

Carta Trámite

30 de diciembre de 2025

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

Re: *Carta Normativa 25-1223 Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) de Plan Vital*

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 25-1223 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 implementarán cambios en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés).

Medicamentos que se añaden al PDL:

- *Ebglyss subcutaneous solution autoinjector 250mg/2ml& prefilled Syringe 250mg/2ml*
- *Trelstar Mixject Intramuscular Suspension Reconstituted 3.75mg, 11.25mg, 22.5mg*
- *Starjemza Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45mg/ 0.5ml, 90mg/ml,*
- *Starjemza Subcutaneous Solution 45ml/0.5ml,*
- *Starjemza Intravenous Solution 130mg/26ml*
- *Pyzchiva Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45mg/ 0.5ml, 90mg/ml,*
- *Pyzchiva Subcutaneous Solution 45mg/0.5ml,*
- *Pyzchiva Intravenous Solution 130mg/26ml,*
- *Pyzchiva Subcutaneous Solution Autoinjector 45mg/0.5ml, 90 mg/ml*
- *Aimovig Subcutaneous Solution Autoinjector 70mg/ml & 140mg/ml*
- *Adalimumab-adaz Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 10mg/0.1ml & 20mg/0.2ml Autoinjector 80mg/0.8ml*

Medicamentos que se tuvieron actualización en su criterio de pre-autorización en el PDL:

- *Dupixent 100 mg/0.67ml sc soln pfs, 200 mg/1.14ml sc soln pen-inj, 200 mg/1.14ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln pen-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs*
- *Simlandi Auto-injector 40mg/0.4ml, 80mg/0.8ml,*
- *Simlandi Subcutaneous Prefilled Syringe 40 mg/0.4ml, 20mg/0.2ml, 80mg/0.8ml*
- *Yusimry Subcutaneous Solution Auto-injector 40mg/0.8ml*
- *Amjevita Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 mg/0.4ml,*
- *Amjevita Subcutaneous Solution Auto-injector 80mg/0.8ml, 40mg/0.4ml*
- *Cyltezo Subcutaneous Auto-injector 40mg/0.8ml*

Medicamentos que se remueven del PDL:

- *Yesintek Subcutaneous Solution 45 mg/0.5ml,*
- *Yesintek Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45mg/0.5ml,90mg/ml,*
- *Yesintek Intravenous Solution 130 mg/26 ml*

La ASES recuerda que, los medicamentos cubiertos en el beneficio de farmacia son aquellos que están en el PDL, que como regla general es genérico mandatorio o el intercambio por genérico bioequivalente clasificado “AB” según el [Orange Book](#), excepto aquellos medicamentos originales identificados en el PDL. Para medicamentos biológicos, como regla general, deben utilizar biosimilares intercambiables incluidos en el PDL, según [Purple Book](#).

Para detalles específicos sobre la información provista por la ASES, le exhortamos a leer detenidamente la Carta Normativa 25-1223 Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) de Plan Vital.

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 25-1223

23 de diciembre de 2025

A: Organizaciones de Cuidado Coordinado de Salud (MCOs, por sus siglas en inglés) contratadas bajo el Plan de Salud del Gobierno – Plan Vital, Administrador del Beneficio de Farmacia, Farmacias, Grupos Médicos Primarios (GMP), y Proveedores Participantes

Asunto: Cambios al PDL de Plan Vital

A continuación, se detallan los cambios al Formulario de Medicamentos en la Cubierta del Plan de Salud Vital de Gobierno de Puerto Rico (PSG). Estos cambios serán efectivos el **1 de enero de 2026**.

(1) Los siguientes medicamentos se añaden al formulario bajo la **Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)** según se detalla a continuación.

Nombre del medicamento que entrará al PDL	Nombre de Referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Ebglyss subcutaneous solution autoinjector 250mg/2ml & prefilled Syringe 250mg/2ml	--	PA	Salud Física
Trelstar Mixject Intramuscular Suspension Reconstituted 3.75mg, 11.25mg, 22.5mg	--	PA	Salud Física, Oncología, OBGyn
Starjemza Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45mg/ 0.5ml, 90mg/ml, Starjemza Subcutaneous Solution 45mg/0.5ml, Starjemza Intravenous Solution 130mg/26ml	Stelara	PA	Salud Física
Pyzchiva Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45mg/ 0.5ml, 90mg/ml, Pyzchiva Subcutaneous Solution 45mg/0.5ml, Pyzchiva Intravenous Solution 130mg/26ml, Pyzchiva Subcutaneous Solution Autoinjector 45mg/0.5ml, 90mg/ml	Stelara	PA	Salud Física
Aimovig Subcutaneous Solution Autoinjector 70mg/ml & 140mg/ml	--	PA	Salud Física
Adalimumab- adaz subcutaneous solution prefilled syringe 10mg/0.1ml & 20mg/0.2ml autoinjector 80mg/0.8ml	Humira	PA	Salud Física

(2) Los siguientes medicamentos tuvieron una actualización en su criterio de pre-autorización en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) según se detalla a continuación.

Nombre del medicamento	Guía de Referencia	Formulario
DUPIXENT 100 mg/0.67ml sc soln pfs, 200 mg/1.14ml sc soln pen-inj, 200 mg/1.14ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln pen-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs	PA ¹	Salud Física
Simlandi Subcutaneous Auto-injector 40mg/0.4ml, 80mg/0.8ml, Simlandi Subcutaneous Prefilled Syringe 40mg/0.4ml, 20mg/0.2ml, 80mg/0.8ml	PA ²	Salud Física



Yusimry Subcutaneous Solution Auto-injector 40mg/0.8ml	PA ²	Salud Física
Amjevita Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40mg/0.4ml Amjevita Subcutaneous Solution Auto-injector 80mg/0.8ml, 40mg/0.4ml	PA ²	Salud Física
Cyltezo Subcutaneous Auto-injector 40mg/0.8ml	PA ²	Salud Física

¹Pacientes nuevos en tratamiento se requiere uso previo (fallo terapéutico, intolerancia o contraindicación) a Ebglyss (lebrikizumab) para el diagnóstico de Dermatitis atópica en pacientes mayores de 12 años con un peso de al menos de 40 kg.

²Pacientes nuevos en tratamiento se requiere uso previo de los biosimilares (Hadlima ó Adalimumab-adaz)

(3) El siguiente medicamento **se removerá** del formulario especificado, efectivo 1 de enero de 2026.

Nombre del medicamento que se remueve del PDL	Nombre de Referencia	Guía de Referencia	Formulario
Yesintek Subcutaneous Solution 45mg/0.5ml, Yesintek Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45mg/0.5ml, 90mg/ml, Yesintek Intravenous Solution 130mg/26ml	Stelara	PA	Salud Física

Recuerden que los medicamentos cubiertos en el beneficio de farmacia son aquellos que están en el PDL, que como regla general es genérico mandatorio o el intercambio por genérico bioequivalente clasificado "AB" según el *Orange Book*, excepto aquellos medicamentos originales identificados en el PDL. Para medicamentos biológicos, como regla general, deben utilizar biosimilares intercambiables incluidos en el PDL, según el *Purple Book*.

Cordialmente,

Lcdo. Carlos A. Santiago by Diraída Maldonado, MHSA

Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, JD, LL.M. (Health Law), MHSA, FACHE, CHC

Director Ejecutivo