

## Carta Trámite

12 de abril de 2023

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

**Re: Carta Normativa 23-0410 Cambios en el Formulario de Medicamentos en Cubierta**

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 23-0410 Cambios en el Formulario de Medicamentos en Cubierta de la Administración de Seguros de Salud (ASES).

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa los cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) del Plan de Salud Vital, **efectivo el 24 de abril 2023.**

Favor de hacer referencia a la Carta Normativa 23-0410 que incluye el detalle del Listado de Medicamentos Preferidos y los medicamentos que se le actualizaron los éditos de utilización. Es importante recordar que, como regla general, la cubierta de beneficio de farmacia se extiende a **genérico bioequivalente mandatorio** como primera opción. Además, el uso de genéricos clasificados “AB” por la Administración de Alimentos y Drogas, (FDA, por sus siglas en inglés). Para detalles específicos sobre la Lista de Medicamentos Preferidos y la información provista por la ASES, le exhortamos a que lea detenidamente la Carta Normativa 23-0410.

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 nuestra página electrónica [www.firstmedicalvital.com](http://www.firstmedicalvital.com).

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento  
First Medical Health Plan, Inc.



## Carta Normativa 23-0410

10 de abril 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 en el Formulario de Medicamentos en Cubierta

A continuación, se detalla los cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico (PSV).

Los siguientes **medicamentos** se incluyen en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación.

Nombre del medicamento que entra al formulario	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formularios
Cyclosporine Ophthalmic Emulsion 0.05 % <sup>1</sup>	Restasis	PA, QL	Salud Física
Trulicity Subcutaneous Solution Pen-injector 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML		PA	Salud Física
Risperdal Consta Intramuscular Suspension Reconstituted ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA	Salud Mental
Invega Sustenna Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML		PA	Salud Mental
Invega Trinza Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML		PA	Salud Mental
Invega Hafyera Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML		PA	Salud Mental
Fluoxetine HCl Oral Capsule 40 MG	Prozac		Salud Mental y Sub Mental
Fluoxetine HCl Oral Solution 20 MG/5ML	Prozac		Salud Mental y Sub Mental
Emgality (300 MG Dose) Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 100 MG/ML		PA	Salud Física
Emgality Subcutaneous Solution Auto-injector 120 MG/ML, Emgality Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 120 MG/ML		PA	Salud Física
Nurtec Oral Tablet Disintegrating 75 MG		PA	Salud Física

Rizatriptan Benzoate Oral Tablet <sup>2</sup> 10 MG, 5 MG		QL	Salud Física
Sorafenib Tosylate Oral Tablet 200 MG	Nexavar	PA	Salud Física y Oncología

<sup>1</sup>Límite en cantidad (QL): 60ml para 30 días

<sup>2</sup>Límite en cantidad (QL): 12 tabletas para 30 días

Para los siguientes **medicamentos** que actualmente son parte del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL), se le actualizan los éditos de utilización.

Nombre del medicamento que ocurre cambio en edito de utilización	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formularios
Trijardy Oral Tablet Extended Release 24 Hour <sup>1</sup>		ST	Salud Física
Synjardy Oral Tablet <sup>1</sup> y Synjardy XR Oral Tablet Extended Release 24 Hour <sup>1</sup>		ST	Salud Física
Jardiance Oral Tablet <sup>2</sup>			Salud Física
Aripiprazole Oral Tablet y Aripiprazole Oral Solution		AL	Salud Mental
Olanzapine Oral Tablet	Zyprexa	AL	Salud Mental
Quetiapine Fumarate Oral Tablet	Seroquel	AL	Salud Mental
Risperidone Oral Tablet y Risperidone Oral Solution	Risperdal	AL	Salud Mental y Sub Mental
Sumatriptan Succinate Oral Tablet <sup>3</sup>	Imitrex	QL	Salud Física

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

<sup>2</sup>Se remueve édito de Pre-autorización (PA) y Terapia Escalonada (ST)

<sup>3</sup>Se modifica Límite en Cantidad (QL) a 9 tabletas para 30 días

Les recordamos que, como regla general, la cubierta de beneficio de farmacia se extiende a **genérico bioequivalente mandatorio** como primera opción. Además, el uso de genéricos clasificados "AB" por la Administración de Alimentos y Drogas, FDA por sus siglas en inglés.

Estos cambios serán efectivos el 24 de abril de 2023.

Cordialmente,



Roxanna Rosario Serrano, BHE, MS  
Sub-Directora Ejecutiva