



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

CARTA NORMATIVA 08-0930

30 de septiembre de 2008

**A TODAS LAS ASEGURADORAS,
COMPAÑÍAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL,
ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE CONTRATACION DIRECTA,
GRUPOS MEDICOS DE CONTRATACION DIRECTA,
CENTROS PRIMARIOS, ASOCIACIONES DE PRÁCTICA INDEPENDIENTE
Y PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL SEGURO DE SALUD
DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

A continuación se detallan los cambios a la Lista de Medicamentos Preferidos (“PDL”) de Salud Física del Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, **efectivos el 1 de octubre de 2008.**

Los siguientes medicamentos **se incluyen** en el PDL como se describe a continuación.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Sevelamer carbonate tab	Renvela	PA,P
Dasatinib tab.	Sprycel	PA,P
Sunitinib cap.	Sutent	PA,P
Pegfilgrastim inj.	Neulasta	PA,P

Los siguientes medicamentos **quedarán cubiertos** como se describe a continuación.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Penicillin G Procaine inj.		
Penicillin G Benzathine inj.	Bicillin LA	

Ciprofloxacin tab. (250mg, 500mg, 750mg)	Cipro	
Didanosine sol.	Videx	
Didanosine delayed release cap. (125mg)	Videx EC	
Staduvine cap., sol.	Zerit	
Donepezil tab., ODT	Aricept	P
Rivastigmine cap., sol, patch	Exelon	P
Adalimumab inj.	Humira, Humira Pen	PA, P
Antihemophilic factor (human) for inj.	Hemofil M, Alphanate, Monarc M, Monoclote P, Koate HP, Koate DVI	PA,P PA PA PA PA PA
Antihemophilic factor recombinant inj.	Recombinate, Advate, Helixate, Bioclote, Kogenate, Refacto	PA,P PA,P PA PA PA PA
Antiinhibitor coagulant complex inj.	Feiba VH	PA,P
Albuterol HFA inh.	ProAir HFA, Proventil HFA Ventolin HFA	P P NF
Fluticasone inhalation powder	Flovent HFA, Flovent Diskus	P P
Fluticasone/ Salmeterol powder	Advair Diskus, Advair HFA	ST,P ST,P

Ketorolac ophth. sol.	Acular Acular PF Acular LS	PA,P (máximo 90 días) NF NF
Diclofenac ophth. sol.	Voltaren	PA (máximo 90 días)
Dorzolamide ophth. sol	Trusopt Plus	
Leuprolide inj. (todas las presentaciones)	Eligard	PA,P
Leuprolide inj. (todas las presentaciones)	Lupron	PA,P
Cyclosporine modified cap. sol.	Neoral	PA
Epoetin alfa inj.	Procrit	PA, P
Sargramostin inj.	Leukine	PA, P

Los siguientes medicamentos **quedarán excluidos** del PDL efectivo el 1 de octubre de 2008, **pero tendrán un período de gracia de 31 días** que expira el 31 de octubre de 2008. **Se honrarán repeticiones** para estos medicamentos **hasta el 31 de diciembre de 2008**.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Oxycodone SR tab.	Oxycontin	
Alendronate/Vit. D tab.	Fosamax Plus D	P
Budesonide nasal susp.	Rhinocort AQ	P
Mometasone furoate nasal susp.	Nasonex	P
Zafirlukast tab.	Accolate	
Cyclosporine modified cap. sol.	Gengraf	PA

El siguiente medicamento **se reclasifica** de la sección de Obstetricia y Ginecología a la sección 15.3.1 bajo medicamentos de Cáncer.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Megestrol acetate tab., susp.	Megace	

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. El nombre de marca se menciona sólo para su referencia.

De tiempo en tiempo los medicamentos en este PDL, o las instrucciones de despacho, podrán cambiar y ustedes serán debidamente informados.

Cordialmente,



Lcda. Minerva Rivera
Directora Ejecutiva