

## Carta Trámite

16 de octubre de 2023

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

**Re: Carta Normativa 23-1005-1 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 23-1005-1 de la Administración de Seguros de Salud, ASES.

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa que, efectivo el 1<sup>ro</sup> de noviembre de 2023 se incluyen medicamentos a la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés). También se detallan los medicamentos removidos del PDL y se actualizan los éditos de utilización en los medicamentos que actualmente son parte del PDL.

La ASES recuerda que, como regla general, la cubierta 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.)

Para detalles específicos sobre la información provista por la ASES, le exhortamos a leer detenidamente la Carta Normativa 23-1005-1 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 23-1005-1**

5 de octubre de 2023

**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)

A continuación, se detalla cambios al Formulario de Medicamentos en la Cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico (PSV). Estos cambios serán efectivos el **1<sup>ro</sup> de noviembre de 2023**.

(1) Los siguientes **medicamentos** se añaden al formulario en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación.

| Nombre del medicamento que entra al PDL  | Nombre de referencia | Guía de Referencia | Formulario y Subformulario |
|--|----------------------|--------------------|----------------------------|
| Xarelto Oral Tablet 10 MG, 15 MG, 20 MG, 2.5 MG                                  | --                   | --                 | Salud Física               |
| Xarelto Starter Pack Oral Tablet Therapy Pack 15 & 20 MG                         | --                   | --                 | Salud Física               |
| <b>Rosuvastatin Calcium Oral Tablet 5 MG, 10 MG, 20 MG, 40 MG</b>                | Crestor              | --                 | Salud Física               |
| <b>Ezetimibe Oral Tablet 10 MG</b>   | Zetia                | --                 | Salud Física               |
| <b>Fenofibrate Oral Tablet 145 MG, 160 MG, 48 MG, 54 MG</b>                      | Tricor               | --                 | Salud Física               |
| Repatha Pushtrex System Subcutaneous Solution Cartridge 420 MG/3.5ML             | --                   | PA                 | Salud Física               |
| Repatha Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 140 MG/ML                        | --                   | PA                 | Salud Física               |
| Repatha SureClick Subcutaneous Solution Auto-injector 140 MG/ML                  | --                   | PA                 | Salud Física               |
| <b>Hydroxychloroquine Sulfate Oral Tablet 400 MG</b>                             | Plaquenil            | --                 | Salud Física               |
| Hadlima Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 MG/0.8ML, 40 MG/0.4ML         | Humira               | PA                 | Salud Física               |
| Hadlima PushTouch Subcutaneous Solution Auto-injector 40 MG/0.8ML, 40 MG/0.4ML   | Humira               | PA                 | Salud Física               |
| Yusimry Subcutaneous Solution Pen-injector 40 MG/0.8ML                           | Humira               | PA                 | Salud Física               |
| Adalimumab-adaz Subcutaneous Solution Auto-injector 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML     | Humira               | PA                 | Salud Física               |
| Adalimumab-adaz Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 80 MG/0.8ML, 40 MG/0.4ML | Humira               | PA                 | Salud Física               |



|   |          |    |                          |
|---|----------|----|--------------------------|
| Fulphila Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 6 MG/0.6ML | Neulasta | PA | Salud Física y Oncología |
| Imbruvica Oral Capsule 140 MG                               | --       | PA | Salud Física y Oncología |
| Imbruvica Oral Capsule 70 MG                                | --       | PA | Salud Física y Oncología |
| Imbruvica Oral Tablet 420 MG                                | --       | PA | Salud Física y Oncología |
| Imbruvica Oral Suspension 70 MG/ML                          | --       | PA | Salud Física y Oncología |

- (2) El siguiente **medicamento** se remueve del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación.

| Nombre del medicamento que se remueve del PDL | Nombre de referencia | Guía de Referencia | Formulario |
|---|----------------------|--------------------|------------|
| Aranesp (Albumin Free) Injection              | --                   | PA                 | Non PDL    |

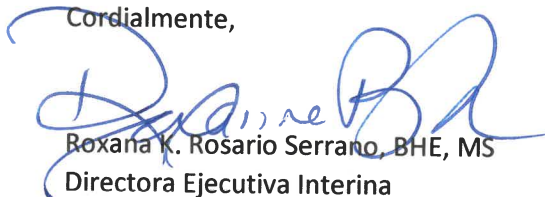
- (3) Los siguientes **medicamentos** que actualmente son parte del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) se actualizan los éditos de utilización.

| Nombre del medicamento que ocurre cambio en edito de utilización       | Nombre de referencia | Guía de Referencia | Formularios  |
|--|----------------------|--------------------|--------------|
| Eliquis DVT/PE Starter Pack Oral Tablet Therapy Pack 5 MG <sup>1</sup> | --                   | --                 | Salud Física |
| Eliquis Oral Tablet 2.5 MG, 5 MG <sup>1</sup>                          | --                   | --                 | Salud Física |

<sup>1</sup>Se remueve el édito de Pre-autorización

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,



Roxana K. Rosario Serrano, BHE, MS  
Directora Ejecutiva Interina