegrating 5 Mg
Claritin Syrup 10 Mg/10ML
Claritin Tab 10 Mg
Claritin Tab Chew 5 Mg
Zyrtec Allergy Cap 10 Mg
Zyrtec Allergy Tab 10 Mg

Zyrtec Allergy Tab Disintegrating 10 Mg
Zyrtec Childrens Allergy Sol 1 Mg/ML

COMBINACIONES PARA TOS/CATARRO/ALERGIA (COUGH/COLD/ALLERGY COMBINATIONS)

Allegra-D Tab ER 12 Hr 60-120 Mg
Allegra-D Tab ER 24 Hr 180-240 Mg
Claritin-D 12 Hr Tab ER 12 Hr 5-120 Mg
Claritin-D 24 Hr Tab ER 24 Hr 10-240 Mg
Conex Sol Cld
Despec DM Syrup 5-10-100 Mg/5ML
Trispec DMX Liq 10-187 Mg/5ML
Tusnel C Syrup
Tussi-Pres B Liq 10-4-20 MG/5ML
Tussi-Pres Liq 5-10-200 MG/5ML
Zyrtec-D Tab ER 12 Hr 5-120 Mg

DESCONGESTIONANTES OFTAMILCOS (OPHTHALMIC DECONGESTANTS)

Naphcon-A Ophth Sol 0.025-0.3 %
Opcon-A Ophth Sol 0.027-0.315 %

ESTEROIDES NAALES (NASAL STEROIDS)

Nasacort Allergy 24 Hr Nasal Aerosol 55 Mcg/Act

INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES (PROTON PUMP INHIBITORS)

Nexium 24 Hr Cap DR 20 Mg
Nexium 24 Hr Tab DR 20 Mg
Prevacid Cap DR 15 Mg
Prilosec OTC Tab DR 20 Mg
Ra Omeprazole Tab DR 20 Mg

LAGRIMAS ARTIFICIALES Y LUBRICANTES (ARTIFICIAL TEARS AND LUBRICANTS)

Systane Ophth Gel 0.4-0.3 %
Systane Ophth Sol 0.4-0.3 %

LAXANTES - MISCELANEOS (LAXATIVES - MISCELLANEOUS)

MiraLax Oral Packet 17 GM
MiraLax Oral Powder 17 GM/SCOOP

LAXANTES ESTIMULANTES (STIMULANT LAXATIVES)

Bisacodyl EC Tab DR 5 Mg
Bisacodyl Rectal Supp 10 Mg
Fleet Bisacodyl Rectal Enema 10 Mg/30ML

MULTIVITAMINAS (MULTIVITAMINS)

Antioxidant Cap 250-10000-200
Daily Vite Tab

MULTIVITAMINAS CON MINERALES (MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS)

ABC Plus Tab

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. ^{PA}=Requiere Pre Autorización, ST=Terapia Escalonada, ^{QL}=Límite de Cantidad, ^{AL}=Límite de Edad, ^{PL1}=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrica), ^{PL2}=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. ^{PA}=Prior Auth Required, ST=Step Therapy, ^{QL}=Quantity Limit, ^{AL}=Age Limit, ^{PL1}=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), ^{PL2}=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as

Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

ActivEssentials Packet
Berocca Tab Effervescent
Centrum Liq
Centrum Tab Chew
Endur-VM Tab ER
Mega MultiVitamin Pow
Premium Packets Misc

OFTALMICOS - MISC. (OPHTHALMICS - MISC.)

Zaditor Ophth Sol 0.025 %

PRODUCTOS ESPECIALES DE VITAMINAS (SPECIALTY VITAMINS PRODUCTS)

Adrenoid Cap
Germ Defense PM Tab Effervescent
ICaps Lutein & Zeaxanthin Oral Tablet Delayed Release
Nutramix Packet
Womens Menopause Vita Pak Miscellaneous

©PharmPix, 2021. Todos los Derechos Reservados. No puede copiarse o distribuirse sin autorización. **PA**=Requiere Pre Autorización, **ST**=Terapia Escalonada, **QL**=Límite de Cantidad, **AL**=Límite de Edad, **PL1**=Límite de especialidad médica (excepto a Neurólogo, Neurólogo Pediátrico, Pediatra, Psiquiatra, Psiquiatra Pediatra), **PL2**=Límite de especialidad médica (excepto a Gastroenterólogo, Pediatra, Internista), *Estos medicamentos estarán cubiertos como Preventivos a cero (\$0) copago si cumple con los criterios descritos en la sección de Servicios Preventivos en su póliza.

©PharmPix, 2021. All Rights Reserved. May not be copied or distributed without authorization. **PA**=Prior Auth Required, **ST**=Step Therapy, **QL**=Quantity Limit, **AL**=Age Limit, **PL1**=Prescriber Specialty Limitation (except by Neurologist, Pediatric Neurologist, Pediatrician, Psychiatrist, Pediatric Psychiatrist), **PL2**=Prescriber Specialty Limitation (except by Gastroenterologist, Pediatrician, Internal Medicine), *These drugs will be covered as Preventive at zero (\$ 0) copayment if you meet the criteria described in the Preventive Services section of your policy.

INDICE / INDEX

5

5-htp, 44

A

A/g_Pro, 44

Abacavir, 42

Abacavir/lamiv, 42

Abiraterone, 38

Abraxane, 54

Acampro, 27

Accutane, 16

Acebutolol, 9

Acetaminophen/codeine, 29

Acetaminophen-codeine, 29

Acetazolamide, 13

Acetic, 24

Acetylcysteine, 27, 28

Acid_Blockers, 44

Acitretin, 16

Acyclovir, 42, 43

Adcetris, 54

Adempas, 28

Adriamycin, 54

Advate, 51

Adzenys, 26

Afinitor, 40

Albendazole, 41

Albuterol, 28, 29

Alclometason, 16

Aldurazyme, 51

Alecensa, 38

Alendronate, 23

Alferon, 54

Alfuzosin, 19

Alimta, 54

Alinia, 41

Aliqopa, 54

Aliskiren, 11

Alkeran, 37

Allopurinol, 14

Alphagan, 23

Alphanate, 51

Alphanine, 51

Alprazolam, 30

Alprolix, 51

Alrex, 24

Altabax, 15

Altacaine, 24

Altafrin, 24

Alunbrig, 39

Alyacen, 45

Amantadine, 43

Ambrisentan, 28

Amiloride, 12

Amiloride/hctz, 12

Amiodarone, 11

Amitiza, 18

Amitriptyline, 15

Amlodipine, 10

Amlodipine/atorva, 10

Amlodipine/benazp, 10

Ammonium, 17

Amoxapine, 35

Amoxicillin, 18, 32

Amoxicillin-clarithro-

lansopraz, 18

Amoxicillin-pot, 32

Amphetamine, 25, 26

Amphetamine-

dextroamphetamine, 25

Ampicillin, 32

Anagrelide, 48

Ana-lex, 8

Anastrozole, 40

Antioxidant, 44, 58

App_Slim, 44

Apraclonidine, 23

Aprepitant, 36

Aptivus, 43

Aralast, 51

Aripiprazole, 25

Armodafinil, 27

Armour, 21

Arranon, 54

Arsenic, 54

Arzerra, 54

Arzol, 15

Asenapine, 42

Asilnasal, 44

Asmanex, 28

Asparlas, 54

Aspirin, 7, 45, 47, 58

Aspirin-dipyridamole, 47

Atabex, 47, 50

Atazanavir, 43

Atenolol, 9

Atenolol/chlor, 9

Atomoxetine, 26

Atorvastatin, 12

Atovaquone, 41

Atovaquone/progu, 41

Atripla, 43

Atropine, 24

Atrovent, 28

Aubagio, 25

Avar-e, 16

Avastin, 54

Avonex, 25

Avsola, 51

Ayvakit, 37

Azacididine, 54

Azathioprine, 22

Azedra, 57

Azelastine, 23, 28, 29

Azelastine-fluticasone, 28

Azithromycin, 31, 32

B

Babys, 44

Bac_Oral, 29

Bacitracin, 24

Bacitracin-polymyxin, 24

Bacitra-neomycin-polymyxin-
hc, 24

Baclofen, 8

Balsalazide, 25

Balversa, 38
 Baqsimi, 49
 Baraclude, 43
 Bavencio, 54
 Bd_Autoshield, 43
 Bd_Insulin, 43
 Bd_Pen, 43, 44
 Bd_Safetyglide, 44
 Bd_Veo, 44
 Bd-insul, 44
 Be_Well, 47
 Beleodaq, 54
 Benazepril, 13
 Benazepril/hctz, 13
 Benlysta, 51
 Benzepro, 17
 Benznidazole, 41
 Benzonatate, 27
 Benzoyl, 16
 Benztropine, 9
 Beovu, 51
 Bepotastine, 23
 Berinert, 51
 Besponsa, 54
 Betamethasone, 16, 17, 36
 Betaxolol, 9, 23
 Bethanechol, 19
 Bexarotene, 40
 Bicalutamide, 22
 Bicillin, 32
 Biktarvy, 42
 Bio-d-mulsion, 46
 Bio-immunex, 44
 Bisoprolol, 9
 Bisoprolol/hctz, 9
 Bivigam, 51
 Blenrep, 54
 Bleomycin, 54
 Blincyto, 54
 Boost, 44
 Bortezomib, 54
 Bosentan, 28
 Bosulif, 40
 Botox, 51

Bp_10-1, 16
 Bp_Wash, 17
 Braftovi, 40
 Brainstrong, 47
 Brimonidine, 23
 Brinzolamide, 23
 Bromfenac, 24
 Bromocriptine, 8, 9
 Brukinsa, 39
 Budesonide, 8, 28
 Bumetanide, 12
 Buprenorphine, 27
 Bupropion, 34, 44
 Buspirone, 30
 Busulfan, 54
 Butalbital/apap/caf, 29
 Byetta, 49

C

Cabergoline, 22
 Cabometyx, 38
 Calcipotriene, 16
 Calcipotriene/betamethason
 e, 16
 Calcipotriene-betameth, 16
 Calcitonin, 23
 Calcitriol, 22
 Calcium, 1, 5, 12, 38, 43, 47,
 56
 Calquence, 39
 Camila, 45
 Candesartan, 11
 Candesartan/hctz, 11
 Capecitabine, 38, 54
 Caprelsa, 37
 Captopril, 13
 Carbamazepine, 33
 Carbidopa, 9
 Carbidopa/levo, 9
 Carboplatin, 54
 Carisoprodol-asa-cod, 50
 Carmustine, 54
 Carnitor, 23
 Carteolol, 23

Carvedilol, 9
 Caya_Vaginal, 46
 Cefaclor, 31
 Cefadroxil, 31
 Cefazolin, 31
 Cefdinir, 31
 Cefepime, 31
 Cefixime, 31
 Cefpodoxime, 31
 Cefprozil, 31
 Ceftriaxone, 31
 Cefuroxime, 31
 Celecoxib, 30
 Celontin, 34
 Cem-urea, 15
 Centrum, 47, 59
 Cephalexin, 31
 Ceprotin, 51
 Cerezyme, 51
 Cerovel, 15
 Cetirizine, 28
 Cevimeline, 15
 Chlorhexidine, 15
 Chloroquine, 41
 Chlorpromazine, 41
 Chlorthalidone, 12
 Chlorzoxazone, 50
 Cholestyramine, 12
 Ciclopirox, 36
 Cilostazol, 47
 Ciloxan, 24
 Cimduo, 42
 Cimetidine, 18
 Cinacalcet, 22
 Cinryze, 51
 Cipro, 32
 Ciprofloxacin, 24
 Ciprofloxacin-
 dexamethasone, 24
 Ciprofloxacin, 32
 Cisplatin, 54
 Citalopram, 35
 Cladribine, 54
 Claravis, 17

Clarithromyc, 32
 Clarithromycin, 32
 Clenpiq, 18
 Clindamycin, 15, 16, 31, 48
 Clindamycin/ben, 16
 Clobetasol, 16, 17
 Clofarabine, 54
 Clomipramine, 35
 Clonazepam, 33
 Clonidine, 11, 26
 Clopidogrel, 47
 Clorazepate, 30
 Clotrimazole, 36
 Clotrimazole-betameth, 36
 Clozapine, 41
 Colchicine, 14
 Colestipol, 12
 Combigan, 23
 Combipatch, 20
 Combivent, 29
 Cometriq, 39
 Complera, 42
 Conception, 44
 Condyllox, 15
 Copiktra, 40
 Corifact, 51
 Cotellic, 38
 Creon, 48
 Crinone, 48
 Crixivan, 43
 Cromolyn, 17, 23, 29
 Crotan, 41
 Crysvita, 51
 Cvs_D3, 46
 Cvs_Nutritional, 44
 Cvs_Prenatal, 47
 Cyclobenzapr, 50
 Cyclobenzaprime, 50
 Cyclopentol, 24
 Cyclopentolate, 24
 Cyclophosphamide, 37, 54
 Cyclosporine, 22
 Cyproheptadine, 28
 Cyramza, 54

Cystadane, 48
 Cytarabine, 54
 Cytogam, 51
 Cytra, 47

D

D_1000, 46
 D_400, 46
 D2000, 46
 D3_Cap, 46
 D3_High, 46
 D3_Kids, 46
 D3_Maximum, 46
 D3_Super, 46
 D3_Tab, 46
 Dacarbazine, 54, 55
 Dactinomycin, 55
 Daily, 58
 Dalfampridine, 25
 Daliresp, 29
 Danazol, 20
 Dantrolene, 8
 Dapsone, 37
 Darifenacin, 19
 Darzalex, 55
 Daunorubicin, 55
 Daurismo, 38
 Decitabine, 55
 Deferasirox, 47
 Delestrogen, 20
 Delstrigo, 42
 Demeclocycline, 33
 Denavir, 43
 Depo-medrol, 20
 Desipramine, 35
 Desloratadine, 28
 Desmopressin, 21
 Desogestrel-ethinyl, 45
 Desonide, 16, 17
 Desoximetasone, 16
 Dexamethasone, 19, 20, 24, 53
 Dexmethylphenidate, 26
 Dexrazoxane, 55

Dextroamphetamine, 25, 26
 Diabetitrim, 44
 Diazepam, 30
 Diazoxide, 49
 Diclofenac, 8, 24, 38
 Dicloxacillin, 32
 Dicyclomine, 18
 Diflunisal, 30
 Digoxin, 11
 Dihydroergotamine, 14
 Dilantin, 33
 Diltiazem, 10
 Dilt-xr, 10
 Dimethyl, 25, 27
 Dipentum, 25
 Diphenhydramine, 28, 53, 58
 Diphenoxylate/atrop, 18
 Dipyridamole, 47
 Disopyramide, 11
 Disulfiram, 27
 Divalproex, 33
 Docetaxel, 55
 Dolishale, 45
 Donepezil, 14
 Dorzolamide, 23
 Doxazosin, 19
 Doxepin, 35
 Doxercalciferol, 22
 Doxorubicin, 55
 Doxycycline, 32, 33
 Dronabinol, 36
 Drospiren-eth, 45
 Drospirenone-ethinyl, 45
 Droxia, 38
 Drysol, 15
 Dulera, 28
 Duloxetine, 35
 Dutasteride, 19
 Dysport, 51

E

Econazole, 36
 Edurant, 42
 Efavirenz, 42, 43

Efavirenz-emtricitab-
 tenofovir, 43
 Efavirenz-lamivudine-
 tenofovir, 42
 Elaprase, 51
 Elelyso, 51
 Elepsia, 34
 Eletriptan, 14
 Eligard, 55
 Elitek, 55
 Ella_Tab, 45
 Elmiron, 19
 Eloctate, 51
 Eluryng, 45
 Elzonris, 55
 Emcyt, 38
 Empliciti, 55
 Emsam, 34, 35
 Emtricitabine, 42, 43
 Emtricitabine-tenofovir, 43
 Emtriva, 42
 Enalapril, 13
 Enalapril/hctz, 13
 Encare, 46
 Endocet, 29
 Enfagrow, 44
 Enfamil, 44, 47
 Enhertu, 55
 Enoxaparin, 47
 Ensure, 44
 Entacapone, 8
 Entecavir, 43
 Entyvio, 51
 Enu_Complete, 44
 Enulose, 18
 Epclusa, 43
 Epidiolex, 34
 Epinastine, 23
 Epinephrine, 27, 50
 Epipen-jr, 50
 Epirubicin, 55
 Epivir, 42
 Eplerenone, 13
 Epoprostenol, 51

Eq_Estroblend, 44
 Eq_Nutritional, 44
 Erbitux, 55
 Ergoloid, 14
 Ergomar, 15
 Erivedge, 38
 Erleada, 22
 Erlotinib, 40
 Errin, 45
 Erythromycin, 15, 24, 32
 Escitalopram, 30
 Esomeprazole, 18
 Estazolam, 27
 Estradiol, 20, 45, 48
 Estradiol/norethindrone, 20
 Estro, 44
 Estronatural, 44
 Eszopiclone, 27
 Ethambutol, 37
 Ethosuximide, 33
 Ethynodiol, 45
 Ethylol, 55
 Etodolac, 8
 Etonogestrel-ethinyl, 45
 Etopophos, 55
 Etoposide, 40, 55
 Etravirine, 42
 Euflexxa, 51
 Evenity, 51
 Everolimus, 22, 23, 38
 Evkeeza, 51
 Exelderm, 36
 Exemestane, 40
 Exservan, 26
 Eylea, 51
 Ezetimibe, 12
 Ezfe_200, 46

F

Fa-8_Cap, 44
 Fabrazyme, 51
 Famciclovir, 43
 Famotidine, 18, 53
 Fasenra, 8, 51

Fc_Female, 45
 Fc2_Female, 45
 Fe_Sulfate, 46
 Febuxostat, 14
 Feiba, 51
 Felodipine, 10
 Femcap, 45
 Fenofibrate, 12
 Fenofibric, 12
 Fentanyl, 29
 Feosol, 46
 Ferrimin, 46
 Ferro-sequel, 46
 Ferrous, 46
 Finasteride, 19
 Firmagon, 55
 Firvanq, 31
 Flac_Otic, 24
 Flavoxate, 19
 Flebogamma, 51
 Flecainide, 11
 Floxuridine, 55
 Fluconazole, 37
 Flucytosine, 36
 Fludarabine, 55
 Fludrocortisone, 20
 Flunisolide, 27
 Fluocinolone, 16, 24
 Fluocinonide, 16, 17
 Fluoride, 7, 46
 Fluorometholone, 24
 Fluoroplex, 38
 Fluorouracil, 38, 55
 Fluoxetine, 35
 Fluphenazine, 41
 Flurazepam, 27
 Flurbiprofen, 24, 30
 Flutamide, 22
 Fluticasone, 16, 28
 Fluvastatin, 12
 Fluvoxamine, 35
 Folic, 6, 7, 44, 50
 Folodyn, 55
 Formaldehyde, 23

Forteo, 23
 Fosamax+d, 23
 Fosamprenavir, 43
 Fosaprepitant, 54
 Fosfomycin, 31
 Fosinopril, 13
 Fosinopril/hctz, 13
 Fotivda, 39
 Fulvestrant, 55
 Furosemide, 12

G

Gabapentin, 33
 Galafold, 23
 Galantamine, 14
 Gamastan, 51
 Gamifant, 51
 Gammagard, 51, 52
 Gammaked, 52
 Gammaplex, 52
 Gamunex-C, 52
 Gattex, 18
 Gavreto, 39
 Gazyva, 55
 Gemcitabine, 55
 Gemfibrozil, 12
 Gentak, 31
 Gentamicin, 27, 31, 52
 Gerber, 44
 Gilenya, 25
 Gilotrif, 40
 Glassia, 52
 Gleostine, 37
 Gliadel, 55
 Glimepiride, 48
 Glipizide, 49
 Glipizide/metform, 49
 Glucagon, 49
 Glucerna, 44
 Gluco, 44
 Glyburide, 49
 Glyburide/metform, 49
 Glycopyrrolate, 18
 Glytactin, 44

Gnp_Vitamin, 46
 Gralise, 26
 Granisetron, 36
 Griseofulvin, 36
 Guanfacine, 11, 26

H

Haelan, 44
 Halaven, 55
 Halobetasol, 16, 17
 Haloperidol, 41
 Healthy, 46
 Helidac, 18
 Hemofil, 52
 Heparin, 48
 Herceptin, 55
 Hm_Vitamin, 46
 Horizant, 26
 Hp, 52
 Humate-P, 52
 Humira, 22
 Hyalgan, 52
 Hycamtin, 40
 Hydralazine, 14
 Hydrochlorothiazide, 12
 Hydrocodone/apap, 29
 Hydrocodone/hom, 28
 Hydrocodone/homatropine, 28
 Hydrocortisone, 8, 16, 17, 20, 24, 25
 Hydrocortisone-acetic, 24
 Hydromorphone, 29
 Hydroxychloroquine, 41
 Hydroxyurea, 38
 Hydroxyzine, 30
 Hyperrho, 52

I

Ibandronate, 23, 52
 Ibrance, 39
 Ibuprofen, 30, 58
 Iclusig, 39
 Icosapent, 12

Idarubicin, 55
 Idhifa, 39
 Ifex, 55
 Ifosfamide, 55
 Ilevro, 24
 Imatinib, 40
 Imbruvica, 40
 Imfinzi, 55
 Imipramine, 35
 Imiquimod, 15
 Imlygic, 55
 Impact, 44
 Imvexxy, 20
 Indapamide, 12
 Indomethacin, 8
 Infed, 19, 54
 Inflectra, 52
 Inlyta, 37
 Insulin, 43, 44
 Intelence, 42
 Intron, 55
 Invirase, 43
 Iopidine, 23
 Ipratropium, 28
 Ipratropium/, 28
 Irbesartan, 11
 Irbesartan/hctz, 11
 Iressa, 40
 Irinotecan, 55
 Iron_Chew, 46
 Iron_High, 46
 Iron_Slow, 46
 Iron_Supplement, 46
 Iron_Tab, 46
 Iron_Up, 46
 Isoniazid, 37
 Isoniazide, 37
 Isosorbide, 13
 Isotretinoin, 17
 Isradipine, 10
 Istodax, 55
 Itraconazole, 37
 Ivermectin, 41
 Ixempra, 55

Ixinity, 52

J

Jaimiess, 45

Jakafi, 39

Janumet, 49

Januvia, 49

Jardiance, 49

Jemperli, 55

Jevtana, 55

Jinteli, 20

Junel, 45

K

Kadcyla, 55, 56

Kanjinti, 56

Kepivance, 56

Ketoconazole, 36, 37

Ketoprofen, 30

Ketorolac, 8, 24

Keytruda, 56

Kisqali, 39

Koate, 52

Koate-Dvi, 52

Kogenate, 52

Kp_Folic, 44

Kp_Vitamin, 46

K-pax, 44

Krintafel, 41

Krystexxa, 52

Kymriah, 56

Kyprolis, 56

L

Labetalol, 9

Lactic, 16, 17

Lactulose, 18

Lamivud/zido, 42

Lamivudine, 42

Lamotrigine, 34

Lampit, 41

Lansoprazole, 18

Lantus, 49

Lapatinib, 40

Larin, 45

Latanoprost, 24

Leflunomide, 22

Lemtrada, 52

Lenvima, 37

Letrozole, 40

Leucovorin, 38, 56

Leukeran, 37

Leukine, 52

Leuprolide, 56

Levalbuterol, 29

Levemir, 49

Levetiracetam, 34

Levobunolol, 23

Levocarnitine, 23

Levocetirizine, 28

Levofloxacin, 32

Levoleucovorin, 56

LEVOleucovorin, 56

Levonorgest-eth, 45

Levonorgestrel, 45, 46

Levonorgestrel-eth, 45

Levonorg-eth, 45

Levothyroxine, 21

Levulan, 56

Lexiva, 43

Libtayo, 56

Lidocaine, 8, 15, 30

Lidocaine/hc, 8

Lidocaine-hydrocortisone, 8

Lindane, 41

Linezolid, 31

Linzess, 18

Liothyronine, 21

Lisinopril, 13

Lisinopril/hctz, 13

Lithium, 25

Lo_Loestrin, 45

Lojaimiess, 45

Loperamide, 18

Lopinavir-ritonavir, 43

Lorazepam, 30

Lorbrena, 39

Losartan, 11

Losartan/hct, 11

Lotemax, 24

Loteprednol, 24

Lovastatin, 12

Lps_Critical, 44

Lucentis, 52

Lumakras, 39

Lumigan, 24

Lumizyme, 52

Lumoxiti, 56

Lupron, 22, 56

Lutathera, 57

Lutera, 45

Lynparza, 39

Lysodren, 21

M

Mafenide, 17

Magellan, 44

Magnesium, 54

Malathion, 41

Mannitol, 52

Marqibo, 56

Matulane, 40

Mavyret, 43

Meclizine, 36

Medi-seltzer, 45

Medroxyprogesterone, 20,
45

Mefloquine, 41

Megestrol, 21

Mekinist, 39

Mektovi, 39

Meloxicam, 8

Melphalan, 37, 56

Memantine, 14

Mentax, 36

Meperidine, 29

Mercaptopurine, 38

Mesalamine, 25

Mesna, 56

Mesnex, 39

Metaxalone, 50

Metformin, 49

Methamphetamine, 26
 Methazolamide, 13
 Methenam, 31
 Methenamine, 31
 Methimazole, 22
 Methionine-200, 44
 Methocarbamol, 50
 Methotrexate, 22, 38, 56
 Methylidopa, 11
 Methylergonovine, 23
 Methylphenidate, 26
 Methylprednisolone, 20, 54
 Metoclopramide, 18, 54
 Metolazone, 12
 Metoprolol, 9, 10
 Metoprolol/hctz, 10
 Metronidazole, 15, 31, 48
 Mexiletine, 11
 Microgestin, 45
 Midazolam, 27
 Midodrine, 50
 Minocycline, 32, 33
 Minoxidil, 14
 Minus, 44
 Mirtazapine, 34
 Misoprostol, 21
 Mitomycin, 56
 Mitoxantrone, 56
 Modafinil, 27
 Mometasone, 17, 28
 Monjuvi, 56
 Monoject, 44
 Mononine, 52
 Monovisc, 52
 Montelukast, 28
 Morphine, 29
 Moxifloxacin, 24, 32
 Multi, 47
 Mupirocin, 15
 Mvasi, 56
 Mycophenolate, 23, 52
 Mycophenolic, 23
 Myleran, 37
 Mylotarg, 56

Myobloc, 52
 Myorisan, 17
 Myrbetriq, 19

N

Na, ix, 54
 Nabumetone, 8
 Nac_Cap, 47
 Nadolol, 10
 Naftifine, 36
 Naglazyme, 52
 Naloxone, 26
 Naltrexone, 26
 Naproxen, 30
 Naratriptan, 14
 Narcan, 27
 Natacyn, 24
 Natazia, 45
 Nefazodone, 35
 Neomycin, 19, 24, 31
 Neomycin-bacitra-polymyx, 24
 Neomycin-poly, 19, 24
 Neomycin-poly-dexameth, 24
 Neomycin-poly-grami, 24
 Neomycin-poly-hc, 24
 Neo-synalar, 15
 Nerlynx, 39
 Neupro, 9
 Nevirapine, 42
 Nexavar, 40
 Nexplanon, 54
 Nicardipine, 10
 Nicotine, 44
 Nicotrol, 44
 Nifedipine, 10
 Nilutamide, 22
 Nimodipine, 10
 Ninlaro, 39
 Nipent, 56
 Nisoldipine, 10
 Nitazoxanide, 41
 Nitisinone, 23

Nitrofurantoin, 31
 Nitroglycer, 13
 Nitroglycerin, 13, 14
 Nitro-time, 14
 Nivestym, 48
 Nizatidine, 18
 Norethin, 45
 Norethindrone, 20, 46
 Nortriptyline, 35
 Norvir, 43
 Novofine, 44
 Novolin, 49
 Novolog, 49, 50
 Novoseven, 52
 Novotwist, 44
 Noxafil, 37
 Np_Thyroid, 21
 Nubeqa, 38
 Nucala, 8, 52
 Nulojix, 52
 Nuversa, 48
 Nystatin, 36
 Nystatin/triam, 36
 Nystatin/triamcinolone, 36

O

Obizur, 52
 Obstetrix, 50
 Octagam, 52
 Octreotide, 22
 Odefsey, 42
 Odomzo, 38
 Ofloxacin, 24, 32
 Ogivri, 56
 Olanzapine, 42
 Olopatadine, 23, 29
 Omega-3-acid, 12
 Omeprazole, 18, 58
 Omeprazole-sodium, 18
 Oncaspar, 56
 Ondansetron, 36, 54
 One_A, 47
 Onivyde, 56
 Onpattro, 52

Ontruzant, 56
 Opdivo, 56
 Opsumit, 28
 Optimal-d, 46
 Options, xi, 46
 Opurity, 46
 Oralone, 15
 Oravig, 15
 Organic, 44
 Orgovyx, 38
 Orilissa, 17
 Orphenadrine, 50
 Orthovisc, 52
 Oseltamivir, 43
 Oxaliplatin, 56
 Oxazepam, 30
 Oxcarbazepin, 33
 Oxcarbazepine, 33
 Oxiconazole, 36
 Oxybutynin, 19
 Oxycodone-acetaminophen,
 29
 Oxycontin, 30
 Ozurdex, 52

P

Paclitaxel, 56
 Padcev, 56
 Pamidronate, 52
 Pantoprazole, 18
 Panzyga, 52, 53
 Paragard, 54
 Paricalcitol, 22
 Paromomycin, 31
 Paroxetine, 31
 Paroxetine, 30, 31
 Pediasure, 44
 Peg-3350/kcl/sodium, 44
 Pegasys, 43
 Pemazyre, 39
 Penicillamine, 47
 Penicillin, 32
 Pentamidine, 41
 Pentasa, 25

Pentoxifylline, 11
 Perjeta, 56
 Permethrin, 41
 Perphen/amit, 34
 Perphenazine, 41
 Perry, 47
 Phenazopyridine, 19
 Phenelzine, 34
 Phenex, 44
 Phenobarbital, 34
 Phenylade, 44
 Phenylbutyrate, 48
 Phenyl-free, 44
 Phenytoin, 33
 Phosphasal, 32
 Pilocarpine, 15
 Pimecrolimus, 17
 Pioglit/glim, 49
 Pioglitazone, 49
 Pioglitazone-met, 49
 Piqray, 40
 Piroxicam, 8
 Pku_3, 44
 Pku_Express, 44
 Plenvu, 18
 Podofilox, 15
 Polivy, 56
 Poly-iron, 46
 Polymyxin, 24
 Pomalyst, 39
 Posaconazole, 37
 Pot_&, 47
 Potassium, 1, 47, 54
 Poteligeo, 56
 Pramipexole, 9
 Prasugrel, 47
 Pravastatin, 12
 Praziquantel, 41
 Prazosin, 9
 Prednisolone, 20, 24
 Prednisone, 20, 54
 Pregabalin, 26, 33, 34
 Premarin, 20
 Premasol, 47

Premphase, 20
 Prempro, 20
 Prenatal, 7, 47, 50
 Prevalite, 12
 Prezista, 43
 Prial, 53
 Priftin, 37
 Primaquine, 41
 Primidone, 33
 Privigen, 53
 Probenecid, 14
 Probenecid/colchicine, 14
 Prochlorperazine, 41
 Procrit, 48
 Profe, 46
 Proferrin, 46
 Profilnine, 53
 Progesterone, 20
 Prolastin-C, 53
 Proleukin, 56
 Prolia, 53
 Promacta, 48
 Promethazine, 28, 36, 54
 Promethazine-codeine, 28
 Promethazine-phenyleph-
 codeine, 28
 Propafenone, 11
 Proparacaine, 24
 Propranolol, 15
 Propylthiouracil, 22
 Prostate, 44
 Pros-tech, 44
 Protriptylin, 35, 36
 Provenge, 56
 Pseudoephedrine-
 bromphen-dm, 28
 Pulmicort, 28
 Pulmozyme, 28
 Px_Vanilla, 45
 Pylora, 18
 Pyrazinamide, 37
 Pyridostigmine, 8
 Pyrimethamine, 41

Q

Qinlock, 39
Quadramet, 57
Quetiapine, 42
Quillichew, 25
Quillivant, 25
Quinapril, 13
Quinapril/hctz, 13
Quinine, 41
Qvar_Redihaler, 28

R

Ra_Vitamin, 46
Rabeprazole, 18
Raloxifene, 20
Ramelteon, 27
Ramipril, 13
Ranolazine, 11
Rasagiline, 8
Recombinate, 53
Regranex, 15
Relenza, 43
Renflexis, 53
Repaglinide, 49
Replesta, 46
Restasis, 24
Resurgex, 45
Retevmo, 39
Retrovir, 53
Revlimid, 37, 38
Reyataz, 43
Rhogam, 53
Riastap, 53
Ribavirin, 28, 43
Ridaura, 22
Rifabutin, 37
Rifampin, 37
Riluzole, 26
Rimantadine, 43
Ringers, 23
Risedronate, 23
Risperidone, 42
Ritonavir, 43
Rituxan, 56

Rivastigmine, 14
Rixubis, 53
Rizatriptan, 14
Romidepsin, 56
Ropinirole, 9
Rosuvastatin, 12
Rozlytrek, 39
Rubraca, 39
Ruconest, 53
Rufinamide, 33
Ruxience, 56
Rybrevant, 56
Rydapt, 40

S

Sandostatin, 22
Santyl, 15
Sarclisa, 56
Savella, 25
Scopolamine, 36
Selegiline, 9
Selenium, 17
Selzentry, 43
Sertraline, 35
Sevelamer, 19
Shur-seal, 46
Sildenafil, 28, 53
Silver, 15, 17
Similac, 45
Simulect, 53
Simvastatin, 12
Sirolimus, 23
Skyla, 54
Skyrizi, 16
Slow_Iron, 46
Slow_Rel, 46
Sm_Estroplus, 45
Sm_Vitamin, 46
Sod_Fluoride, 46
Sod_Sul/sulf, 16
Sod_Sulfacet, 17
Sodium, 5, 7, 8, 17, 19, 20,
22, 23, 24, 28, 31, 32, 38,
47, 48, 51, 52, 53, 54, 56

Sofosbuvir-velpatasvir, 43
Soliris, 53
Soltamox, 38
Solu-cortef, 19
Solu-Cortef, 54
Solu-Medrol, 54
Sotalol, 11
Spiriva, 29
Spironolactone, 13
Spironolactone/hctz, 13
Sprintec, 45
Spritam, 34
Sprycel, 40
Sps_Susp, 47
Stavudine, 42
Steglatro, 49
Stimate, 21
Stivarga, 40
Streptomycin, 31
Stuart, 47
Sucralfate, 18
Sulfacetamide, 15, 16, 17
Sulfadiazine, 32
Sulfamethoxazole-trimeth,
32
Sulfamethoxazole-
trimethoprim, 32
Sulfamylon, 17
Sulfasalazine, 25
Sulfisoxazole, 32
Sulindac, 8
Sumatriptan, 14
Sunitinib, 40
Super, 46
Supprelin, 22
Suprep, 18
Sutab, 18
Sylvant, 53
Symbicort, 28
Symtuza, 42
Synagis, 53
Synarel, 22
Synribo, 56
Synthroid, 21

Synvisc, 53

T

Tabrecta, 39
Tacrolimus, 17, 23
Tadalafil, 19
Tafinlar, 40
Tagrisso, 40
Talzenna, 39
Tamoxifen, 45
Tamsulosin, 19
Targretin, 38, 40
Tasigna, 40
Tazarotene, 16
Tazorac, 16
Tazverik, 39
Tecartus, 56
Tecentriq, 56
Telmisartan, 11
Temazepam, 27
Temixys, 42
Temodar, 56
Temozolomide, 37
Temsilolimus, 56
Tenofovir, 42
Terazosin, 9
Terbinafine, 36
Terbutaline, 29
Terconazole, 48
Testosterone, 20
Tetrabenazine, 26
Tetracycline, 33
Thalitone, 12
Thalomid, 38
Theophylline, 29
Thera-d, 46
Thioridazine, 41
Thiothixene, 41
Thrombate, 53
Thymoglobulin, 53
Thyrogen, 53
Tiagabine, 33
Tibsovo, 40
Tice, 56

Tigan, 36
Timolol, 23
Tinidazole, 41
Tivicay, 43
Tizanidine, 8
Tobi_Podhaler, 31
Tobradex, 24
Tobramycin, 24, 27, 31
Tobramycin/dexame, 24
Tobrex, 31
Today, 46
Tolterodine, 19
Topiramate, 34
Topotecan, 56
Toremifene, 38
Torsemide, 12
Totect, 56
Tracleer, 28
Tradjenta, 49
Tramadol, 29
Tramadol/apap, 29
Trando/verap, 13
Trandolapril, 13
Tranex, 48
Tranylcyproprom, 34
Travoprost, 24
Trazimera, 57
Trazodone, 35
Treanda, 57
Trelstar, 57
Trepstinil, 53
Tretinoin, 40
Tretten, 53
Triamcinolone, 17
Triamterene/hctz, 13
Trientine, 47
Triesence, 53
Trifluoperazine, 41
Trifluridine, 24
Trihexyphenidyl, 9
Trijardy, 49
Tri-lo-sprintec, 45
Triluron, 53
Trimethobenzamide, 36

Trimethoprim, 31
Trisenox, 57
Trivora-28, 45
Trodelvy, 57
Tropicamide, 24
Tropium, 19
Truseltiq, 39
Truxima, 57
Tudorza, 29
Tukysa, 40
Turalio, 39
Twirla, 45
Tyblume, 45
Tybost, 43
Tymlos, 23
Tyr_Gel, 45
Tysabri, 53
Tyvaso, 28

U

Udenyca, 48
Ukoniq, 39
Ulticare, 44
Ultomiris, 53
Ultra, 44, 45, 46, 53
Umecta, 15
Uplizna, 53
Urea_Cre, 15
Urea_External, 15
Urea_Hydrati, 16
Urea_Nail, 15
Urelle, 32
Uribel, 32
Ursodiol, 18
Ustell, 32

V

Valacyclovir, 43
Valchlor, 37
Valganciclovir, 42
Valganciclovir, 42
Valproic, 33
Valsartan, 11
Valsartan/hctz, 11

Valstar, 57
 Vancomycin, 31
 Vcf_Vaginal, 46
 Vectibix, 57
 Vectical, 16
 Velcade, 57
 Venclexta, 38
 Venlafaxine, 35
 Verapamil, 10, 11
 Veregen, 15
 Verzenio, 39
 Victoza, 49
 Vienva, 45
 Vimizim, 53
 Vimpat, 33
 Vinate, 50
 Vinblastine, 57
 Vincristine, 57
 Vinorelbine, 57
 Viracept, 43
 Viread, 42
 Visudyne, 53
 Vit_D, 46
 Vitamelts, 46
 Vitamin, 3, 6, 7, 46, 47, 50
 Vitrakvi, 39
 Vizimpro, 40
 Volnea, 45
 Voraxaze, 57
 Voriconazole, 37
 Votrient, 40
 Vpriv, 53

Vumerity, 25

W

Warfarin, 47, 48
 Wee_Care, 46
 Wellness, 45
 Wixela, 28

X

Xalkori, 40
 Xarelto, 48
 Xatmep, 22
 Xeomin, 53
 Xgeva, 53
 Xiaflex, 53
 Xifaxan, 31
 Xofigo, 57
 Xolair, 53
 Xospata, 39
 Xpovio, 39
 Xptm_Analog, 45
 Xtandi, 22
 Xtracal, 45
 Xulane, 45
 Xyntha, 53
 Xyrem, 27

Y

Yervoy, 57
 Yescarta, 57
 Yondelis, 57

Yonsa, 38
 Yutiq, 53

Z

Zafirlukast, 28
 Zaleplon, 27
 Zaltrap, 57
 Zanosar, 57
 Zarxio, 48
 Zejula, 39
 Zelboraf, 40
 Zelnorm, 18
 Zemaira, 53
 Zemdri, 53
 Zenpep, 48
 Zeposia, 25
 Zepzelca, 57
 Zevalin, 57
 Zidovudine, 42
 Ziprasidone, 25
 Zirabev, 57
 Zoladex, 57
 Zoledronic, 53
 Zolinza, 39
 Zolmitriptan, 14
 Zolpidem, 27
 Zonisamide, 33, 34
 Zortress, 23
 Zydelig, 40
 Zykadia, 39
 Zynlonta, 57



787.758.2500

MCS Plaza Suite 1600, 255 Ponce de León Ave., San Juan, PR 00918