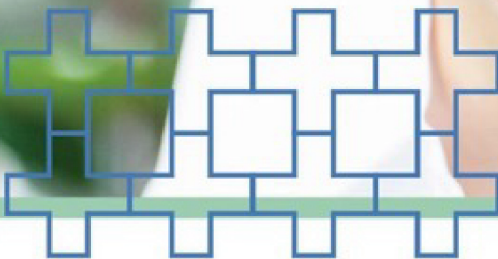




ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO



VIH-SIDA

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

A B ▲ R C A

First **MEDICAL**
HEALTH PLAN, INC.

MMM
multih[®]health

PLAN DE SALUD
MENONITA

TRIPLE-S SALUD
Blue Cross, Blue Shield of Puerto Rico



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO

17 de septiembre de 2025

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

Estimado proveedor:

A continuación, se presentan los Listados de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) del Plan de Salud Vital. Estos incluyen los formularios principales de Salud Física y Salud Mental, así como los subformularios correspondientes a las siguientes áreas: Dental, Nefrología, Obstetricia y Ginecología (OB-Gyn), Oncología, Sala de Emergencias, VIH/SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios respaldan el modelo de cuidado médico integrado que actualmente rige el Plan Vital.

- El **PDL de Salud Física** será utilizado por los médicos de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), especialistas y subespecialistas. Este formulario también podrá ser utilizado por médicos en colocación inversa dentro de las facilidades de salud mental, si el beneficiario tiene una condición mental severa (SMI, por sus siglas en inglés) y está debidamente registrado.
- El **Subformulario de Salud Física** será utilizado por médicos de la Red de Salud Mental.
- El **PDL de Salud Mental** será utilizado por los psiquiatras contratados, así como por los médicos que laboran en facilidades de tratamiento de condiciones de salud mental.
- El **Subformulario de Salud Mental (Sub Mental)** será utilizado por médicos primarios participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos incluidos en estos formularios han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios, especialistas, subespecialistas y farmacéuticos, todos ellos profesionales activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en criterios clínicos. Cabe señalar que estos formularios son documentos dinámicos y están sujetos a cambios periódicos, los cuales se notifican mediante la emisión de Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la página de ASES, bajo Proveedores, en el siguiente enlace:
<https://www.ases.pr.gov/proveedores?tab=Farmacia&categoria=Formularios+de+Medicamentos#Farmacia>

Cordialmente,

Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, JD, L.L.M., MSHA, FACHE, CHC
Director Ejecutivo

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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSV establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.
- B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager o “PBM”) contratado por ASES.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del PDL en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán regirse por un formulario distinto al PDL, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el PDL de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.
- F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de doce (12) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.

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

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

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

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

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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PLAN DE SALUD VITAL

VIH-SIDA

TABLA DE CONTENIDO

ANALGESICS [ANALGÉSICOS]	10
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	10
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]	10
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	10
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	10
Cephalosporins [Cefalosporinas]	10
Macrolides [Macrólidos].....	10
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]	10
Penicillins [Penicilinas]	10
Quinolones [Quinolonas]	11
Sulfonamides [Sulfonamidas]	11
Tetracyclines [Tetraciclinas].....	11
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]	12
Antidepressants [Antidepresivos]	12
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	12
Antituberculars [Antituberculosos].....	12
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]	12
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS].....	12
Antifungals [Antifungales]	12
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	13
Anthelmintics [Antihelmínticos]	13
Antimalarials [Antimaláricos]	13
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaráricos].....	13
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	13
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	13
Anti-hepatitis B (hbv) Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)]	13
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)]	13
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos].....	13

VIH-SIDA

Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos De La Transcriptasa Reversa]	13
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]	14
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]	14
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]	14
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]	15
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	16
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]	16
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]	16
Iron [Hierro]	16
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]	17
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]	17
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]	17
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]	17
Antifungals [Antifungales]	17
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	17
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]	17
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]	17
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]	17
Dislipidémicos, Otros [Dyslipidemics, Other]	17
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES]	18
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]	18
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	18
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	18
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	18
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	18
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]	19
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]	19
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes]	19

VIH-SIDA

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]			
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]			
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]			
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]			
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	Preferred	MOTRIN	QL=15 días No refills
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	Preferred	CLINORIL	
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills

Para cada medicamento incluido en el PDL se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

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

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

VIH-SIDA

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas. Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.

VIH-SIDA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]			
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]			
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]			
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]			
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab</i>	Preferred	MOTRIN	
<i>naproxen 250 mg, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred		
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]			
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]			
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	Preferred	XYLOCAINE	
<i>lidocaine HCl 1% inj soln</i>	Preferred	XYLOCAINE	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]			
Cephalosporins [Cefalosporinas]			
<i>ceftriaxone 250 mg inj., 500mg inj.</i>	Preferred	ROCEPHIN	
Macrolides [Macrólidos]			
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	Preferred	BIAXIN	
ERY-TAB 500 mg tab dr	Preferred		
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	Preferred		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	Preferred		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]			
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	Preferred	CLEOCIN	
Penicillins [Penicilinas]			
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	Preferred	AMOXIL	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

VIH-SIDA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	Preferred		
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	Preferred		
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	FLAGYL	
Quinolones [Quinolonas]			
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	CIPRO	
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	LEVAQUIN	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	Preferred	CIPRO	
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	Preferred	CIPRO	
Sulfonamides [Sulfonamidas]			
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	Preferred	SULFADIAZINE	
Tetracyclines [Tetraciclinas]			
<i>minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	Preferred	MINOCIN	
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	Preferred	MONODOX	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	Preferred	VIBRAMYCIN	
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]			
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	Preferred	CLEOCIN	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

VIH-SIDA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]			
Antidepressants [Antidepresivos]			
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	Preferred	ELAVIL	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]			
Antituberculars [Antituberculosos]			
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifampin 150 mg cap</i>	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 100 mg tab</i>	Preferred	MYAMBUTOL	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	Preferred	PYRAZINAMIDE	
<i>rifampin 300 mg cap</i>	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 400 mg tab</i>	Preferred	MYAMBUTOL	
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	Preferred	MYCOBUTIN	
<i>cycloserine 250 mg cap</i>		SEROMYCIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
RIFAMATE 50-300 mg cap			Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
TRECTOR 250 mg tab			Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
CAPASTAT 1 gm inj			Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]			
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	Preferred	DAPSONE	
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]			
Antifungals [Antifungales]			
<i>fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	DIFLUCAN	
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	Preferred	NIZORAL	
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	Preferred	LAMISIL	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

VIH-SIDA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i>	Preferred	DIFLUCAN	
<i>voriconazole 40 mg/ml susp</i>	Preferred	VFEND	PA
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	Preferred	SPORANOX	
SPORANOX 10 mg/ml soln	Preferred		
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	Preferred	VFEND	PA
<i>voriconazole 200 mg tab</i>	Preferred	VFEND	PA
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]			
Anthelmintics [Antihelmínticos]			
<i>albendazole 200 mg tab</i>	Preferred	ALBENZA	
Antimalarials [Antimaláricos]			
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	Preferred	DARAPRIM	PA
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaráricos]			
<i>pentamidine 300 mg inh soln</i>	Preferred	NEBUPENT	PA
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]			
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]			
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	Preferred	VALCYTE	
Anti-hepatitis B (hbv) Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)]			
<i>entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	Preferred	BARACLUDE	PA
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)]			
MAVYRET 100-40 mg tab	Preferred		PA
<i>ribavirin 200 mg tab.</i>	Preferred		
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100 mg tab</i>	Preferred	EPCLUSA	PA
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]			
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	Preferred	ZOVIRAX	
<i>valacyclovir 500 mg, 1,000 mg (1gm)</i>	Preferred	VALTREX	
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos De La Transcriptasa Reversa]			
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	Preferred	VIRAMUNE	
<i>nevirapine 50 mg/5ml susp</i>	Preferred	VIRAMUNE	
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	Preferred	RETROVIR	
<i>efavirenz 200 mg cap, 50 mg cap, 600mg tab</i>	Preferred	SUSTIVA	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

VIH-SIDA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
INTELENCE 200 mg tab			
RESCRIPTOR 200 mg tab	Preferred		
SUSTIVA 200 mg cap	Preferred		
nevirapine er 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr	Preferred	VIRAMUNE XR	
SUSTIVA 50 mg cap, 600 mg tab	Preferred		
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]			
stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	Preferred	ZERIT	
didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr	Preferred	VIDEX EC	
lamivudine 10 mg/ml soln	Preferred	EPIVIR	
lamivudine 150 mg tab	Preferred	EPIVIR	
zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr	Preferred	RETROVIR	
abacavir sulfate 300 mg tab	Preferred	ZIAGEN	
didanosine 400 mg cap dr	Preferred	VIDEX EC	
lamivudine 300 mg tab	Preferred	EPIVIR	
VIDEX 2 gm soln	Preferred		
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	Preferred	COMBIVIR	
ZIAGEN 20 mg/ml soln	Preferred		
abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab	Preferred	TRIZIVIR	
emtricitabine 200 mg cap		EMTRIVA	
EMTRIVA 10 MG/ML oral sol			
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab		VIREAD	
emtricitabine-tenofovir DF 200-300 mg tab		TRUVADA	
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]			
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab		EPZICOM	
efavirenz-emtricitab-tenofovir 600-200-300 mg tab		ATRIPLA	
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]			
ISENTRESS HD 600 mg tab			
ISENTRESS 400 mg tab			
ISENTRESS 100 mg oral packet, 100 mg chew tab			

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

VIH-SIDA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]			
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg oral tab, 400-100 mg/5ml oral sol</i>			
SELZENTRY 150 mg tab, 300 mg tab			
SUNLENCA 5 x 300 mg tab pack			PA
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML subcutaneous soln			PA
FUZEON subcutaneous kit 90 mg			
APTIVUS 250 mg cap			
BIKTARVY 50-200-25 mg tab			
CABENUVA 400 & 600 mg/2ml im susp ER, 600 & 900 mg/3ml im susp ER			PA
COMPLERA 200-25-300 mg tab			
DELSTRIGO 100-300-300 mg tab			
DESCOVY 200-25 mg tab			
DOVATO 50-300 mg tab			
EDURANT 25 mg tab			
EVOTAZ 300-50 mg tab			
GENVOYA 150-150-200-10 mg tab			
JULUCA 50-25 mg tab			
KALETRA 100-25 mg tab, 200-50 mg tab			
LEXIVA 700 mg tab			
<i>ritonavir 100 mg tab</i>		NORVIR	
ODEFSEY 200-25-25 mg tab			
PIFELTRO 100 mg tab			
PREZCOBIX 800-150 mg tab			
PREZISTA 600 mg tab, 800 mg tab, 100 mg/ml oral susp			
<i>atazanavir sulfate 200 mg cap, 300 mg cap</i>		REYATAZ	
RUKOBIA 600 mg ER 12 HR tab,			PA
STRIBILD 150-150-200-300 mg tab			
SYM TUZA 800-150-200-10 mg tab			
TIVICAY 50 mg tab			
TRIUMEQ 600-50-300 mg tab			
TROGARZO 200 mg/1.33ml iv sol			PA
VIRACEPT 250 mg tab, 625 mg tab			

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

VIH-SIDA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]			
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]			
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	Preferred		PA
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	Preferred		PA
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln, 20000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	Preferred		PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	Preferred		PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.3ml inj soln, 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	Preferred		PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	Preferred		PA
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRIT 2000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRIT 3000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRIT 4000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRIT 10000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRIT 20000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRIT 40000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]			
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln, 480 mcg/0.8ml inj soln	Preferred		PA
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,	Preferred		PA
NIVESTYM 300 mcg/ml PF syr	Preferred		PA
NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr	Preferred		PA
NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln	Preferred		PA
Iron [Hierro]			
iron 325 (65 fe) mg tab	Preferred	IRON	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

VIH-SIDA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]			
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]			
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	Preferred	MEGACE	
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	Preferred	MEGACE	
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]			
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj</i>	Preferred	LEUCOVORIN	
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]			
Antifungals [Antifungales]			
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	Preferred	MYCELEX	
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	Preferred	MYCOSTATIN	
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]			
<i>triamcinolone acetonide orabase (paste)</i>	Preferred	KENALOG ORABASE	
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]			
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]			
<i>fenofibrate 48 mg tab, 54 mg tab, 145 mg tab, 160 mg tab</i>	Preferred	TRICOR	
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]			
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	LIPITOR	
<i>rosuvastatin 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg</i>	Preferred	CRESTOR	
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	ZOCOR	
Dislipidémicos, Otros [Dyslipidemics, Other]			
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Preferred	ZETIA	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	Preferred	LOVAZA	

VIH-SIDA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES]			
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]			
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	Preferred	PRILOSEC	
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]			
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]			
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	Preferred	FLORINEF	
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]			
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]			
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	Preferred	DECADRON	
<i>MEDROL 2 mg tab</i>	Preferred		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	Preferred	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml syr</i>	Preferred	PRELONE	
<i>prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml soln</i>	Preferred	ORAPRED	
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	Preferred	MEDROL	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % crm</i>	Preferred	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % oint</i>	Preferred	DIPROLENE	
<i>mometasone furoate 0.1 % oint, 0.1% crm, 0.1% soln</i>	Preferred	ELOCON	
<i>clotrimazole-betamethasone ext crm 1-0.05 %</i>	Preferred	LOTRISONE	
<i>ketoconazole cream 2%</i>	Preferred	NIZORAL	
<i>econazole nitrate 1% crm</i>	Preferred	SPECTAZOLE	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

VIH-SIDA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]			
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]			
ATROVENT HFA inh aerosol	Preferred		PA
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes]			
loratadine 10 mg tab	Preferred	CLARITIN	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

VIH-SIDA

A

<i>abacavir sulfate</i>	14
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	14
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	14
<i>acyclovir</i>	13
<i>albendazole</i>	13
<i>amitriptyline hcl</i>	12
<i>amoxicillin</i>	10
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	11
<i>ampicillin</i>	11
APTIVUS.....	15
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	16
<i>atazanavir sulfate</i>	15
<i>atorvastatin calcium</i>	17
ATROVENT	19
<i>azithromycin</i>	10

B

<i>betamethasone dipropionate aug</i>	18
BICILLIN L-A	11
BIKTARVY	15

C

CABENUVA.....	15
CAPASTAT	12
<i>ceftriaxone</i>	10
<i>ciprofloxacin</i>	11
<i>ciprofloxacin hcl</i>	11
<i>clarithromycin</i>	10
<i>clindamycin hcl</i>	10
<i>clindamycin phosphate</i>	11
<i>clotrimazole</i>	17
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	18
COMPLERA	15
<i>cycloserine</i>	12

D

<i>dapsone</i>	12
DELSTRIGO.....	15
DESCOVY	15
<i>dexamethasone</i>	18
<i>didanosine</i>	14
DOVATO.....	15
<i>doxycycline hyclate</i>	11
<i>doxycycline monohydrate</i>	11

E

E.E.S. GRANULES.....	10
<i>econazole</i>	18

EDURANT	15
<i>efavirenz</i>	13
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	14
<i>emtricitabine</i>	14
EMTRIVA	14
<i>entecavir</i>	13
EPIVIR	14
ERYPED 200	10
ERYPED 400	10
ERY-TAB.....	10
ERYTHROCIN STEARATE.....	10
<i>erythromycin base</i>	10
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	10
<i>ethambutol hcl</i>	12
EVOTAZ	15
<i>ezetimibe</i>	17

F

<i>fenofibrate</i>	17
<i>fluconazole</i>	12, 13
<i>fludrocortisone acetate</i>	18
FUZEON.....	15

G

GENVOYA	15
---------------	----

H

<i>hydrocortisone</i>	18
-----------------------------	----

I

<i>ibuprofen</i>	10
INTELENCE.....	14
<i>iron</i>	16
ISENTRESS	14
ISENTRESS HD.....	14
<i>isoniazid</i>	12
<i>itraconazole</i>	13

J

JULUCA	15
--------------	----

K

KALETRA.....	15
<i>ketconazole</i>	12, 18

L

<i>lamivudine</i>	14
<i>lamivudine-zidovudine</i>	14

VIH-SIDA

<i>leucovorin calcium</i>	17
<i>levofloxacin</i>	11
LEXIVA	15
<i>lidocaine HCL</i>	10
<i>lidocaine viscous</i>	10
<i>lopinavir-ritonavir</i>	15
<i>loratadine</i>	19

M

MAVYRET	13
MEDROL	18
<i>megestrol acetate</i>	17
<i>methylprednisolone</i>	18
<i>methylprednisolone (pak)</i>	18
<i>metronidazole</i>	11
<i>minocycline hcl</i>	11
<i>mometasone furoate</i>	18
<i>mtricitabine-tenofovir DF</i>	14

N

<i>naproxen</i>	10
NEUPOGEN	16
<i>nevirapine</i>	13
<i>nevirapine er</i>	14
NIVESTYM	16
<i>nystatin</i>	17

O

ODEFSEY	15
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	17
<i>omeprazole</i>	18

P

<i>penicillin g procaine</i>	11
<i>penicillin v potassium</i>	11
<i>pentamidine</i>	13
PIFELTRO	15
<i>prednisolone</i>	18
<i>prednisone</i>	18
<i>prednisone (pak)</i>	18
PREZCOBIX	15
PREZISTA	15
PROCRIT	16
<i>pyrazinamide</i>	12
<i>pyrimethamine</i>	13

R

RESCRIPTOR	14
RETACRIT	16
<i>ribavirin</i>	13
<i>rifabutin</i>	12
RIFAMATE	12
<i>rifampin</i>	12
<i>ritonavir</i>	15
<i>rosuvastatin</i>	17
RUKOBIA	15

S

SELZENTRY	15
SEROMYCIN	12
<i>simvastatin</i>	17
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	13
SPORANOX	13
<i>stavudine</i>	14
STRIBILD	15
<i>sulfadiazine</i>	11
<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	11
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	11
SUNLENCA	15
SUSTIVA	14
SYM TUZA	15

T

<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	14
<i>terbinafine hcl</i>	12
TIVICAY	15
TRECATOR	12
<i>triamcinolone</i>	17
TRIUMEQ	15
TROGARZO	15

V

<i>valacyclovir</i>	13
<i>valganciclovir hcl</i>	13
VIDEX	14
VIRACEPT	15
<i>voriconazole</i>	13

Z

ZIAGEN	14
<i>zidovudine</i>	13, 14

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389