

Carta Trámite

17 de febrero de 2026

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

Re: Carta Normativa 26-0211 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 26-0211 de la Administración de Seguros de Salud, ASES.

A través de esta Carta Normativa la ASES informa que, efectivo el 16 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:

- *Bildyos® Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60 mg/ml¹*
- *Bilprevda® Subcutaneous Solution 120 mg/1.7 ml²*
- *Xyntha® Intravenous Kit (250, 500, 1000, 2000 Units)*
- *Xyntha® Solofuse Intravenous Kit (250, 500, 1000, 2000, 3000 Units)*
- *Acthar® Gel Subcutaneous Pen-Injector 40 Unit/0.5 ml, 80 Unit/ml, Injection Gel 80 Unit/ml*
- *Teriflunomide Oral Tablet 7 mg y 14 mg*

Medicamentos que se remueven del PDL:

- *Advate® Intravenous Solution Reconstituted (250, 500, 1000, 1500, 2000, 3000, 4000 Units)*
- *Prolia® Subcutaneous Solution 60 mg/ml, Prolia Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60mg/ml*
- *Neulasta® Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 6 mg/0.6 ml*
- *Neulasta® Onpro Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 6 mg/0.6 ml*
- *Neupogen® Injection Solution Prefilled Syringe 480 mcg/0.8 ml, 300 mcg/0.5 ml, Neupogen® Injection Solution 480 mcg/1.6 ml, Neupogen® Solution 300 mcg/ml*
- *Procrit® Injection Solution 40,000; 3,000; 2,000; 10,000; 4,000; 20,000 Units/ml*
- *Advocate Insulin Pen Needles, BD AutoShield Duo³*
- *Advocate Insulin Syringe, BD Insulin Syringe, BD Insulin Syringe MicroFine, BD Insulin Syringe U/F, BD Insulin Syringe Ultrafine, BD SafetyGlide Insulin Syringe, Comfort EZ Insulin Syringe, Easy Comfort Insulin Syringe, UltiCare Insulin Syringe⁴*

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 26-0211 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.



February 11, 2026

Normative Letter 26-0211

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)

Below are the changes to the PDL under the Puerto Rico Government Health Plan – Plan Vital. These changes will be effective on March 16, 2026.

(1) The following drugs are added to the formulary under the PDL, as detailed below:

Name of drug added to the PDL	Reference Guide	Formulary
Bildyos [®] Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60 mg/ml ¹	PA QL	Physical Health
Bilprevda [®] Subcutaneous Solution 120 mg/1.7ml ²	PA QL	Physical Health
Xyntha [®] Intravenous Kit 250 Unit, 500 Unit, 1000 Unit, 2000 Unit	PA	Physical Health
Xyntha [®] Solofuse Intravenous Kit 250 Unit, 500 Unit, 1000 Unit, 2000 Unit, 3000 Unit	PA	Physical Health
Acthar [®] Gel Subcutaneous Pen-Injector 40 Unit/0.5ml, 80 Unit/ml, Injection Gel 80 Unit/ml	PA	Physical Health
Teriflunomide Oral Tablet 7mg, 14mg	PA	Physical Health

¹Bildyos is the biosimilar of Prolia[®], and QL if one syringe every 6 months is added.

²Bilprevda is the biosimilar of Xgeva[®], and QL of one vial every 28 days is added. In cases where additional doses are required, the health plan must evaluate an exception to this limit after the first dose.

(2) The following medications are removed from the Preferred Drug List (PDL), as detailed below:

Name of drug removed from the PDL	Reference Guide	Formulary
Advate [®] Intravenous Solution Reconstituted 250-unit, 500-unit, 1000-unit, 1500- unit, 2000-unit, 3000-unit, 4000-unit	—	Non PDL
Prolia [®] Subcutaneous Solution 60 mg/ml, Prolia Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60 mg/ml		
Neulasta [®] Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 6 mg/0.6ml, Neulasta [®] Onpro Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 6 mg/0.6ml		
Neupogen [®] Injection Solution Prefilled Syringe 480 mcg/0.8ml, 300 mcg/0.5ml, Neupogen Injection Solution 480 mcg/1.6ml, Neupogen [®] Solution 300 mcg/ml		
Procrit [®] Injection Solution 40000 Unit/ml, 3000 Unit/ml, 2000 Unit/ml, 10000 Unit/ml, 4000 Unit/ml, 20000 Unit/ml		
Advocate Insulin Pen Needles, BD AutoShield Duo ³	—	Non-Formulary
Advocate Insulin Syringe, BD Insulin Syringe, BD Insulin Syringe MicroFine, BD Insulin Syringe U/F, BD Insulin Syringe Ultrafine, BD SafetyGlide Insulin Syringe, Comfort EZ Insulin Syringe, Easy Comfort Insulin Syringe, UltiCare Insulin Syringe ⁴		

³The pen needles available in the PDL are: BD Pen Needle Micro Ultrafine, BD Pen Needle Mini Ultrafine, BD Pen Needle Nano 2nd Gen, BD Pen Needle Nano Ultrafine, BD Pen Needle Orig Ultrafine, BD Pen Needle Short Ultrafine, Easy Touch Pen Needles, Embecta AutoShield Duo, Embecta Pen Needle Nano, Embecta Pen Needle Nano 2 Gen, Embecta Pen Needle Ultrafine, Leader Unifine Pentips Plus, Medicine Shoppe Pen Needles, Pen Needles, Pentips Generic Pen Needles, Sure Comfort Pen Needles, TRUEplus 5-Bevel Pen Needles & UltiCare Short Pen Needles.

⁴The syringes available in the PDL are: Easy Touch Insulin Syringe, GNP Insulin Syringe, Insulin Syringe, Insulin Syringe-Needle U-100, Monoject Insulin Syringe, Monoject Ultra Comfort Syringe, ReliOn Insulin Syringe, Sure Comfort Insulin Syringe & TRUEplus Insulin Syringe.

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.

Cordially,



Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, JD, LL.M., MHSA, FACHE, CHC
Executive Director



11 de febrero de 2026

Carta Normativa 26-0211

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)

A continuación, se detallan los cambios al Formulario de Medicamentos en la Cubierto del Plan Vital del Gobierno de Puerto Rico. Estos cambios serán efectivos el 16 de marzo de 2026.

(1) Los siguientes medicamentos se añaden al PDL como se detalla a continuación:

Nombre del medicamento que entra al PDL	Guía de Referencia	Formulario
Bildyos® Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60 mg/ml ¹	PA QL	Salud Física
Bilprevda® Subcutaneous Solution 120 mg/1.7ml ²	PA QL	Salud Física
Xyntha® Intravenous Kit 250 Unit, 500 Unit, 1000 Unit, 2000 Unit	PA	Salud Física
Xyntha® Solofuse Intravenous Kit 250 Unit, 500 Unit, 1000 Unit, 2000 Unit, 3000 Unit	PA	Salud Física
Acthar® Gel Subcutaneous Pen-Injector 40 Unit/0.5ml, 80 Unit/ml, Injection Gel 80 Unit/ml	PA	Salud Física
Teriflunomide Oral Tablet 7mg, 14mg	PA	Salud Física

¹Bildyos es el biosimilar de Prolia® y se añade un QL de 1 syringe cada 6 meses.

²Bilprevda es el biosimilar de Xgeva® y se añade un QL de 1 vial cada 28 días. En los casos en que se requieran dosis adicionales, luego de la primera dosis la aseguradora deberá evaluar la excepción de este límite.

(2) Los siguientes medicamentos se remueven del PDL como se detalla a continuación:

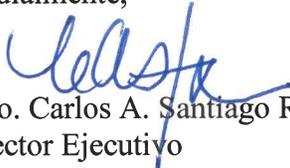
Nombre del medicamento que sale del PDL	Guía de Referencia	Formulario
Advate® Intravenous Solution Reconstituted 250-unit, 500-unit, 1000-unit, 1500-unit, 2000-unit, 3000-unit, 4000-unit	--	Non PDL
Prolia® Subcutaneous Solution 60 mg/ml, Prolia Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60 mg/ml		
Neulasta® Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 6 mg/0.6ml, Neulasta® Onpro Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 6 mg/0.6ml		
Neupogen® Injection Solution Prefilled Syringe 480 mcg/0.8ml, 300 mcg/0.5ml, Neupogen Injection Solution 480 mcg/1.6ml, Neupogen® Solution 300 mcg/ml	—	Non PDL
Procrit® Injection Solution 40000 Unit/ml, 3000 Unit/ml, 2000 Unit/ml, 10000 Unit/ml, 4000 Unit/ml, 20000 Unit/ml		
Advocate Insulin Pen Needles, BD AutoShield Duo ³		
Advocate Insulin Syringe, BD Insulin Syringe, BD Insulin Syringe MicroFine, BD Insulin Syringe U/F, BD Insulin Syringe Ultrafine, BD SafetyGlide Insulin Syringe, Comfort EZ Insulin Syringe, Easy Comfort Insulin Syringe, UltiCare Insulin Syringe ⁴	—	Non-Formulary

³Los pen needles disponibles en PDL son: BD Pen Needle Micro Ultrafine, BD Pen Needle Mini Ultrafine, BD Pen Needle Nano 2nd Gen, BD Pen Needle Nano Ultrafine, BD Pen Needle Orig Ultrafine, BD Pen Needle Short Ultrafine, Easy Touch Pen Needles, Embecta AutoShield Duo, Embecta Pen Needle Nano, Embecta Pen Needle Nano 2 Gen, Embecta Pen Needle Ultrafine, Leader Unifine Pentips Plus, Medicine Shoppe Pen Needles, Pen Needles, Pentips Generic Pen Needles, Sure Comfort Pen Needles, TRUEplus 5-Bevel Pen Needles & UltiCare Short Pen Needles.

⁴Las jeringuillas disponibles en PDL son: Easy Touch Insulin Syringe, GNP Insulin Syringe, Insulin Syringe, Insulin Syringe-Needle U-100, Monoject Insulin Syringe, Monoject Ultra Comfort Syringe, ReliOn Insulin Syringe, Sure Comfort Insulin Syringe & TRUEplus Insulin Syringe.

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., MHSA, FACHE, CHC
 Director Ejecutivo