

Carta Trámite

10 de abril de 2025

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

Re: Carta Circular 25-0409 Cobertura de Pruebas PrEP HIV

Estimado(a) Proveedor(a):

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

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Circular 25-0409 de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, (ASES).

A través de esta Carta Circular, la ASES informa que, el pasado 30 de agosto de 2024, emitió la *Carta Normativa 24-0830-3 Inclusiones productos GPL-1, HIV PreP al PDL & Terapias Genéticas y Celulares en la cobertura por parte médica*. En esta normativa se implementó una nueva cobertura en el Plan de Salud Vital para el tratamiento y prevención del VIH. Esta cobertura, que entró en vigor el 1 de julio 2024, incluye la Profilaxis Preexposición al VIH (HIV PrEP), un tratamiento crucial para prevenir la transmisión del virus en personas con alto riesgo.

Esta cobertura incluye en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) el medicamento Apretude®. Este medicamento consta de una guía de administración específica. Según las directrices, antes de cada dosis de Apretude®, es necesario que los beneficiarios se realicen una prueba de HIV para asegurarse de que no estén infectados antes de continuar el tratamiento de prevención. Para más información, se incluyen enlaces de referencias:
<https://www.drugs.com/dosage/apretude.html>
https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2024/215499Orig1s004lbl.pdf

Por esta razón, la ASES recuerda la importancia de asegurar que todas las pruebas de VIH necesarias sean cubiertas sin restricciones, permitiendo a los beneficiarios continuar con el tratamiento de forma segura y efectiva.

Para detalles específicos, sobre la información provista por la ASES, le exhortamos a leer detenidamente la Carta Circular 25-0409, así como el anejo Carta Normativa 24-0830-3.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada a este comunicado y/o necesita información adicional, 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 Circular 25-0409

9 de abril de 2025

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

Re: Cobertura de Pruebas PrEP HIV

En la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), estamos comprometidos en promover la salud y bienestar de nuestros beneficiarios, asegurando la continuidad y el acceso a los servicios del Plan de Salud Vital.

Con la Carta Normativa 24-0830-3 por parte de la ASES, se implementó una nueva cobertura en el Plan de Salud Vital para el tratamiento y prevención del VIH. Esta cobertura, que entró en vigor el 1 de julio de 2024, incluye la Profilaxis Preexposición al VIH (HIV PrEP), una herramienta crucial para prevenir la transmisión del virus en personas con alto riesgo.

Dentro de esta nueva cobertura, el medicamento Aprelude® fue incluido en el listado de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés). Este medicamento tiene una guía de administración muy específica. Según las directrices, antes de cada dosis de Aprelude®, es necesario que los beneficiarios se realicen una prueba de VIH para asegurarse de que no estén infectados antes de continuar con el tratamiento de prevención.

Sin embargo, hemos advenido en conocimiento que los “Manage Care Organization” (MCOs, por sus siglas en inglés) están cubriendo la prueba inicial de VIH, pero están limitando las pruebas subsecuentes necesarias para la continuación del tratamiento con Aprelude®. Esto presenta un obstáculo serio para la efectividad del tratamiento y la prevención del VIH, ya que la falta de aprobación de las pruebas periódicas puede interrumpir el tratamiento y afectar la continuidad del servicio.

Es crucial que los MCOs cubran las pruebas requeridas y recomendadas por las guías clínicas con relación al medicamento Aprelude® para la prevención de VIH. Esto para que los beneficiarios puedan recibir sus dosis de manera continua y sin demoras. La interrupción del tratamiento podría poner en riesgo la salud de los beneficiarios, contraviniendo los objetivos de prevención del VIH que se busca alcanzar.



GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Por lo tanto, es imperativo que las aseguradoras, en colaboración con ASES, rectifiquen esta brecha en la cobertura y aseguren que todas las pruebas de VIH necesarias sean cubiertas sin restricciones, permitiendo a los beneficiarios continuar con el tratamiento de forma segura y efectiva.

Para más información, se incluyen enlaces de referencias:

<https://www.drugs.com/dosage/apretude.html>

https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2024/215499Orig1s004lbl.pdf

Cordialmente,

Milagros A. Soto Mejía
Gerente Principal de Operaciones Clínicas



Carta Normativa 24-0830-3

30 de agosto de 2024

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

RE: Inclusiones productos GPL-1, HIV PrEP al PDL & Terapias Genéticas y Celulares en la cobertura por parte médica

La Administración de Seguros de Salud (ASES) en su compromiso de mejorar la cubierta de medicamentos a nuestra población servida por el Plan Vital, deseamos anunciar que las siguientes cubiertas han sido incluidas con efectividad retroactiva al **1 de julio de 2024**.

I. Cobertura Profilaxis Pre-Exposición VIH (HIV PrEP)

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Emtricitabina/ Tenofovir 200-300mg tab	Truvada®	PA	Salud Física
Descovy® tab. 200-25mg		PA	Salud Física
Apretude® IM suspension ER 600mg/3ml		PA	Salud Física

MS
Nota: La metodología de pago de estos medicamentos será: AWP- 17.5% de descuento o MAC para los genéricos + tarifa de dispensación (*dispensing fee*) correspondiente a su farmacia. Esta metodología es aplicable solamente a las farmacias independientes, de CDT y hospital. Las entidades que compran a precios 340b recibirán un reembolso del costo más el *dispensing fee* acordado. El costo de estas terapias será pagado por el Plan Vital en su totalidad (*Non Risk Arrangement*).

II. GLP-1 para pacientes de obesidad mórbida

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Zepbound® SQ autoinector 2.5mg/0.5ml, 5mg/ 0.5ml, 7.5mg/ 0.5ml, 10mg/ 0.5ml, 12.5mg/ 0.5ml, 15mg/ 0.5ml,		PA	Salud Física
Wegovy® SQ autoinector 0.25mg/ 0.5ml, 0.5mg/ 0.5ml, 1mg/0.5ml, 1.7mg/ 0.75ml, 2.4mg/0.75		PA	Salud Física



III. Terapias Genéticas y Celulares

Plan Vital estará cubriendo Terapias Genéticas y Celulares. Los MCOs estarán pre autorizando las solicitudes caso a caso. Plan Vital está considerando la creación de protocolos clínicos estandarizados para estas condiciones y tratamientos.

Como regla general, la cubierta de beneficio de farmacia es genérico bioequivalente mandatorio como primera opción. Requiere el uso de genéricos clasificados "AB" por la Administración de Alimentos y Drogas, FDA por sus siglas en inglés.

Cordialmente,

Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS
Directora Ejecutiva