

Carta Trámite

7 de junio de 2023

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

Re: *Carta Normativa 23-0606 Cambios al Subformulario Dental*

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 23-0606 Cambios al Subformulario Dental de la Administración de Seguros de Salud (ASES).

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa los cambios al Subformulario Dental para el Plan de Salud Vital, **efectivo el 19 de junio de 2023**. Favor de hacer referencia a la Carta Normativa 23-0606 que incluye la Lista de Medicamentos.

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

Para detalles específicos sobre la Lista de Medicamentos en el Subformulario Dental provista por la ASES, le exhortamos a que lea detenidamente la Carta Normativa 23-0606.

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.

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento
First Medical Health Plan, Inc.



Carta Normativa 23-0606

6 de junio 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

Re: Cambios al Subformulario Dental

A continuación, se detallan cambios en medicamentos al Subformulario Dental de la Cubierta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG). Estos cambios serán efectivos el **19 de junio de 2023**.

(1) A continuación, se detallan cambios en medicamentos del Subformulario Dental:

Nombre del medicamento que entra al Subformulario Dental	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario
Dexamethasone 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	DECADRON		Salud Física y Dental
Dexamethasone 0.5 mg/5ml oral Elix, 0.5 mg/5ml soln	DECADRON		
Dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln	DECADRON		
Midazolam hcl 5 mg/ml inj soln	VERSED	QL = 1 ml para 30 días	
Meperidine hcl 50 mg/ml inj soln	DEMEROL	QL=1 vial para 30 días	
Doxycycline monohydrate 50 mg cap, 100 mg cap	MONODOX		
Doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap	VIBRAMYCIN		
Amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 250-62.5 mg/5ml susp	AUGMENTIN		
Amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab	AUGMENTIN		

(2) El siguiente **medicamento** se remueve del Subformulario Dental como se detalla a continuación. Permanece la presentación genérica de este producto.

Nombre del medicamento que se remueve del Subformulario Dental	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario
ERY-TAB 500 mg tab dr			Non PDL

Recuerden 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.

Cordialmente,



Edna Y. Marín Ramos, MA
Directora Ejecutiva