



Salud Mental

2013 - 2014

Lista de Medicamentos Preferidos



HUMANA



m21





Salud Mental

2013 - 2014

Lista de Medicamentos Preferidos



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

19 de diciembre de 2012

Estimado proveedor:

Me place presentarles la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL por sus siglas en inglés) para Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Mi Salud), vigente desde el 1 de enero de 2013.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de ASES, compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos.

Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Por consiguiente, este PDL y los PDL's especializados que se incluyen en esta guía, pueden sufrir cambios, los cuales se notifican mediante Cartas Normativas, conforme van surgiendo.

Les exhorto a conservar esta Guía para su referencia siempre que sea necesario. La misma también está disponible en nuestra página electrónica www.asespr.org.

Cordialmente,

Lcdo. Frank R. Díaz Ginés, MHSA
Director Ejecutivo

**ASPECTOS GENERALES DE LA
CUBIERTA DE FARMACIA
Plan de Salud del Gobierno - Mi SALUD**

1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar la Lista de Medicamentos Preferidos (*Preferred Drug List* o “PDL”) para Salud Física y Salud Mental de **Mi Salud**. Para estos propósitos se ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica para Salud Física, y otro para Salud Mental, ambos compuestos por diferentes profesionales de la salud entre estos médicos primarios y farmacéuticos. Estos comités se reúnen periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES sobre los formularios de medicamentos, basados en evidencia científica y aspectos clínicos.

La Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El “PDL” tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de **Mi Salud**.

ASES mantiene, además, el Formulario Medular Uniforme (FMU), el cual es utilizado como el formulario oficial del cual se deriva el PDL. Los medicamentos en este formulario que no están en el PDL pueden ser utilizados por las compañías aseguradoras, organizaciones de salud mental y proveedores de servicios de salud sólo como excepciones en los casos en que los medicamentos en el PDL no fueran los más clínicamente efectivos para el paciente en particular.

Así mismo, se creó una Lista de Medicamentos Especializados (contratados). En la situación en que un proveedor de servicios médicos recete un medicamento especializado de esta lista, deberá ser evaluado por las compañías aseguradoras (MCO/TPA por sus siglas en inglés), organizaciones de salud mental (MBHO por sus siglas en inglés) ó la organización contratada por ASES a través del Proceso de Excepción.

En casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera de los formularios antes mencionados 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 o en el FMU, las compañías aseguradoras, organizaciones de salud mental y proveedores de servicios de salud deberán utilizar el proceso aquí

**ASPECTOS GENERALES DE LA
CUBIERTA DE FARMACIA
Plan de Salud del Gobierno - Mi SALUD**

descrito para la aprobación de los medicamentos. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

1. Contraindicación a/los medicamento(s) que aparece(n) en el PDL.
2. Historial de reacción adversa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el PDL.
3. Fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en el PDL.
4. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el PDL

Este Proceso de Excepción requiere la documentación oficial, por parte del proveedor de servicios, de las razones clínicas que justifican la utilización de medicamentos fuera del PDL.

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia de **Mi Salud** establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes, siempre y cuando no esté contraindicado y así se justifique clínicamente por el proveedor.
- B. Las compañías aseguradoras ó TPA, organizaciones de salud mental y proveedores de servicios de salud procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del o los Administradores del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Managers* ó “PBMs”) contratados por la Administración.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente los medicamentos que se le requiera incluir en la cubierta de farmacia a las compañías aseguradoras ó TPA, organizaciones de salud mental y proveedores de servicios de salud. Además, se evaluará cualquier medicamento nuevo para inclusión en el mismo o removerá medicamentos de dicho formulario. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos según cambios o avances en estándares de la práctica dentro de una enfermedad o área de tratamiento.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones (Grupos Médicos Primarios, proveedores independientes, especialistas, etc.) podrán regirse por un formulario distinto al PDL y al Formulario Medular, 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 y las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos que se incluyen en dichos formularios. Las compañías

**ASPECTOS GENERALES DE LA
CUBIERTA DE FARMACIA
Plan de Salud del Gobierno - Mi SALUD**

aseguradoras/TPA ó MBHO serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.

- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de treinta (30) días. Cuando sea médicamente necesario se cubrirán recetas adicionales.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de treinta (30) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. Por recomendación del médico se repetirá el despacho de cada receta hasta cinco (5) veces (receta original más cinco (5) repeticiones). Los medicamentos que requieran pre-autorización tendrán vigencia de seis meses a menos que ocurran contraindicaciones o efectos secundarios. 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. Las indicaciones en las recetas para medicamentos de uso crónico, a favor de Niños con Necesidades Especiales de Salud, deberán indicar claramente que cubren una terapia de treinta (30) días y que se podrán repetir hasta cinco (5) veces (receta original más cinco (5) repeticiones), según criterio médico. Cuando sea médicamente necesario se cubrirán recetas adicionales.
- H. Se requiere la coordinación con el Departamento de Salud para provisión de métodos contraceptivos de planificación familiar. Se cubrirán los contraceptivos para el tratamiento de disfunción menstrual y para otras condiciones menstruales a través de su médico primario de Salud Física.
- I. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados por la reglamentación local siempre y cuando no esté contraindicado y así se consigne por el proveedor en la prescripción médica.
- J. La inexistencia en inventario de medicamentos bioequivalentes no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago

**ASPECTOS GENERALES DE LA
CUBIERTA DE FARMACIA
Plan de Salud del Gobierno - Mi SALUD**

adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, se 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 decida cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos.

- K. Todas las recetas deberán ser despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionada por el beneficiario.
 - L. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de determinado número de farmacias en cada municipio para así poder ejercerlo. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.
 - M. Los medicamentos recetados deberán ser entregados concurrentemente a la fecha y hora en que el beneficiario recibe la receta y requiere el despacho del medicamento.
4. Regla de Emergencia

Como regla general, para los productos que aparecen en el Formulario de Salas de Emergencia, se despachará la cantidad necesaria hasta el próximo día laborable ó en el caso de fines de semana largos ó feriados hasta un máximo de cinco (5) días laborables.

Los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos se despacharán en cantidad suficiente hasta un máximo de cinco (5) días. 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 Plan de Salud es un plan de cuidados coordinados. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados formen parte del Formulario de Medicamentos de Salas de Emergencia.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región de servicios.

PLAN DE SALUD DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL)
SALUD MENTAL 2013-2014****TABLA DE CONTENIDO**

PARTE I - DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS DE SALUD MENTAL.....	iii
PRESENTACIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS DE SALUD MENTAL (“PREFERRED DRUG LIST”, “PDL”) Y GUÍAS DE REFERENCIA.....	iii
INDICADOR DE COSTO RELATIVO.....	iii
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	iv
GUÍAS DE REFERENCIA.....	iv
LEYENDA PARA LOS SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS EN EL FORMULARIO.....	v
PARTE II – MEDICAMENTOS POR CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA.....	1
AGENTES PSICOTRÓPICOS.....	1
1.0 ANTIDEPRESIVOS.....	1
1.1 TRICÍCLICOS.....	1
1.2 INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA.....	1
1.3 INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA & NOREPINEFRINA.....	2
1.4 ANTIDEPRESIVOS MISCELÁNEOS.....	2
2.0 ANTIPSICÓTICOS.....	2
2.1 FENOTIAZINAS.....	2
2.2 BUTIROFENONAS.....	3
2.3 ANTIPSICÓTICOS MISCELÁNEOS.....	3
2.4 ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS.....	3
3.0 ESTABILIZADORES DE ÁNIMO.....	4
4.0 ANSIOLÍTICOS / HIPNÓTICOS.....	4
4.1 BENZODIAZEPINAS.....	4
4.2 ANTIHISTAMÍNICOS SEDANTES.....	5
4.3 HIPNÓTICOS.....	5
5.0 PSICOESTIMULANTES.....	5
5.1 AMINAS SIMPATOMIMÉTICAS.....	5

5.2	INHIBIDOR DE LA RECAPTACIÓN SELECTIVA DE NOREPINEFRINA.....	6
6.0	ANTICOLINÉRGICOS.....	6
7.0	TRATAMIENTO DE DETOX.....	6
8.0	MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE ADICCIÓN.....	7
PARTE III - APÉNDICE I - PRODUCTOS CON LÍMITE DE CANTIDAD DE DESPACHO.....		8
PARTE IV- ÍNDICE.....		9

PLAN DE SALUD DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL)

SALUD MENTAL

2013-2014

PARTE I - DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS DE SALUD MENTAL

PRESENTACIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS DE SALUD MENTAL (“PREFERRED DRUG LIST”, “PDL”) Y GUÍAS DE REFERENCIA

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el “PDL” de Salud Mental.

Indicador de Costo Relativo	Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Signo de \$	Trazodone tab	Desyrel	PA

Para cada medicamento incluido en el “PDL” de Salud Mental aparece un Indicador de Costo (Costo Relativo), el Nombre Genérico, el Nombre de Marca y Guías de Referencia según aplican. En los casos en que el medicamento genérico esté disponible, el mismo aparece con letra **en negrilla (bold)**. Aquellos medicamentos genéricos que tienen un asterisco (*) indica que no todas las presentaciones del producto tienen un genérico disponible. Siempre que exista el genérico bioequivalente de un medicamento el mismo será despachado siempre y cuando sea más costo-efectivo. **El nombre de marca se menciona sólo para referencia.**

Le exhortamos a que utilice el “PDL” de Salud Mental como referencia cuando vaya a prescribir medicamentos a los beneficiarios del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

INDICADOR DE COSTO RELATIVO

El indicador de costo relativo se incluye en el “PDL” de Salud Mental para ofrecer un valor estimado del costo de una terapia medicinal incluyendo cualquier descuento por utilización y comparando el producto específico con las otras alternativas disponibles en esa clase, o para tratar la enfermedad o condición específica. En la mayoría de los casos, se compara el costo por

terapia para quince o treinta días dependiendo de si el medicamento es de uso agudo o de mantenimiento, respectivamente. La comparación de costos y asignación de signos de dólares se hace a base de todos los productos incluidos dentro de una clase terapéutica, (e.g. antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina). Los signos de dólares al lado de un medicamento identifican su costo relativo y se deben interpretar de la siguiente manera:

\$	Menos Costoso
\$\$	
\$\$\$	
\$\$\$\$	
\$\$\$\$\$	
\$\$\$\$\$!	
\$\$\$\$\$!!	Más Costoso

Cuando varios medicamentos dentro de la misma clase terapéutica tienen el mismo número de signos de dólares, el medicamento que se menciona primero debe considerarse como el menos costoso.

Donde existe la alternativa de un número de preparaciones adecuadas para tratar una enfermedad o condición en particular, el indicador de costo relativo puede utilizarse para hacer una selección a base del costo.

La designación de los costos relativos es vigente al momento de la publicación de esta edición del "PDL" de Salud Mental. El costo de los medicamentos cambia continuamente.

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos bioequivalentes se identifican con **negrilla (bold)**. Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un Costo Máximo Permitido (*Maximum Allowable Cost o MAC*) para el pago de los mismos. Este precio típicamente 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 que son prescritos comúnmente y han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.

GUÍAS DE REFERENCIA

Los medicamentos que aparecen en el "PDL" de Salud Mental son aquellos medicamentos preferidos en la cubierta del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Estos medicamentos se seleccionan a base de su seguridad, eficacia, alta calidad, existencia de bioequivalentes y costo. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el "PDL". Todos los medicamentos incluidos en este documento son medicamentos cubiertos a menos que se les designe como No-Formulario (**NF**).

LEYENDA PARA LOS SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS EN EL FORMULARIO

\$ hasta \$\$\$\$\$!!	Representa el costo relativo del medicamento. Mientras menos signos de dólar, menor es el costo del medicamento. Mientras más signos de dólar, mayor es el costo.
PA	Requiere que el médico tramite una Preautorización.
NF	No-Formulario- No está cubierto
P	Producto de Marca Contratado “Rebates”
Negrilla (Bold)	Identifica que el medicamento tiene genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones.
Negrilla (Bold) *	Identifica aquellos medicamentos para los cuales no todas las presentaciones o formas están disponibles en genéricos; por ejemplo, tabletas, líquidos, inyecciones, etc.
LC	Identifica aquellos medicamentos para los cuales existe algún límite en la cantidad que la farmacia puede despachar.
AL	Identifica aquellos medicamentos para los cuales existe algún límite en la edad para el despacho del medicamento.
ST	Step Therapy, Protocolo clínico para su uso
Cap.	Cápsula
Tab.	Tableta
Susp.	Suspensión
ER, SR, CR	Acción prolongada (extended release, sustained release, controlled release)
SL	Sublingual
Cr.	Crema
Oint.	Ungüento
Sol.	Solución
Syr.	Syrup
Lot.	Loción
Ophth.	Oftálmico
Inh.	Inhalador
SNC	Sistema Nervioso Central
Liq.	Líquido
Conc.	Concentrado
Inj.	Inyectable (en inglés injectable)
Supp.	Supositorio
Disp. Tab.	En inglés (“dispersible tab.”)

**PLAN DE SALUD DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL)
SALUD MENTAL 2013-2014**

PARTE II – MEDICAMENTOS POR CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA**AGENTES PSICOTRÓPICOS****1.0 ANTIDEPRESIVOS****1.1 TRICÍCLICOS**

\$	Amitriptyline tab.	Elavil
\$	Nortriptyline cap., sol.	Pamelor, Aventyl
\$	Doxepin cap., conc.	Sinequan
\$	Clomipramine cap.	Anafranil
\$	Imipramine HCL tab.	Tofranil
\$	Desipramine tab.	Norpramin

1.2 INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)

\$	Fluoxetine cap. (10mg, 20mg)	Prozac
\$	Citalopram tab.	Celexa
\$	Sertraline tab.	Zoloft
\$	Escitalopram tab.	Lexapro
\$	Paroxetine tab. (20mg, 30mg, 40mg)	Paxil
\$\$	Escitalopram sol.	Lexapro

Negrilla (Bold) - Alternativa genérica bioequivalente disponible

Negrilla (Bold)* -Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

PA – Requiere Pre-Autorización

P – Medicamento de Marca Contratado

LC –Límite en la Cantidad a Despachar

AL –Límite de Edad

ST - Step therapy, Protocolo clínico para su uso

1.3 INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA & NOREPINEFRINA (SNRI)

\$\$	Venlafaxine tab.	Effexor	
\$\$	Venlafaxine XR 24hr cap.	Effexor XR	
\$\$\$	Duloxetine cap.	Cymbalta	PA, P

1.4 ANTIDEPRESIVOS MISCELÁNEOS

\$	Mirtazapine tab.	Remeron	
\$	Bupropion tab.	Wellbutrin	
\$	Trazodone tab. (50mg, 100mg, 150mg)	Desyrel	
\$\$\$	Bupropion SR 12hr tab.	Wellbutrin SR	

2.0 ANTIPSICÓTICOS

2.1 FENOTIAZINAS

\$	Fluphenazine decanoate inj.	Prolixin Decanoate	
\$	Fluphenazine* tab., elixir, conc.	Prolixin	
\$	Chlorpromazine* tab., CR cap., syrup, conc., supp.	Thorazine	
\$	Thiothixene* cap., conc.	Navane	
\$	Thioridazine* tab., susp., conc.	Mellaril	

Negrilla (Bold) - Alternativa genérica bioequivalente disponible

Negrilla (Bold)* -Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

PA – Requiere Pre-Autorización

P – Medicamento de Marca Contratado

LC –Límite en la Cantidad a Despachar

AL –Límite de Edad

ST - Step therapy, Protocolo clínico para su uso

2.2 BUTIROFENONAS

\$\$	Haloperidol* tab., conc.	Haldol
\$\$\$	Haloperidol decanoate inj.	Haldol Decanoate

2.3 ANTIPSICÓTICOS MISCELÁNEOS

\$\$\$	Loxapine cap.	Loxitane
--------	----------------------	----------

2.4 ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

\$	Clozapine tab.	Clozaril	PA
\$	Risperidone tab.	Risperdal	
\$	Quetiapine tab. (25mg, 50mg)	Seroquel	PA LC= 10 días
\$	Olanzapine tab.	Zyprexa	PA
\$	Olanzapine tab.	Zyprexa	PA
\$\$	Quetiapine tab. (excepto 25mg, 50mg)	Seroquel	PA
\$\$\$\$	Ziprasidone cap.	Geodon	PA
\$\$\$\$	Quetiapine ER tab.	Seroquel XR	PA, P
\$\$\$\$	Quetiapine ER tab. 50mg	Seroquel XR	PA, P LC= 3 días
\$\$\$\$\$	Aripiprazole tab.	Abilify	PA, P

Negrilla (Bold) - Alternativa genérica bioequivalente disponible

Negrilla (Bold)* -Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

PA – Requiere Pre-Autorización

P – Medicamento de Marca Contratado

LC –Límite en la Cantidad a Despachar

AL –Límite de Edad

ST - Step therapy, Protocolo clínico para su uso

3.0 ESTABILIZADORES DE ÁNIMO

\$	Lithium carbonate* cap., tab., CR tab. (300mg, 450mg)	Eskalith, Lithotabs, Lithobid, Lithonate, Eskalith CR
\$	Valproate sodium syr.	Depakene
\$\$	Lithium citrate syrup	Lithium
\$\$	Valproic acid cap.	Depakene
\$\$	Divalproex sodium* EC tab., sprinkle cap.	Depakote
\$\$	Lamotrigine chew disp. tab.	Lamictal CD
\$\$	Lamotrigine tab.	Lamictal
\$\$	Divalproex sodium extended release tab.	Depakote ER

4.0 ANSIOLÍTICOS / HIPNÓTICOS**4.1 BENZODIAZEPINAS**

\$	Clonazepam tab.	Klonopin
\$	Flurazepam cap.	Dalmane
\$	Temazepam* cap.	Restoril
\$	Chlordiazepoxide cap.	Librium
\$	Estazolam tab.	Prosom

Negrilla (Bold) - Alternativa genérica bioequivalente disponible

Negrilla (Bold)* -Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

PA – Requiere Pre-Autorización

P – Medicamento de Marca Contratado

LC –Límite en la Cantidad a Despachar

AL –Límite de Edad

ST - Step therapy, Protocolo clínico para su uso

\$	Clorazepate tab.	Tranxene	
\$	Lorazepam* tab., conc.	Ativan	
\$	Alprazolam* tab., conc. (excepto 2mg tab.)	Xanax	
\$	Diazepam* tab., sol., conc.	Valium	
\$\$	Oxazepam cap.	Serax	
4.2	ANTIISTAMÍNICOS SEDANTES		
\$	Hydroxyzine pamoate cap.	Vistaril	
\$	Diphenhydramine cap. (50mg)	Benadryl	
\$\$\$	Hydroxyzine pamoate susp.	Vistaril	
4.3	HIPNÓTICOS		
\$	Zolpidem cap.	Ambien	
5.0	PSICOESTIMULANTES		
5.1	AMINAS SIMPATOMIMÉTICAS		
\$	Dextroamphetamine tab.	Dexedrine	AL (4-18)
\$	Methylphenidate tab.	Ritalin	AL (6-18)
\$\$	Methylphenidate CR tab.	Metadate ER	AL (6-18)
		Ritalin SR	AL (6-18)

Negrilla (Bold) - Alternativa genérica bioequivalente disponible

Negrilla (Bold)* -Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

PA – Requiere Pre-Autorización

P – Medicamento de Marca Contratado

LC –Límite en la Cantidad a Despachar

AL –Límite de Edad

ST - Step therapy, Protocolo clínico para su uso

\$\$	Amphetamine/ Dextroamphetamine tab.	Adderall	AL (4-18)
\$\$	Dextroamphetamine SR 24hr cap.	Dexedrine	AL (4-18)
\$\$	Dexmethylphenidate regular release tab.	Focalin	AL (6-18)
\$\$\$	Dexmethylphenydate cap.	Focalin XR	ST, AL (6-18)
\$\$\$	Methylphenidate CR cap. (Modified-release)	Metadate CD	ST, AL (6-18)

5.2 INHIBIDOR DE LA RECAPTACIÓN SELECTIVA DE NOREPINEFRINA

\$\$\$\$	Atomoxetine cap.	Strattera	PA, P, AL (6-18)
----------	------------------	-----------	-----------------------------

6.0 ANTICOLINÉRGICOS

\$	Benztropine tab.	Cogentin	
----	-------------------------	----------	--

7.0 TRATAMIENTO DE DETOX

\$	Thiamine tab. (100mg)		LC= 7 días
\$	Ibuprofen tab. (800mg)	Motrin	LC= 7 días
\$	Acido fólico tab. (1mg)		LC= 7 días
\$	Loperamide cap. (2mg)	Imodium	LC= 7 días
\$	Clonidine tab. (0.1 mg)	Catapress	LC= 7 días

Negrilla (Bold) - Alternativa genérica bioequivalente disponible

Negrilla (Bold)* -Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

PA – Requiere Pre-Autorización

P – Medicamento de Marca Contratado

LC –Límite en la Cantidad a Despachar

AL –Límite de Edad

ST - Step therapy, Protocolo clínico para su uso

8.0 MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO RELACIONADO AL ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUBSTANCIAS

Este medicamento será cubierto a través de ASSMCA, según disponibilidad del mismo.

\$	Methadone tab., disp. tab., sol., conc.		ASSMCA
\$\$	Buprenorphine sl. tab.	Subutex	PA
\$\$\$	Buprenorphine/ naloxone sl. film	Suboxone	PA, P

Revisado 12/21/2012

Negrilla (Bold) - Alternativa genérica bioequivalente disponible

Negrilla (Bold)* -Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

PA – Requiere Pre-Autorización

P – Medicamento de Marca Contratado

LC –Límite en la Cantidad a Despachar

AL –Límite de Edad

ST - Step therapy, Protocolo clínico para su uso

**PRODUCTOS CON
LÍMITE DE CANTIDAD DE DESPACHO**

1. Antipsicóticos

Producto	Nombre genérico	Límite
Seroquel 25mg, Seroquel 50mg	Quetiapine tab.	Máximo 10 días
Seroquel XR 50mg	Quetiapine ER tab.	Máximo 3 días

2. Hipnóticos

Producto	Nombre genérico	Límite
Ambien	Zolpidem tab.	Máximo 30 días

2. Tratamiento de Detox

Producto	Nombre genérico	Límite
	Thiamine tab. (100mg)	Máximo 7 días de terapia
Motrin	Ibuprofen tab. (800mg)	Máximo 7 días de terapia
	Acido Fólico tab. (1mg)	Máximo 7 días de terapia
Imodium	Loperamide cap. (2mg)	Máximo 7 días de terapia
Catapress	Clonidine tab. (0.1mg)	Máximo 7 días de terapia

Negrilla (Bold) - Alternativa genérica bioequivalente disponible

Negrilla (Bold)* -Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

PA – Requiere Pre-Autorización

P – Medicamento de Marca Contratado

LC –Límite en la Cantidad a Despachar

AL –Límite de Edad

ST - Step therapy, Protocolo clínico para su uso

INDICE

A

Abilify.....	3
Acido fólico.....	6
Adderall.....	6
Alprazolam.....	5
Amitriptyline.....	1
Amphetamine/ Dextroamphetamine....	6
Anafranil.....	1
Aripiprazole.....	3
Ativan.....	5
Atomoxetine.....	6
Aventyl.....	1

B

Benadryl.....	5
Benzotropine.....	6
Buprenorphine.....	7
Buprenorphine/naloxone....	7
Bupropion.....	2
Bupropion SR.....	2

C

Catapress.....	6
Celexa.....	1
Chlordiazepoxide.....	4
Chlorpromazine.....	2
Citalopram.....	1
Clomipramine.....	1
Clonazepam.....	4
Clonidine.....	6
Clorazepate.....	5
Clozapine.....	3
Clozaril.....	3
Cogentin.....	6
Concerta.....	5
Cymbalta.....	2

D

Dalmane.....	4
Decanoate.....	2
Depakene.....	4
Depakote.....	4
Depakote ER.....	4
Desipramine.....	1
Desyrel.....	2
Dexedrine.....	5, 6
Dexmethylphenidate.....	6
Dexmethylphenidate regular release.....	6
Dextroamphetamine.....	5
Dextroamphetamine SR....	6
Diazepam.....	5
Diphenhydramine.....	5
Divalproex sodium.....	4
Divalproex sodium EC.....	4
Doxepin.....	1
Duloxetine.....	2

E

Elavil.....	1
Effexor.....	2
Effexor XR.....	2
Escitalopram.....	1
Eskalith.....	4
Eskalith CR.....	4
Estazolam.....	4

F

Fluoxetine.....	1
Fluphenazine.....	2
Fluphenazine decanoate.....	2
Flurazepam.....	4
Focalin.....	6

INDICE

Focalin XR.....	6	Loxitane.....	3
G		M	
Geodon.....	3	Mellaril.....	2
H		Metadate CD.....	6
Haldol.....	3	Metadate ER.....	5
Haldol decanoate.....	3	Methadone.....	7
Haloperidol.....	3	Methylphenidate.....	5
Haloperidol decanoate.....	3	Methyphenidate CR.....	5
Hydroxyzine pamoate.....	5	Methyphenidate CR cap (Modified-Release).....	5, 6
I		Mirtazapine.....	2
Ibuprofen.....	6	Motrin.....	6
Imipramine.....	1	N	
Imodium.....	6	Navane.....	2
K		Nortriptyline.....	1
Klonopin.....	4	Norpramin.....	1
L		O	
Lamictal.....	4	Olanzapine.....	3
Lamictal CD.....	4	Oxazepam.....	5
Lamotrigine.....	4	P	
Lamotrigine chew disp.....	4	Pamelor.....	1
Lexapro.....	1	Paroxetine.....	1
Librium.....	4	Paxil.....	1
Lithium.....	4	Perphenazine.....	3
Lithium carbonate.....	4	Prolixin.....	2
Lithium citrate.....	4	Prolixin decanoate.....	2
Lithobid.....	4	Prosom.....	4
Lithonate.....	4	Prozac.....	1
Lithotabs.....	4	Q	
Loperamide.....	6	Quetiapine.....	3
Lorazepam.....	5	Quetiapine ER.....	3
Loxapine.....	3		

INDICE

R

Remeron.....	2
Restoril.....	4
Risperidone.....	3
Risperdal.....	3
Ritalin.....	5
Ritalin SR.....	5

S

Serax.....	5
Seroquel.....	3
Seroquel XR.....	3
Sertraline.....	1
Sertraline conc.....	2
Sinequan.....	1
Stelazine.....	3
Strattera.....	6
Subutex.....	7
Suboxone.....	7

T

Temazepam.....	4
Thiamine.....	6
Thiothixene.....	2
Thioridazine.....	2
Thorazine.....	2
Tofranil.....	1
Tranxene.....	5
Trazodone.....	2
Trifluoperazine.....	3
Trilafon.....	3

V

Valium.....	5
Valproate sodium.....	4
Valproic acid.....	4

Venlafaxine.....	2
Venlafaxine XR.....	2
Vistaril.....	5

W

Wellbutrin.....	2
Wellbutrin SR.....	2

X

Xanax.....	5
------------	---

Z

Ziprasidone.....	3
Zoloft.....	1, 2
Zolpidem.....	5
Zyprexa.....	3

