

Carta Trámite

23 de julio de 2025

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

Re: Carta Normativa 25-0721 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 25-0721 de la Administración de Seguros de Salud, ASSES.

A través de esta Carta Normativa la ASSES informa que, efectivo el 18 de agosto de 2025, se implementarán cambios en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés). Favor de hacer referencia a la carta normativa para el

Medicamentos que se añaden al PDL:

- *Simlandi Subcutaneous Auto-injector 40 mg/0.4ml*
- *Simlandi Subcutaneous Prefilled Syringe 80 mg/0.8ml*
- *Simlandi Subcutaneous Prefilled Syringe 20 mg/0.2ml*
- *Simlandi Subcutaneous Prefilled Syringe 40 mg/0.4ml*
- *Cyltezo Subcutaneous Auto-injector 40 mg/0.8ml*
- *Selarsdi Subcutaneous Solution 45 mg/0.5ml*
- *Selarsdi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45 mg/0.5ml*
- *Selarsdi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 90 mg/ml*
- *Selarsdi Intravenous Infusion 130 mg/26 ml (5mg/ml)*
- *Yesintek Subcutaneous Solution 45 mg/0.5ml*
- *Yesintek Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45mg/0.5ml*
- *Yesintek Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 90 mg/ml*
- *Yesintek Intravenous Infusion 130 mg/26 ml (5mg/ml)*

La ASSES exhorta a consultar el [Purple Book](#) para obtener información sobre el estatus de intercambiabilidad, con el fin de identificar qué dosis y presentaciones pueden ser intercambiables con el producto de referencia. Este proceso debe llevarse a cabo de acuerdo con la Ley de Farmacia vigente. Favor de hacer referencia al Artículo 5.04 sobre Medicamentos con requisitos especiales para su dispensación, en la categoría (d) Productos biológicos.

Medicamentos que se remueven del PDL:

- *Humira Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml*
- *Humira Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.4ml*

- *Humira Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.8ml*
- *Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 10 mg/0.1ml*
- *Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 20 mg/0.2ml*
- *Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.4ml*
- *Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.8ml*
- *Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 10 mg/0.2ml*
- *Humira-CD/UC/HS Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml*
- *Humira Pediatric Crohn's Starter Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.8ml*
- *Humira-Ps/UV/Adol HS Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.8ml*
- *Humira-Ped>=40kg Crohn's Start Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 80 mg/0.8ml*
- *Humira-Psoriasis/Uveit Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8 & 40mg/0.4ml*
- *Humira Pen Subcutaneous Pen-injector Kit 40 mg/0.8ml*
- *Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 20 mg/0.4ml*
- *Humira-Ped<40kg Crohn's Starter Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 80 mg/0.8ml & 40 mg/0.4ml*
- *Humira-CS/UH/HS Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.8ml*
- *Humira-Ped>=40 kg UC Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml*
- *Humira Pediatric Crohn's Start Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.8ml*

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 25-0721 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 25-0721

21 de julio 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 **18 de agosto de 2025**.

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Simlandi Subcutaneous Auto-injector 40 mg/0.4ml Simlandi Subcutaneous Prefilled Syringe 80 mg/0.8ml Simlandi Subcutaneous Prefilled Syringe 20 mg/0.2ml Simlandi Subcutaneous Prefilled Syringe 40 mg/0.4ml	Humira	PA	Salud Física
Cyltezo Subcutaneous Auto-injector 40 mg/0.8ml	Humira	PA	Salud Física
Selarsdi Subcutaneous Solution 45 mg/0.5ml Selarsdi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45 mg/0.5ml Selarsdi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 90 mg/mL Selarsdi Intravenous Infusion 130 mg/26 mL (5mg/ml)	Stelara	PA	Salud Física
Yesintek Subcutaneous Solution 45 mg/0.5ml Yesintek Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45mg/0.5ml Yesintek Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 90 mg/ml Yesintek Intravenous Infusion 130 mg/26 mL (5mg/mL)	Stelara	PA	Salud Física

Exhortamos a referirse al Purple Book para obtener información sobre el estatus de intercambiabilidad, con el fin de identificar qué dosis y presentaciones pueden ser intercambiables con el producto de referencia. Dentro de los productos biosimilares que se incluyen en el formulario existen varias presentaciones intercambiables incluidas en el *Purple Book* con los medicamentos de referencia Humira® y Stelara® lo cual facilita el proceso de intercambio. Les recordamos que este proceso debe realizarse conforme a la *Ley de Farmacia* vigente. Favor de hacer referencia al **Artículo 5.04 -Medicamentos con requisitos especiales para su dispensación a la categoría (d) Productos Biológicos**.

Los siguientes medicamentos se remueven del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL):

Nombre del medicamento que se remueve de PDL	Guía de Referencia	Formulario al que se incluye
Humira Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml Humira Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.4ml Humira Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.8ml Humira Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 10 mg/0.1ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 20 mg/0.2ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.4ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.8ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 10 mg/0.2ml Humira-CD/UC/HS Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml Humira Pediatric Crohn's Starter Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.8ml Humira-Ps/UV/Adol HS Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.8ml Humira-Ped>=40kg Crohn's Start Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 80 mg/0.8ml Humira-Psoriasis/Uveit Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml & 40mg/0.4ml Humira Pen Subcutaneous Pen-injector Kit 40 mg/0.8ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 20 mg/0.4ml Humira-Ped<40kg Crohn's Starter Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 80 mg/0.8ml & 40mg/0.4ml Humira-CD/UC/HS Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.8ml Humira-Ped>=40kg UC Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml Humira Pediatric Crohns Start Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.8ml	PA	Non PDL

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