

## Carta Trámite

29 de enero de 2026

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

**Re: Carta Normativa 26-0127 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 26-0127 de la Administración de Seguros de Salud, ASES.

A través de esta Carta Normativa la ASES informa que, efectivo el 2 de marzo de 2026, se implementarán cambios en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés).

### **Medicamentos que se añaden al PDL:**

- *Tezspire Subcutaneous Solution Prefilled Syringe, Tezspire Subcutaneous Solution Auto-injector 210mg/1.91ml*
- *Otezla Oral Tablet 20mg, 30mg, Otezla Oral Tablet Therapy Pack 10, 20 & 30mg; Otezla Oral Tablet Therapy pack 4x10mg & 51 x 20mg,*
- *Otezla/ Otezla XR Initiation Pk Oral Tablet Therapy Pack 10, 20, 30mg (ER) 75mg, Otezla XR Oral tablet Extended Release 24 Hour 75mg*

### **Medicamentos que se le añade edito de QL:**

- *Nurtec Oral Disintegrating Tablet 75 mg*

### **Medicamentos que se remueven del PDL:**

- *Dupixent 100 mg/0.67ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe, 200 mg/1.14 ml Subcutaneous Solution Auto-injector, 200 mg/1.14ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 300 mg/2ml Subcutaneous Solution Auto-injector, 300 mg/2ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe*
- *Omnitrope 10mg/1.5ml Subcutaneous Solution Cartridge, 5mg/1.5ml Subcutaneous Solution Cartridge, Omnitrope Subcutaneous Solution Reconstituted 5.8mg*
- *Zomacton Subcutaneous Solution Reconstituted 5mg, Zomacton Subcutaneous Solution Reconstituted 10mg*
- *Inflectra Intravenous Solution 100 mg*
- *Renflexis Intravenous Solution 100 mg*
- *Cyltezo (2 Pen) 40 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit*
- *Amjevita 40mg/0.4ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe, 80mg/0.8ml Subcutaneous Solution Auto-injector, 40mg/0.4ml Subcutaneous Solution Auto-injector*

- *Simlandi (1 Pen) 40 mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit, 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit; Simlandi (1 Syringe) 80 mg/0.8ml Subcutaneous Prefilled Syringe Kit; Simlandi (2 Pen) 40 mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit; Simlandi (2 Syringe) 20 mg/0.2ml Subcutaneous Prefilled Syringe Kit, 40 mg/0.4ml Subcutaneous Prefilled Syringe Kit*
- *Yusimry Subcutaneous Auto-injector 40 mg/0.8ml*

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 26-0127 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](http://www.firstmedicalvital.com).

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento  
First Medical Health Plan, Inc.



## Carta Normativa 26-0127

27 de enero de 2026

**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 Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)

La Administración de Seguros de Salud de PR informa de los siguientes cambios en el PDL efectivo el 2 de marzo de 2026:

Nombre del medicamento que entra al PDL	Guía de Referencia	Formulario
Tezspire Subcutaneous Solution Prefilled Syringe, Tezspire Subcutaneous Solution Auto-injector 210mg/1.91ml	PA	Salud Física
Otezla Oral Tablet 20mg, 30mg, Otezla Oral Tablet Therapy Pack 10, 20 & 30mg; Otezla Oral Tablet Therapy pack 4x10mg & 51 x 20mg, Otezla/ Otezla XR Initiation Pk Oral Tablet Therapy Pack 10, 20, 30mg (ER) 75mg, Otezla XR Oral tablet Extended Release 24 Hour 75mg	PA	Salud Física

Nombre del medicamento que se le añade edito de QL	Guía de Referencia	Formulario
Nurtec Oral Disintegrating Tablet 75mg	PA, QL= 8 tabletas por mes (tratamiento agudo) PA, QL=16 tabletas por mes (tratamiento preventivo)	Salud Física

Nombre del medicamento que sale del PDL	Guía de Referencia	Formulario
Dupixent 100 mg/0.67ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe, 200 mg/1.14ml Subcutaneous Solution Auto-injector, 200mg/1.14ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe, 300	--	Non PDL

mg/2ml Subcutaneous Solution Auto-injector, 300 mg/2ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe		
Omnitrope 10mg/1.5ml Subcutaneous Solution Cartridge, 5mg/1.5ml Subcutaneous Solution Cartridge, Omnitrope Subcutaneous Solution Reconstituted 5.8mg	--	Non PDL
Zomacton Subcutaneous Solution Reconstituted 5mg, Zomacton Subcutaneous Solution Reconstituted 10mg		
Inflectra Intravenous Solution 100 mg		
Renflexis Intravenous Solution 100 mg		
Cyltezo (2 Pen) 40 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit		
Amjevita 40mg/0.4ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe, 80mg/0.8ml Subcutaneous Solution Auto-injector, 40mg/0.4ml Subcutaneous Solution Auto-injector		
Simlandi (1 Pen) 40 mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit, 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit; Simlandi (1 Syringe) 80 g/0.8ml Subcutaneous Prefilled Syringe Kit; Simlandi (2 Pen) 40 mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit; Simlandi (2 Syringe) 20 mg/0.2ml Subcutaneous Prefilled Syringe Kit, 40 mg/0.4ml Subcutaneous Prefilled Syringe Kit		
Yusimry Subcutaneous Auto-injector 40 mg/0.8ml		

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” según el Orange Book, excepto aquellos medicamentos originales identificados en el PDL. Medicamentos biológicos como regla general, deben utilizar biosimilares intercambiables incluidos en el PDL, según el Purple Book.

Cordialmente,



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



## Normative Letter 26-0127-1

January 27, 2026

**To: Managed Care Organizations (MCOs) contracted under the Government Health Plan – Plan Vital, Pharmacy Benefit Manager, Pharmacies, Primary Medical Groups (GMP), and Participating Providers**

**Subject: Changes to the Preferred Drug List (PDL)**

The Puerto Rico Health Insurance Administration informs you of the following changes to the PDL effective March 2<sup>nd</sup>, 2026:

Name of Drug added to the PDL	Reference Guide	Formulary
Tezspire Subcutaneous Solution Prefilled Syringe, Tezspire Subcutaneous Solution Auto-injector 210mg/1.91ml	PA	Physical Health
Otezla Oral Tablet 20mg, 30mg, Otezla Oral Tablet Therapy Pack 10, 20 & 30mg; Otezla Oral Tablet Therapy pack 4x10mg & 51 x 20mg, Otezla/ Otezla XR Initiation Pk Oral Tablet Therapy Pack 10, 20, 30mg (ER) 75mg, Otezla XR Oral tablet Extended Release 24 Hour 75mg	PA	Physical Health

Name of the drug for which a QL edit is added	Reference Guide	Formulary
Nurtec Oral Disintegrating Tablet 75mg	PA, QL= 8 tablets per month (acute treatment) PA, QL=16 tablets per month (preventive treatment)	Physical Health

Name of the drugs removed from the PDL	Reference Guide	Formulary
Dupixent 100 mg/0.67ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe, 200 mg/1.14ml Subcutaneous Solution Auto-injector, 200mg/1.14ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe, 300 mg/2ml Subcutaneous Solution Auto-injector, 300 mg/2ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe	--	Non PDL

Omnitrope 10mg/1.5ml Subcutaneous Solution Cartridge, 5mg/1.5ml Subcutaneous Solution Cartridge, Omnitrope Subcutaneous Solution Reconstituted 5.8mg	--	Non PDL
Zomacton Subcutaneous Solution Reconstituted 5mg, Zomacton Subcutaneous Solution Reconstituted 10mg		
Inflectra Intravenous Solution 100 mg		
Renflexis Intravenous Solution 100 mg		
Cyltezo (2 Pen) 40 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit		
Amjevita 40mg/0.4ml Subcutaneous Solution Prefilled Syringe, 80mg/0.8ml Subcutaneous Solution Auto-injector, 40mg/0.4ml Subcutaneous Solution Auto-injector		
Simlandi (1 Pen) 40 mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit, 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit; Simlandi (1 Syringe) 80 g/0.8ml Subcutaneous Prefilled Syringe Kit; Simlandi (2 Pen) 40 mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit; Simlandi (2 Syringe) 20 mg/0.2ml Subcutaneous Prefilled Syringe Kit, 40 mg/0.4ml Subcutaneous Prefilled Syringe Kit		
Yusimry Subcutaneous Auto-injector 40 mg/0.8ml		

Please remember that medications covered under the pharmacy benefit are those listed in the Preferred Drug List (PDL), which as a general rule requires mandatory generics or substitution with an “AB” -rated bioequivalent generic according to the Orange Book, except for original brand medications identified in the PDL. Biologic medications, as a general rule, must use interchangeable biosimilars included in the PDL, according to the Purple Book.

Sincerely,



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