

Carta Trámite

5 de septiembre de 2024

A: Todos los Proveedores Contratados por First Medical Health Plan, Inc., para el Plan Vital

Re: Carta Normativa 24-0830-4 Inclusiones de Medicamentos al Subformulario VIH/SIDA

Estimado(a) Proveedor(a):

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc., (FMHP).

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Normativa 24-0830-4 de la Administración de Seguros de Salud, ASES.

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa que, efectivo el **3 de septiembre de 2024** se incluyen medicamentos al Formulario de Medicamentos en la Cubierta del Plan de Salud Vital.

La ASES recuerda que, como regla general, la cubierta de farmacia es **genérico bioequivalente mandatorio** o el intercambio por genérico bioequivalente clasificado "AB" por la Administración de Alimentos y Drogas, (FDA, por sus siglas en inglés).

Para detalles específicos sobre la información provista por la ASES, le exhortamos a leer detenidamente la Carta Normativa 24-0830-4 Inclusiones de Medicamentos al Subformulario VIH/SIDA.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita información adicional relacionada a este comunicado, siéntase en la libertad de comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al número libre de cargos 1-844-347-7802 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También, puede acceder a nuestra página electrónica www.firstmedicalvital.com.

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento
First Medical Health Plan, Inc.



Carta Normativa 24-0830 - 4

30 de agosto de 2024

A: Farmacias, Grupos Médicos Primarios, Proveedores Participantes del Plan Vital, Aseguradoras y Administrador del Beneficio de Farmacia

Asunto: Inclusiones de medicamentos al subformulario VIH/SIDA

A continuación, se detallan los cambios al Formulario de Medicamentos en la Cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico (PSG). Estos cambios serán efectivos el **3 de septiembre de 2024**.

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de Referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Ceftriaxone 250 mg, 500mg inj.	Rocephin®		VIH/ SIDA
Ribavirine 200mg tab.			VIH/ SIDA
Xylocaine 1% inj			VIH/ SIDA
Valacyclovir 500mg, 1000mg (1gm)	Valtrex®		VIH/ SIDA
Ibuprofen 400mg tab., 600mg tab			VIH/ SIDA
Naproxen 250mg tab. 375mg tab 500mg tab.			VIH/ SIDA
Atrovent HFA® inh aerosol		PA	VIH/ SIDA
Atorvastatin 10mg tab, 20mg tab, 40mg tab, 80mg tab	Lipitor®		VIH/ SIDA
Simvastatin 5mg tab, 10mg tab, 20mg tab, 40mg tab 80mg tab	Zocor®		VIH/ SIDA
Rosuvastatin 5mg tab, 10mg tab, 20mg tab, 40mg tab.	Crestor®		VIH/ SIDA
Econazole nitrate 1% cr.	Spectazole®		VIH/ SIDA
Omeprazole 10mg. Cap, 20mg cap. 40mg cap.			VIH/ SIDA
Triamcinolone acetonide orabase	Kenalog® orabase		VIH/ SIDA
Clotrimazole-Betamethasone External Cream 1-0.05 % 15g. 30gm, 45gm	Lotrisone®		VIH/ SIDA
Ketoconazole cream 2%	Nizoral®		VIH/ SIDA
Loratadine 10mg tab.	Claritin®		VIH/ SIDA
Omega 3 acid Ethyl Esters Oral Capsule 1gm	Lovaza®		VIH/SIDA

Como regla general, la cubierta de beneficio de farmacia es **genérico bioequivalente mandatorio** o el intercambio por genérico bioequivalente clasificados "AB" por la Administración de Alimentos y Drogas, FDA por sus siglas en inglés.

Cordialmente,

Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS
Directora Ejecutiva