

Carta Trámite

4 de enero de 2023

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

Re: *Carta Normativa 22-1227 Cambios en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y No Preferidos (No 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 22-1227 de la Administración de Seguros de Salud, ASES.

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa que, efectivo el 1 de enero de 2023 se eliminan medicamentos de marca del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y No Preferidos (No PDL). También en el comunicado se detallan las versiones genéricas que, efectivo al 1 de enero de 2023 son añadidos en el Formulario de Medicamentos en cubierta.

La ASES recuerda que, como regla general, la cubierta de farmacia es genérico bioequivalente mandatorio como primera opción.

Para detalles específicos sobre la información provista por la ASES, le exhortamos a leer detenidamente la Carta Normativa 22-1227 Cambios en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y No Preferidos (No 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.

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento
First Medical Health Plan, Inc.



Carta Normativa 22-1227

27 de diciembre de 2022

A: Aseguradoras, Compañías de Servicios de Salud Mental, Administrador del Beneficio de Farmacia, Farmacias, Grupos Médicos Primarios y Proveedores Participantes del Plan Vital

Re: Cambios en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y No Preferidos (Non PDL)

A continuación, se detallan los cambios al Formulario de Medicamentos en la Cubierta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG).

Los siguientes medicamentos de marca **se remueven** del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y No Preferidos (Non PDL). Estos cambios serán efectivos el **1 de enero de 2023**.

Medicamentos de marca que se excluyen del formulario	Guía de Referencia	Formularios
AFINITOR 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 2.5 mg tab	PA	Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y Subformulario de Oncología
AFINITOR DISPERZ 2 mg oral tab, 3 mg oral tab, 5 mg oral tab	PA	Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y Subformulario de Oncología
Tazorac External Gel 0.05 %, 0.1 %	PA	No Preferidos (Non PDL)
Tazorac External Cream 0.05 %, 0.1 %	PA	No Preferidos (Non PDL)
Jadenu Oral Tablet 90 MG 180 MG, 360 MG	PA	No Preferidos (Non PDL)
Exjade Oral Tablet Soluble 125 MG, 250 MG, 500 MG	PA	No Preferidos (Non PDL)
MEPHYTON Oral Tablet 5 MG		Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)
DARAPRIM 25 mg tab	PA	Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)

Las versiones genéricas de los siguientes medicamentos se añaden al formulario, como está descrito en la próxima tabla. Estos cambios serán efectivos el **1 de enero de 2023**.

Medicamentos genéricos que entran al formulario	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formularios
Everolimus Oral Tablet 10 mg tab, 7.5 mg tab, 5 mg tab, 2.5 mg	AFINITOR	PA	Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y Sub-formulario de Oncología
Everolimus Oral Tablet Soluble 2 mg, 3 mg oral tab, 5 mg oral tab	AFINITOR DISPERZ	PA	Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y Sub-formulario de Oncología
Everolimus Oral Tablet 0.25 MG, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	ZORTRESS	PA	No Preferidos (Non PDL)
Lenalidomide Oral Capsule 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap	REVLIMID	PA	Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y Sub-formulario de Oncología
Lacosamide Oral Tablet 200 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab	VIMPAT	PA	Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)
Lacosamide Oral Solution 10 mg/ml	VIMPAT	PA	Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)
Lacosamide Intravenous Solution 200 mg/20ml iv solution	VIMPAT	PA	Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)
Phytonadione Oral Tablet 5 MG	MEPHYTON		Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)
Pyrimethamine Oral Tablet 25 mg	DARAPRIM	PA	Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)
Tazarotene External Gel 0.05 %, 0.1 %	TAZORAC	PA	No Preferidos (Non PDL)
Tazarotene External Cream 0.05 %, 0.1 %	TAZORAC	PA	No Preferidos (Non PDL)
Deferasirox Oral Tablet 90 MG 180 MG, 360 MG	JADENU	PA	No Preferidos (Non PDL)
Deferasirox Oral Tablet Soluble 125 MG, 250 MG, 500 MG	EXJADE	PA	No Preferidos (Non PDL)
Benlysta Subcutaneous Solution Auto-injector 200 MG/ML		PA	No Preferidos (Non PDL)
Benlysta Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 200 MG/ML		PA	No Preferidos (Non PDL)

Recuerden que, como regla general, la cubierta de beneficio de farmacia es **genérico bioequivalente mandatorio** como primera opción. Requiere el uso de genéricos clasificados “AB” por la Administración de Alimentos y Drogas, FDA por sus siglas en inglés.

Cordialmente,



Edna Y. Marín Ramos, MA
Directora Ejecutiva