

Carta Trámite

22 de febrero de 2024

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

Re: Carta Normativa Enmendada 24-0112-A Enmendada Descontinuación de Flovent.

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 Enmendada 24-0112-A de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, (ASES).

A través de esta Enmienda, la ASES informa que, como alternativa de tratamiento además del medicamento genérico autorizado *Fluticasone Propionate* se incluye el *Qvar*.

También, la ASES incluye en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) formulaciones de *Qvar* efectivo el **19 de febrero 2024**. Para referencia de las formulaciones favor de referirse a la Carta Normativa enmendada.

Recuerde que, como regla general, la cubierta del beneficio de farmacia es genérico mandatorio o el intercambio por genérico bioequivalente clasificado “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 enmendada 24-0112-A.

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 24-0112-A

16 de febrero de 2024

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

Asunto: Descontinuación de Flovent

Desde el 31 de diciembre de 2023, la casa manufacturera GSK plc (anteriormente conocida como GlaxoSmithKline) finalizó la producción de todas sus concentraciones de los productos Flovent Diskus® (*Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated*) y Flovent HFA® (*Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol*). Estos estarán disponibles en el mercado hasta agotar su inventario. Como alternativa de tratamiento se ofrecerá el genérico autorizado Fluticasone Propionate y el Qvar.

Es importante enfatizar que las recetas de Flovent Diskus® y Flovent HFA® no son intercambiables por el Fluticasone Propionate, debido a que no es un genérico bioequivalente y no cuenta con la clasificación "AB" por la Administración de Alimentos y Drogas, FDA por sus siglas en inglés. Por lo tanto, los médicos tienen que prescribir la receta que indique "Fluticasone Propionate" para su despacho en las farmacias, a todos los beneficiarios del Plan Vital que así lo necesiten.

La Administración de Seguros de Salud (ASES) ampliará el acceso en el formulario al incluir en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) las siguientes formulaciones efectivo el **8 de enero de 2024**. El Flovent HFA/Diskus continuará en el PDL hasta que se agote el inventario.

Nombre del medicamento se añade al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario al que se incluye
Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 100 MCG/ACT	--	QL	Salud Física, FEI
Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 250 MCG/ACT	--		
Fluticasone Propionate Diskus Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 50 MCG/ACT	--		
Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 44 MCG/ACT	--		
Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 110 MCG/ACT	--		

Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2024-00267



Fluticasone Propionate HFA Inhalation Aerosol 220 MCG/ACT	--		
---	----	--	--

Además, la Administración de Seguros de Salud (ASES) decidió dar acceso en el formulario al incluir en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) las siguientes formulaciones de Qvar efectivo el **19 de febrero de 2024**.

Nombre del medicamento se añade al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario al que se incluye
Qvar RediHaler Inhalation Aerosol Breath Activated 40 MCG/ACT	--	QL	Salud Física, FEI
Qvar RediHaler Inhalation Aerosol Breath Activated 80 MCG/ACT	--		

Recuerden que, como regla general, la cubierta del beneficio de farmacia es genérico mandatorio o el intercambio por genérico bioequivalente clasificado "AB" por la Administración de Alimentos y Drogas, FDA por sus siglas en inglés.

Como de costumbre esperamos la diligencia y el fiel cumplimiento de este comunicado en el manejo de los beneficiarios del Plan Vital. Agradecemos que compartan con todo el personal pertinente.

Cordialmente,



Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS
Directora Ejecutiva