

## Carta Trámite

10 de junio de 2025

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

**Re: Carta Normativa 25-0606 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 25-0606 de la Administración de Seguros de Salud, ASES.

El pasado 6 de junio de 2025 la ASES emitió la Carta Normativa 25-0606 Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) donde detalla los medicamentos que se añadieron y se removieron del PDL, efectivo el **1 de julio de 2025**.

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), excepto aquellos medicamentos originales identificados en el PDL.

Para detalles específicos sobre la información provista por la ASES, le exhortamos a leer detenidamente la Carta Normativa 25-0606.

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 25-0606**

6 de junio de 2025

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

**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 **1 de julio de 2025**.

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Farxiga Oral Tablet 10 MG, 5MG	--	--	Salud Física
Epinephrine Injection Solution Auto-injector 0.15 mg/0.15ml	EpiPen	--	Salud Física
Epinephrine Injection Solution Auto-injector 0.15 mg/0.3ml			
Epinephrine Injection Solution Auto-injector 0.3 mg/ 0.3ml			

*Handwritten mark*

Los siguientes medicamentos se remueven del PDL como se detalla a continuación.

Nombre del medicamento que se remueve de PDL	Guía de Referencia	Formulario al que se incluye
Digox Oral Tablet 125 mcg, 250 mcg	--	Non PDL
Clonazepam Oral Tablet 2 mg <sup>1</sup>		

<sup>1</sup>Se removerá inmediatamente para pacientes nuevos. Se realizará un proceso de “deprescribing” para pacientes actuales.

Recuerden que los medicamentos cubiertos en el beneficio de farmacia son aquellos que están en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL), que como regla general es genérico mandatorio o el intercambio por genérico bioequivalente clasificado “AB” por la Administración de Alimentos y Drogas, FDA por sus siglas en inglés, excepto aquellos medicamentos originales identificados en el PDL.

Cordialmente,



Lymari Colón Rodríguez  
Directora Ejecutiva Interina