

## Carta Trámite

10 de enero de 2020

A: Todos los Proveedores Contratados por First Medical Health Plan, Inc. para el Plan Vital, Región Única y Población Vital-X (Virtual)

**Re: Fe de Errata- Carta Normativa 19-1223 de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, relacionada a Cambios al Formulario de Medicamentos en Cubierta (FCM)**

Estimado(a) Proveedor(a):

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc.

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Normativa 19-1223 de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), emitida el 23 de diciembre de 2019 y la Fe de Errata de la Carta Normativa 19-1223, de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), emitida el 10 de enero de 2020.

A través de este comunicado, la ASES aclara las guías de referencia para el medicamento Baqsimi y detalla los cambios al Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan Vital, efectivo al 1 de enero de 2020.

1. El siguiente medicamento, **no requiere Pre-Autorización** y está cubierto en pacientes con Diabetes Tipo 1, entre las edades de 4-21 años, con límite de cantidad de dos (2) en los 365 días del año y sin repeticiones.

Medicamento que entra al Formulario	Nombre de Referencia	Guía de Referencia	Formularios	Comentarios
<b>Baqsimi® 3 mg</b>	Glucagon nasal powder	Pacientes con diabetes tipo 1, entre las edades de 4-21 años, QL= 2/365 días, No refill	Salud Física, FEI	

2. Los siguientes medicamentos, **están cubiertos en sus versiones biosimilares** en el FMC, efectivo al **1 de enero de 2020**.

Medicamento que entra al Formulario	Nombre de Referencia	Guía de Referencia	Formularios	Comentarios
<b>Retacrit®</b> 2,000 units/mL vial, 3,000 units/mL vial, 4,000 units/mL vial, 10,000 units/mL vial, 40,000 units/mL vial	Epoetin alfa-epbx	PA	Salud Física, Nefrología, Oncología, VIH-SIDA	Biosimilar de Procrit®
<b>Nivestym®</b> 300 mcg/mL vial, 480 mcg/1.6 mL vial, 300 mcg/0.5 mL prefilled syringe, 480 mcg/0.8 mL prefilled syringe	Filgrastim-aafi	PA	Salud Física, Oncología, FEI, Sub Física	Biosimilar de Neupogen®
<b>Methotrexate</b> 50 mg (2 mL vial), 50 mg (2 mL vial) (preservative free), 1g (40 mL vial) (preservative free), 1g (40 mL vial), 250 mg (preservative free) (10 mL vial), 250 mg (10 mL vial)			Salud Física, Oncología	

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

Es importante que lea detenidamente la Fe de Errata y que se familiarice con los las guías de referencia y los cambios realizados al FMC, ya que esta información le servirá de guía al momento de realizar una prescripción de medicamentos a los beneficiarios del Plan Vital.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada a este comunicado y/o necesita información adicional, 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 [www.firstmedicalvital.com](http://www.firstmedicalvital.com).

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento  
First Medical Health Plan, Inc.



10 de enero de 2020

FE DE ERRATA  
CARTA NORMATIVA 19-1223

A: Aseguradoras contratadas, Administrador del Beneficio de Farmacia, Grupos Médicos Primarios, Proveedores y Farmacias Participantes del Plan de Salud del Gobierno, Plan Vital

**Asunto: Corrección a la Carta Normativa 19- 1223 del 23 de diciembre de 2019**

Esta comunicación es para aclarar las guías de referencia para el medicamento Baqsimi. El mismo No requiere PA y está cubierto en pacientes con Diabetes Tipo 1, entre las edades de 4-21 años, con límite de cantidad de dos (2) en los 365 días del año y sin repeticiones.

Nombre del medicamento que entra al formulario	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formularios	Comentarios
Baqsimi® 3 mg	Glucagon nasal powder	Pacientes con diabetes tipo 1, entre las edades de 4-21 años, QL= 2/365 días, No refill	Salud Física, FEI	

A continuación, se detalla cambios al Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital (PSV). Los siguientes medicamentos están cubiertos en sus **versiones biosimilares** a partir del **1 de enero de 2020**.

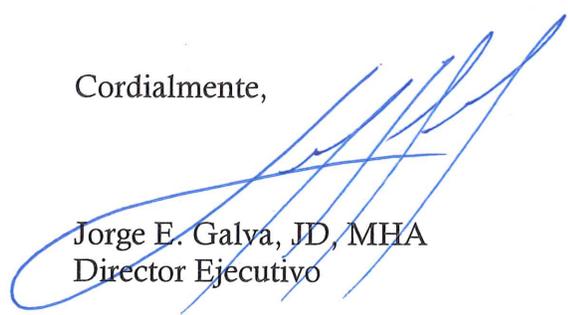
Nombre del medicamento que entra al formulario	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formularios	Comentarios
Retacrit®* 2,000 units/mL vial, 3,000 units/mL vial, 4,000 units/mL vial, 10,000 units/mL vial, 40,000 units/mL vial	Epoetin alfa-epbx	PA	Salud Física, Nefrología, Oncología, VIH-SIDA	Biosimilar de Procrit®*

Nombre del medicamento que entra al formulario	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formularios	Comentarios
Nivestym®* 300 mcg/mL vial, 480 mcg/1.6 mL vial, 300 mcg/0.5 mL prefilled syringe, 480 mcg/0.8 mL prefilled syringe	Filgrastim-aafi	PA	Salud Física, Oncología, FEI, Sub Físico	Biosimilar de Neupogen®*
Methotrexate 50 mg (2 mL vial), 50 mg (2 mL vial) (preservative free), 1g (40 mL vial) (preservative free), 1g (40 mL vial), 250 mg (preservative free) (10 mL vial), 250 mg (10 mL vial)			Salud Física, Oncología	

*\*Los biosimilares **no** se pueden sustituir a nivel de farmacia, por el producto original. Solo se puede despachar cuando la receta tenga escrito el nombre del biosimilar, por lo que exhortamos a los médicos a escribir el nombre del biosimilar cuando los prescriba.*

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,



Jorge E. Galva, JD, MHA  
 Director Ejecutivo



## Carta Normativa 19-1223

23 de diciembre de 2019

**A:** Organizaciones de Cuidado Dirigido (MCOs) contratadas por el Plan de Salud del Gobierno de PR (PSG) Vital; Médicos Primarios (GMP), Grupos Médicos Primarios (GMP) Administrador del Beneficio de Farmacia (PBM), Farmacias y Proveedores Participantes

**Re:** Cambios al Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC)

A continuación, se detalla cambios al Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital (PSV).

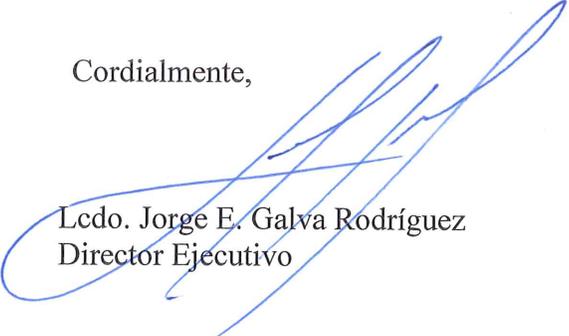
Los siguientes **medicamentos serán incluidos** en el Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC) a partir del **1 de enero de 2020**.

Nombre del medicamento que entra al formulario	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formularios	Comentarios
Retacrit®* 2,000 units/mL vial, 3,000 units/mL vial, 4,000 units/mL vial, 10,000 units/mL vial, 40,000 units/mL vial	Epoetin alfa-epbx	PA	Salud Física, Nefrología, Oncología, VIH-SIDA	Biosimilar de Procrit®*
Nivestym®* 300 mcg/mL vial, 480 mcg/1.6 mL vial, 300 mcg/0.5 mL prefilled syringe, 480 mcg/0.8 mL prefilled syringe	Filgrastim-aafi	PA	Salud Física, Oncología, FEI, Sub Físico	Biosimilar de Neupogen®*
Methotrexate 50 mg (2 mL vial), 50 mg (2 mL vial) (preservative free), 1g (40 mL vial) (preservative free), 1g (40 mL vial), 250 mg (preservative free) (10 mL vial), 250 mg (10 mL vial)			Salud Física, Oncología	
Baqsimi® 3 mg	Glucagon nasal powder	PA, AL=4-21 años, QL= 2/365 días, No refill	Salud Física, FEI	

\*Los biosimilares **no** se pueden sustituir a nivel de farmacia, por el producto original. Solo se puede despachar cuando la receta tenga escrito el nombre del biosimilar, por lo que exhortamos a los médicos a escribir el nombre del biosimilar cuando los prescriba.

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,



Lcdo. Jorge E. Galva Rodríguez  
Director Ejecutivo