

Programa de Medicamentos Genéricos

1

7 de noviembre de 2008

Medicamento	Cantidad	Medicamento	Cantidad
Alergia y Catarro		Medicamento	
Loratadine 10mg tab	30	Ibuprofen 100mg/5ml susp	120ml
Loratadine 5mg/5ml syr	120ml	Ibuprofen 400mg tab	90
Benzonatate 100mg cap	14	Ibuprofen 600mg tab	60
Ceron DM syr	120ml	Ibuprofen 800mg tab	30
Ceron Drops 1oz (botella de 30ml) †	1	Indomethacin 25mg cap	60
Promethazine DM syr	120ml	Meloxicam 15mg tab	30
Antibiótico		Meloxicam 7.5 mg tab	30
Amoxicillin 125mg/5ml (botella de 80ml) †	1	Naproxen 375mg tab	60
Amoxicillin 125mg/5ml (botella de 100ml) †	1	Naproxen 500mg tab	60
Amoxicillin 125mg/5ml (botella de 150ml) †	1	Piroxicam 20mg cap	30
Amoxicillin 200mg/5ml (botella de 50ml) †	1	Salsalate 500mg tab	60
Amoxicillin 200mg/5ml (botella de 75ml) †	1	Tramadol HCl 50mg tab	30
Amoxicillin 200mg/5ml (botella de 100ml) †	1	Asma	
Amoxicillin 250mg/5ml (botella de 80ml) †	1	Albuterol 0.5% soln (botella de 20ml) †	1
Amoxicillin 250mg/5ml (botella de 100ml) †	1	Albuterol 0.083% soln (25x3ml vials) †	1
Amoxicillin 250mg/5ml (botella de 150ml) †	1	Albuterol 2mg tab	90
Amoxicillin 250mg cap	30	Albuterol 2mg/5ml syr	120ml
Amoxicillin 400mg/5ml (botella de 50ml) †	1	Albuterol 4mg tab	60
Amoxicillin 400mg/5ml (botella de 75ml) †	1	Ipratropium Bromide 0.2% soh (25x2.5ml vials) †	1
Amoxicillin 400mg/5ml (botella de 100ml) †	1	Salud Cardiovascular	
Amoxicillin 500mg cap	30	Amiloride/Hctz 5-50 tab	30
Amoxil 50mg/ml drops (botella de 30ml) †	1	Atenolol/Chlorthalidone 50-25mg tab	30
Cephalexin 250mg cap	28	Atenolol/Chlorthalidone 100-25mg tab	30
Cephalexin 500mg cap	30	Atenolol 25mg tab	30
Ciprofloxacin 250mg tab	14	Atenolol 50mg tab	30
Ciprofloxacin 500mg tab	20	Atenolol 100mg tab	30
Doxycycline Hyc. 100mg cap	20	Benazepril 5mg tab	30
Doxycycline Hyc. 100mg tab	20	Benazepril 10mg tab	30
Doxycycline Hyc. 50mg cap	20	Benazepril 20mg tab	30
Erythrocyne 250mg tab	40	Benazepril 40mg tab	30
Erythromycin 250mg cap	28	Bisoprolol/Hctz 10/6.25mg tab	30
Metronidazole 250mg tab	28	Bisoprolol/Hctz 2.5/6.25mg tab	30
Metronidazole 500mg tab	14	Bisoprolol/Hctz 5/6.25mg tab	30
Penicillin VK 125mg/5ml (botella de 200ml) †	1	Bumetanide 0.5mg tab	30
Penicillin VK 250mg/5ml (botella de 100ml) †	1	Bumetanide 1mg tab	30
Penicillin VK 250mg tab	28	Captopril 100mg tab	60
SMZ/TMP DS 800/160 tab	20	Captopril 12.5mg tab	60
SMZ/TMP 200mg/40mg/5ml	120ml	Captopril 25mg tab	60
SMZ/TMP 400/80 tab	28	Captopril 50mg tab	60
Tetracycline 250mg cap	60	Carvedilol 3.125mg tab	60
Tetracycline 500mg cap	60	Carvedilol 6.25mg tab	60
Antifungales		Carvedilol 12.5mg tab	60
Fluconazole 150mg tab	1	Carvedilol 25mg tab	60
Nystatin/Triamcinolone cr (tubo de 15gm) †	1	Chlorthalidone 25mg tab	30
Nystatin/Triamcinolone cr (tubo de 30gm) †	1	Chlorthalidone 50mg tab	30
Nystatin/Triamcinolone oint (tubo de 15gm) †	1	Clonidine 0.1mg tab	30
Nystatin 100000U cr (tubo de 15gm) †	1	Clonidine 0.2mg tab	30
Nystatin 100000U cr (tubo de 30gm) †	1	Digitek 0.125mg tab	30
Nystatin 100000U oint (tubo de 15gm) †	1	Digitek 0.25mg tab	30
Nystatin 100000U oint (tubo de 30gm) †	1	Diltiazem 120mg tab	30
Terbinafine 250mg tab	30	Diltiazem 30mg tab	60
Antivirales		Diltiazem 60mg tab	60
Acyclovir 200mg cap	30	Diltiazem 90mg tab	60
Artritis y Analgésicos		Doxazosin 1mg tab	30
Allopurinol 100mg tab	30	Doxazosin 2mg tab	30
Allopurinol 300mg tab	30	Doxazosin 4mg tab	30
Baclofen 10mg tab	30	Doxazosin 8mg tab	30
Colchicine 0.6mg tab	30	Enalapril/Hctz 5-12.5mg tab	30
Cyclobenzaprine 5mg tab	30	Enalapril 10mg tab	30
Cyclobenzaprine 10mg tab	30	Enalapril 2.5mg tab	30
Dexamethasone 0.5mg tab	30	Enalapril 20mg tab	30
Dexamethasone 0.75mg tab	12	Enalapril 5mg tab	30
Dexamethasone 4mg tab	6	Furosemide 20mg tab	30
Diclofenac Sodium 75mg tab	60	Furosemide 40mg tab	30

“El programa de medicamentos incluye un suplido de hasta 30 días por \$4 de ciertos medicamentos genéricos cubiertos, en las dosis comúnmente recetadas. El Programa de Medicamentos también incluye un suplido de hasta 30 días por \$10 de ciertos medicamentos para la salud de la mujer y otros medicamentos genéricos cubiertos, en las dosis comúnmente recetadas. Ciertas restricciones aplican. **Vea samsclubpr.com o su farmacéutico Sam’s para detalles”.**

†Los medicamentos pre-empacados están cubiertos solo en las unidades de tamaño especificadas en la Lista de Medicamentos. **Vea samsclubpr.com o su farmacéutico Sam’s para detalles”.**

Programa de Medicamentos Genéricos

3

7 de noviembre de 2008

Medicamento	Cantidad	Medicamento	Cantidad
Hormonas		Tiroide	
Estradiol 0.5mg tab	30	Levothyroxine 25mcg tab	30
Estradiol 1mg tab	30	Levothyroxine 50mcg tab	30
Estradiol 2mg tab	30	Levothyroxine 75mcg tab	30
Estropipate 0.75mg tab	30	Levothyroxine 88mcg tab	30
Estropipate 1.5mg tab	30	Levothyroxine 100mcg tab	30
Medroxyprogesterone Acetate 10mg	10	Levothyroxine 125mcg tab	30
Medroxyprogesterone Acetate 2.5mg	30	Levothyroxine 137mcg tab	30
Medroxyprogesterone Acetate 5mg	30	Levothyroxine 150mcg tab	30
Otras Condiciones Médicas		Levothyroxine 175mcg tab	30
Chlorhexidine Gluconate 0.12% soln (botella de 473ml)†	1	Levothyroxine 200mcg tab	30
Hydrocortisone Acet. 25mg sup	12	Vitaminas	
Isoniazid 300mg tab	30	Ethedent 0.25mg chw tab (botella de 120 tabletas)†	1
Lidocaine 2% Viscous Soln (botella de 100ml)†	1	Folic Acid 1mg tab	30
Meclizine 12.5mg tab	60	Klorcon 10 10mEq ER tab	30
Megestrol 20mg tab	30	Klorcon 8 8mEq ER tab	30
Methylprednisolone 4mg DosePak (21 tabletas)	1	Klorcon M10 tab	30
Methylprednisolone 4mg tab	21	Mag Oxide 400mg tab	30
Oxybutynin 5mg tab	60	Mag64 64mg tab	60
Phenazopyridine 200mg tab	30	Multi Vita 0.25mg chw tab	30
Prednisone 2.5mg tab	30	Multi Vita/FL/FE chw tab	30
Prednisone 5mg tab	30	Natalcare PIC tab	30
Prednisone 10mg tab	30	Natalcare Plus tab	30
Prednisone 20mg tab	30	Pot Chloride 10% Liquid	473ml
Salud Menat		Prenatal Rx tab	30
Amitriptyline 10mg tab	30	Planificación Familiar (\$10)	
Amitriptyline 25mg tab	30	Sprintec 28-day tab	28
Amitriptyline 50mg tab	30	Tri-Sprintec 28-day tab	28
Amitriptyline 75mg tab	30	Clomiphene 50mg tab	5
Amitriptyline 100mg tab	30		
Benztrapine 2mg tab	30		
Buspirone 5mg tab	60		
Buspirone 10mg tab	60		
Carbamazepine 200mg tab	60		
Citalopram 20mg tab	30		
Citalopram 40mg tab	30		
Doxepin HCl 100mg cap	30		
Doxepin HCl 10mg cap	30		
Doxepin HCl 25mg cap	30		
Doxepin HCl 50mg cap	30		
Doxepin HCl 75mg cap	30		
Fluoxetine 10mg cap	30		
Fluoxetine 20mg cap	30		
Fluoxetine 40mg cap	30		
Fluphenazine 1mg tab	30		
Haloperidol 0.5mg tab	30		
Haloperidol 1mg tab	30		
Haloperidol 2mg tab	30		
Haloperidol 5mg tab	30		
Hydroxizine HCl 10mg/5ml liq	120ml		
Lithium Carbonate 300mg cao	90		
Nortriptyline 10mg cap	30		
Nortriptyline 25mg cap	30		
Paroxetine 10mg tab	30		
Paroxetine 20mg tab	30		
Prochlorperazine 10mg tab	30		
Thioridazine 25mg tab	30		
Thioridazine 50mg tab	30		
Thiotixene 2mg cap	30		
Trazodone 100mg tab	30		
Trazodone 150mg tab	30		
Trazodone 50mg tab	30		
Trihexyphenidil 2mg tab	60		

“El programa de medicamentos incluye un suplido de hasta 30 días por \$4 de ciertos medicamentos genéricos cubiertos, en las dosis comúnmente recetadas. El Programa de Medicamentos también incluye un suplido de hasta 30 días por \$10 de ciertos medicamentos para la salud de la mujer y otros medicamentos genéricos cubiertos, en las dosis comúnmente recetadas. Ciertas restricciones aplican. **Vea samsclubpr.com o su farmacéutico Sam’s para detalles**”.

†Los medicamentos pre-empacados están cubiertos solo en las unidades de tamaño especificadas en la Lista de Medicamentos. **Vea samsclubpr.com o su farmacéutico Sam’s para detalles**”.

7 de noviembre de 2008

DETALLES DEL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS DE WAL-MART

1. El Programa de Medicamentos de Wal-Mart (el “Programa”) está disponible en todas las farmacias Walmart, Sam’s Club y Amigo en Puerto Rico (“Farmacia Wal-Mart”).
2. El Programa aplica solamente a ciertos medicamentos genéricos en las dosis comúnmente recetadas. Usted puede obtener la lista de medicamentos genéricos y dosis cubiertas bajo el Programa (“Lista de Medicamentos”) en walmartpr.com, samsclubpr.com o en cualquier Farmacia Wal-Mart. La Lista de Medicamentos puede cambiar. No todas las formulaciones de un medicamento (por ejemplo, los medicamentos con cubierta protectora (enteric coated) , formulados para acción extendida o efecto prolongado) están cubiertas bajo el Programa,.
3. Bajo el Programa, \$4 es el precio por un suplido de hasta 30 días de ciertos medicamentos genéricos cubiertos, en las dosis comúnmente recetados (El “Programa de \$4”). Los precios para cantidades mayores a un suplido de hasta 30 días de medicamentos cubiertos por el Programa de \$4 serán prorrateados a base del precio del Programa de \$4. El precio prorrateado no está disponible bajo este Programa para los medicamentos pre-empacados. Para la política de precios de los medicamentos pre-empacados (tales como tubos, ampollas o botellas), Vea la sección 5.
4. Bajo el Programa, \$10 es el precio para un suplido de hasta 30 días de ciertos medicamentos para la salud de la mujer y otros medicamentos genéricos cubiertos, en las dosis comúnmente recetados. (el “Programa de \$10”) El precio para cantidades mayores al suplido de hasta 30 días será prorrateado basado en el precio del Programa de \$10. Los precios prorrateados no están disponibles en este Programa para los medicamentos pre-empacados. Para la política de precios de los medicamentos pre-empacados, Vea la sección 5.
5. Los medicamentos pre-empacados están cubiertos bajo el Programa solamente en las unidades de tamaño especificados en la Lista de Medicamentos. Los medicamentos pre-empacados se despachan basados en las cantidades recetadas y las unidades de tamaños disponibles en el inventario de la farmacia. Unidades de tamaños no especificadas en la Lista de Medicamentos no están cubiertas bajo el Programa. La compra de unidades múltiples se cobrará al precio por unidad, basado en el precio por unidad de tamaño despachada, a menos que se indique lo contrario. Los medicamentos pre-empacados despachados en unidades de tamaño no especificadas en la Lista de Medicamentos pueden tener un precio mayor, aún cuando haya cantidades equivalentes del medicamento disponibles en las unidades de tamaño especificadas. Bajo el Programa, no serán prorrateados los precios de los medicamentos pre-empacados.
6. Los precios del Programa pueden estar limitados a ciertos fabricantes selectos de un medicamento cubierto y estarán disponibles mientras duren las existencias de dicho medicamento del fabricante selecto en el inventario de la farmacia.
7. Usted podría pagar más o menos del precio del Programa, dependiendo de los co-pagos, deducibles y otros términos aplicables de su plan de salud.
8. Las recetas deben ser inicialmente entregadas en persona. Las repeticiones deben ser recogidas en las tiendas. No hay sustitución de medicamentos ni órdenes por correo.
9. Estos Detalles del programa están sujetos a cambios sin previa notificación. Los cambios a estos Detalles del Programa se podrán hacer solamente por escrito.

80433970.5

“El programa de medicamentos incluye un suplido de hasta 30 días por \$4 de ciertos medicamentos genéricos cubiertos, en las dosis comúnmente recetadas. El Programa de Medicamentos también incluye un suplido de hasta 30 días por \$10 de ciertos medicamentos para la salud de la mujer y otros medicamentos genéricos cubiertos, en las dosis comúnmente recetadas. Ciertas restricciones aplican. **Vea samsclubpr.com o su farmacéutico Sam’s para detalles**”.

†Los medicamentos pre-empacados están cubiertos solo en las unidades de tamaño especificadas en la Lista de Medicamentos. **Vea samsclubpr.com o su farmacéutico Sam’s para detalles**”.