

Carta Trámite

18 de junio de 2025

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

Re: *Carta Normativa 25-0203-1-B Enmendada 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 25-0203-1-B Enmendada de la Administración de Seguros de Salud, (ASES).

A través de esta Enmienda, ASES informa que la lista de medicamentos previamente removidos según la Carta Normativa 25-0203-1-A será reincorporada al PDL para la población pediátrica de 4 a 11 años. Estos cambios serán efectivos a partir del **25 de junio de 2025**.

Medicamentos que se añaden en el PDL:

- *Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 100 MCG/ACT*
- *Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 250 MCG/ACT*
- *Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 50 MCG/ACT*
- *Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 44 MCG/ACT*
- *Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 110 MCG/ACT*
- *Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 220 MCG/ACT*

Además, la ASES ha decidido mantener estos medicamentos en PDL para ofrecer alternativas a la población pediátrica menor de 12 años que necesite usar un espaciador o una cámara de retención de volumen. La población pediátrica que no requiera espaciador, al igual que la población adulta, debe usar QVAR como primera opción.

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 Enmendada 25-0203-1-B y la Carta Normativa 25-0203-1-A Enmendada.

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 25-0203-1-B

12 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)

Esta normativa enmienda específicamente la lista de medicamentos previamente removidos conforme a la Carta Normativa 25-0203-1-A, los cuales serán reincorporados al PDL para la población pediátrica. 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 **25 de junio de 2025**.

Handwritten: Aged.

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario al que se incluye
Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 100 MCG/ACT	--	QL, AL ¹	Salud Física, FEI
Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 250 MCG/ACT	--		
Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 50 MCG/ACT	--		
Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 44 MCG/ACT	--		
Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 110 MCG/ACT	--		
Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 220 MCG/ACT	--		

¹Uso en pacientes pediátricos desde 4-11 años, QL= 1 dispositivo en 30 días

ASES decide mantener estos medicamentos en PDL para tener alternativa en población pediátrica <12 años que necesitan usar un espaciador o una cámara de retención de volumen. La población pediátrica que no requiera espaciador, así como la población adulta, deben usar QVAR como primera elección.

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



Carta Normativa 25-0203-1-A

11 de febrero 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)**

Esta Normativa enmienda la Carta Normativa 25-0203-1. 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 **24 de febrero de 2025**.

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Symbicort Inhalation Aerosol 160-4.5 MCG/ACT	--	QL	Salud Física, OBGyn
Symbicort Inhalation Aerosol 80-4.5 MCG/ACT	--	QL	Salud Física, OBGyn

Los siguientes medicamentos se remueven del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación:

Nombre del medicamento que se remueve de PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario al que se incluye
Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 100 MCG/ACT	--	PA	Non PDL
Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 250 MCG/ACT	--		
Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 50 MCG/ACT	--		
Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 44 MCG/ACT	--		
Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 110 MCG/ACT	--		
Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 220 MCG/ACT	--		

Se otorgará un periodo de gracia (grandfathering) de 120 días a partir de la fecha de efectividad de esta misiva, para aquellos beneficiarios que actualmente estén utilizando cualquiera de los medicamentos que serán removidos del PDL. Durante este periodo, beneficiario deberá consultar a su médico y obtener una nueva receta para el tratamiento disponible en el PDL.



GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

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