

Carta Trámite

5 de julio de 2022

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

Re: Carta Normativa 22-0628-1 Cambios en el Formulario de Medicamentos en Cubiertas.

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 22-0628-1 Cambios en el Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico.

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa cambios en el Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC), efectivo el 1 de julio 2022.

Los siguientes medicamentos se incluyen en el FMC y Listado de Medicamentos por Excepción (LME):

| Nombre del medicamento que entra al formulario | Nombre de Referencia | Guía de referencia | Formularios |
|---|-------------------------|--------------------|--------------|
| Infliximab ® 100mg iv sol.vial | Infliximab iv sol. vial | PA | Salud Física |
| Avsola ® 100mg vial | Infliximab axxq IV sol | PA,C | Salud Física |
| Stelara ® iv sol. 130mg/26ml, sq sol, 45mg/0.5mlvial/prefilled syr., 90mg/ml prefilled syr. | Ustekinumab inj. | PA | LME |

Los siguientes medicamentos se excluyen del FMC:

| Nombre del medicamento que sale del formulario | Nombre de Referencia | Guía de referencia | Formularios |
|--|----------------------|--------------------|--|
| Rituxan ®100mg/10ml vial, 500mg / 50 ml vial | Rituximab inj. | PA, C | Cubierta Médica y Farmacia Salud Física, Oncología |
| Truxima ® 100mg/10ml vial, 500mg/ 50 mlvial | Rituximab inj. | PA | Cubierta Médica y Farmacia Salud Física, Oncología |

Es importante recordar que, como regla general, la cubierta de beneficio de farmacia es **genérico bioequivalente** mandatorio como primera opción.

Para detalles específicos, sobre la información provista por la ASES leer detenidamente Carta Normativa 22-0628-1 Cambios en el Formulario de Medicamentos en Cubiertas.

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 Servicio al Proveedor
International Medical Card, Inc. Red de Proveedores
First Medical Health Plan, Inc.



Carta Normativa 22-0628-1

28 de junio de 2022

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 cambios al Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico (PSV).

- (1) Los siguientes **medicamentos** se incluyen en el Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC) y Listado de Medicamentos por Excepción (LME) como se detalla a continuación. Estos cambios serán efectivos el **1 de julio de 2022**.

| Nombre del medicamento que entra al formulario | Nombre de referencia | Guía de Referencia | Formularios |
|---|--------------------------|--------------------|--------------|
| Infliximab® 100mg iv sol. vial | Infliximab® iv sol. vial | PA | Salud Física |
| Avsola®100mg vial | Infliximab axxq IV sol | PA, C | Salud Física |
| Stelara® iv sol. 130mg/26ml, sq sol. 45mg/0.5mlvial/ prefilled syr., 90mg/ml prefilled syr. | Ustekinumab inj. | PA | LME |

- (2) Los siguientes **medicamentos** se excluyen del Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC) como se detalla a continuación. Estos cambios serán efectivos el **1 de julio de 2022**.

| Nombre del medicamento que sale del formulario | Nombre de referencia | Guía de Referencia | Formularios |
|--|----------------------|--------------------|---|
| Rituxan®100mg/10ml vial, 500mg/50ml vial | Rituximab inj. | PA, C | Cubierta Médica y Farmacia Salud Física, Oncología |
| Truxima®100mg/10ml vial, 500mg/50ml vial | Rituximab inj. | PA | Cubierta Médica y Farmacia Salud Física, Oncología |

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,



Edna Y. Marín Ramos, MA
Directora Ejecutiva