

Carta Trámite

5 de diciembre de 2025

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

Re: *Carta Normativa 25-1203 Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) de GLP-1 para manejo de obesidad y Terapias Genéticas & Celulares (CGT por sus siglas en inglés)*

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 25-1203 de la Administración de Seguros de Salud (ASES).

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa que, efectivo el 1 de enero de 2026, se excluirán las Terapias Genéticas y Celulares (CGT, por sus siglas en inglés) y los medicamentos de GLP-1 indicados para el manejo de obesidad mórbida del beneficio de farmacia. Esto, con excepción de los medicamentos para el manejo de Atrofia Muscular Espinal (SMA): Spinraza®, Zolgensma® y Evrysdi®, y para la condición de Distrofia Muscular de Duchenne (DMD): Elevidys®, los cuales permanecerán bajo cubierta con requisito de pre-autorización.

Medicamentos excluidos del PDL bajo la categoría terapéutica GLP-1 para el manejo de obesidad mórbida:

- Zepbound® SQ autoinector 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml
- Wegovy® SQ autoinector 0.25mg/0.5ml, 0.5mg/0.5ml, 1mg/0.5ml, 1.7mg/0.75ml, 2.4mg/0.75ml

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 25-1203 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.

FMHP_PRV_25.80_88_S

Approved: 12/05/2025



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Carta Normativa 25 - 1203

3 de diciembre 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) de GLP-1 para manejo de obesidad y Terapias Genéticas & Celulares (CGT por sus siglas en inglés)

El 1ro de julio de 2024 la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico notificó la inclusión de las Terapias Genéticas y Celulares (CGT, por sus siglas en inglés) y los medicamentos de GLP-1 para manejo de obesidad mórbida en el beneficio de farmacia.

A partir del **1 de enero de 2026**, se excluirán los medicamentos antes indicados, con excepción de los medicamentos para Atrofia Muscular Espinal (SMA, por sus siglas en inglés Spinraza®; Zolgensma® y Evrysdi®) y para la condición de Distrofia Muscular de Duchenne (DMD por sus siglas en inglés: el tratamiento de Elevidys®). Estos medicamentos permanecen en la cubierta con requisito de pre-autorización.

Los medicamentos excluidos del PDL bajo la categoría terapéutica de GLP-1 para el tratamiento de obesidad mórbida son los siguientes:

Nombre del medicamento excluidos
Zepbound® SQ autoinector 2.5mg/0.5ml, 5mg/ 0.5ml, 7.5mg/ 0.5ml, 10mg/ 0.5ml, 12.5mg/ 0.5ml, 15mg/ 0.5ml
Wegovy® SQ autoinector 0.25mg/ 0.5ml, 0.5mg/ 0.5ml, 1mg/0.5ml, 1.7mg/ 0.75ml, 2.4mg/0.75

El medicamento GLP-1, Trulicity® permanece en el PDL para manejo de la diabetes tipo 2.

Cordialmente,

Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, JD, L.L.M., MSHA, FACHE, CHC
Director Ejecutivo