

## Carta Trámite

20 de diciembre de 2024

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

**Re: Carta Normativa 24-1220 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 24-1220 de la Administración de Seguros de Salud, ASES.

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa que, efectivo el **30 de diciembre de 2024**, se añade a la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) el medicamento *Capvaxive Intramuscular Solution Prefilled 0.5 ML*.

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 24-1220 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](http://www.firstmedicalvital.com).

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento  
First Medical Health Plan, Inc.



## Carta Normativa 24-1220

20 de diciembre de 2024

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

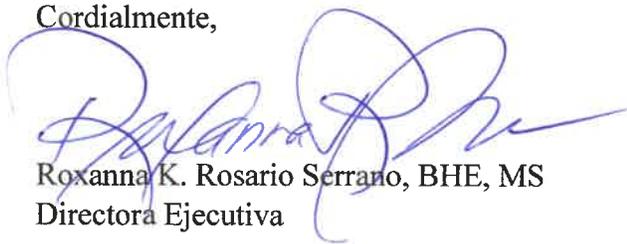
**Asunto:** Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)

A continuación, se detallan los cambios al Formulario de Medicamentos en la Cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico (PSV). Estos cambios serán efectivos el **30 de diciembre de 2024**.

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Capvaxive Intramuscular Solution Prefilled Syringe 0.5 ML	--	AL	Salud Física

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