

Carta Trámite

18 de diciembre de 2024

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

Re: Carta Normativa 24-1217 Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)

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 24-1217 de la Administración de Seguros de Salud, ASES.

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa que, efectivo el **13 de enero de 2025**, se añaden a la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) los siguientes medicamentos *Tenofovir Disoproxil Fumarate Oral Tablet 300 MG*, *Lactulose Oral Solution 10 GM/15ML* y *Lactulose Oral Solution 20 GM/30ML*; por otra parte, se remueve del PDL el medicamento *Colchicine Oral Capsule 0.6 MG*.

La ASES recuerda que, como regla general, la cubierta de farmacia es genérico 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 24-1217 Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL).

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 24-1217

17 de diciembre de 2024

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

Asunto: Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)

A continuación, se detallan los cambios al formulario de Medicamentos en la Cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico. Estos cambios serán efectivos el 13 de enero de 2025.

- (1) Los siguientes medicamentos se añaden al formulario en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación:

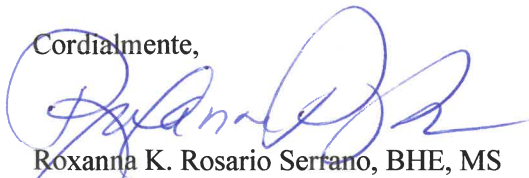
Nombre del medicamento que entra al	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Tenofovir Disoproxil Fumarate Oral Tablet 300 MG	Viread®	PA	Salud Física. OB-GYN
Lactulose Oral Solution 10 GM/15ML	Duphalac®	--	Salud Física
Lactulose Oral Solution 20 GM/30ML	Duphalac®	--	Salud Física

- (2) El siguiente medicamento se remueve del PDL:

Nombre del medicamento	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario al que se incluye
Colchicine Oral Capsule 0.6 MG	Mitigare®	PA	Non PDL

Recuerden que, como regla general, la cubierta del beneficio de farmacia es genérico mandatorio o el **intercambio** por genérico bioequivalente clasificado “AB” por la Administración de Alimentos y Drogas, FDA por sus siglas en inglés.

Cordialmente,



Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS
Directora Ejecutiva