

Carta Trámite

17 de abril de 2024

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

Re: Carta Normativa 24-0415 Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)

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 24-0415 de la Administración de Seguros de Salud, ASES.

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa que, efectivo el **29 de abril de 2024** se incluyen medicamentos a la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés), con requisitos específicos de pre-autorización para ciertas indicaciones relacionadas con el cáncer de próstata metastásico. Además, se actualizan los criterios de utilización de algunos medicamentos y se eliminan medicamentos del PDL.

La ASES recuerda que, como regla general, la cubierta de farmacia es genérico mandatorio o 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 24-0415 Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL).

Si usted tiene alguna pregunta o necesita información adicional relacionada a este comunicado, 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.



15 de abril de 2024

Carta Normativa 24-0415

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 al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)

A continuación, se detallan los cambios al Formulario de Medicamentos en la Cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico (PSG). Estos cambios serán efectivos el **29 de abril de 2024**.

(1) Los siguientes medicamentos se añaden al formulario en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación:

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Xtandi Oral Capsule 40 MG*	--	PA	Salud Física, Oncología
Xtandi Oral Tablet 40 MG*	--	PA	Salud Física, Oncología
Xtandi Oral Tablet 80 MG*	--	PA	Salud Física, Oncología
Lynparza Oral Tablet 100 MG*	--	PA	Salud Física, Oncología
Lynparza Oral Tablet 150 MG*	--	PA	Salud Física, Oncología
Arexvy Intramuscular Suspension Reconstituted 120 MCG/0.5ML	--	AL	Salud Física
Abrysvo Intramuscular Solution Reconstituted 120 MCG/0.5ML	--	AL	Salud Física

**La Pre-Autorización establece para las indicaciones de cáncer de próstata metastásico, paciente debe visitar a un hematólogo-oncólogo para un tiempo de aprobación de 12 meses. Si medicamento es prescrito por un urólogo y paciente no ha recibido consulta de un hematólogo-oncólogo, el tiempo de aprobación será por 6 meses.*

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



- (2) Los siguientes medicamentos tuvieron **actualización** en sus criterios de utilización en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación.

Nombre del medicamento que tuvo actualización	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Acetaminophen-Codeine Oral Tablet 300-15 MG	TYLENOL-CODEINE	AL	Salud Física, Oncología
Acetaminophen-Codeine Oral Tablet 300-60 MG	TYLENOL-CODEINE	AL	Salud Física, Oncología

- (3) Los siguientes medicamentos se **remueven** del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación:

Nombre del medicamento	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario al que se incluye
Flutamide Oral Capsule 125 MG	Eulexin	--	Non PDL
Flurazepam HCl Oral Capsule 15 MG	Dalmane	--	
Flurazepam HCl Oral Capsule 30 MG	Dalmane	--	
Mestinon Oral Solution 60 MG/5ML	--	--	
Soliris Intravenous Solution 300 MG/30ML	--	--	

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.

Cordialmente,



Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS
Directora Ejecutiva