



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

CARTA NORMATIVA 10-1228

28 de diciembre de 2010

**A LAS ASEGURADORAS,
COMPAÑÍA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL,
GRUPOS MÉDICOS PRIMARIOS,
Y PROVEEDORES PARTICIPANTES DE MI SALUD**

A continuación se detallan los cambios a la Lista de Medicamentos Preferidos (“PDL”) de Salud Física de MI Salud, **efectivos el 1 de enero de 2011.**

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 |
|--|------------------------|----------------------------|
| Losartan tab. | Cozaar® | |
| Losartan HCT tab. | Hyzaar® | |
| Pancreatic enzymes | Creon® | P |
| Saxagliptin tab. | Onglyza® | ST, P |
| Coagulation factor IX recombinant inj. | Benefix® | PA, P |
| Lanthanum carbonate chew tab. | Fosrenol® | PA,P |
| Cinacalcet tab. | Sensipar® | PA,P |
| Albuterol HFA inh. | Ventolin HFA® | P |
| Sorafenib tab. | Nexavar® | PA, P |
| Interferon beta-1B inj. | Extavia® | 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 |
|--|---------------------------------|----------------------------|
| Abacavir tab., sol. | Ziagen [®] | P |
| Lamivudine tab., sol. | Epivir HBV [®] | PA |
| Sumatriptan nasal spray | Imitrex [®] | LC= 6 inh. |
| Sumatriptan tab. | Imitrex [®] | LC= 6 tab. |
| Pramipexole tab. | Mirapex [®] | |
| Donepezil tab., ODT | Aricept [®] | |
| Rivastigmine cap., sol. | Exelon [®] | |
| Memantine tab., sol. | Namenda [®] | ST |
| Rivastigmine patch | Exelon Patch [®] | P |
| Tazarotene cr., gel | Tazorac [®] | |
| Acitretin cap. | Soriatane [®] | P |
| Omeprazole cap. | Prilosec [®] | LC= 8 semanas |
| Hydrocortisone acetate/ Pramoxine rectal cr. | Analpram HC [®] | |
| Rosiglitazone/Metformin tab. | Avandamet [®] | |
| Rosiglitazone tab. | Avandia [®] | |
| Pioglitazone tab. | Actos [®] | |
| Betamethasone acetate & sodium phosphate inj. | Celestone Soluspan [®] | OB-GYN |
| Aurothioglucose inj. | Solganal [®] | PA |
| Auranofin cap. | Ridaura [®] | PA |
| Loratadine OTC tab., syr. | Claritin [®] | OTC |

| | | |
|--|--|----------------------------|
| Estradiol/ Norethindrone acetate tab. | Activella [®] | |
| Estradiol vaginal tab. | Vagifem [®] | |
| Dipyridamole/ASA cap. | Aggrenox [®] | |
| Antihemophilic factor (human) for inj. | Hemofil M [®] | PA,P |
| Antihemophilic factor recombinant inj. | Advate [®] , Kogenate [®] | PA,P PA,P |
| Salmeterol inh., diskus | Serevent [®] | |
| Tiotropium inhalation powder | Spiriva [®] | PA |
| Budesonide inh. susp. (respules) | Pulmicort [®] | |
| Tobramycin ophth. oint. | Tobrex [®] | |
| Ciprofloxacin opht. oint. | Ciloxan [®] | |
| Tobramycin/ Dexamethasone opht. susp. | Tobradex [®] Tobradex oint. [®] | NF |
| Temozolamide cap. | Temodar [®] | PA |
| Interferon alfa-2B inj. | Intron A [®] | PA |

Los siguientes productos quedarán excluidos del PDL efectivo el 1 de enero de 2011, pero tendrán un período de gracia de 31 días que expira el 31 de enero de 2011. Se honrarán repeticiones para estos productos hasta el 31 de enero de 2011.

| Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico) | Nombre de Marca | Guías de Referencia |
|--|------------------------|----------------------------|
| Adefovir tab. | Hepsera [®] | PA |
| Eletriptan tab. | Relpax [®] | P, LC=6 tab. |
| Tinzaparin inj. | Innohep [®] | PA |
| Epoietin alpha inj. | Epogen [®] | PA, P |
| Interferon alfa-2A inj. | Roferon A [®] | PA |

Los siguientes productos **quedarán excluidos** del PDL efectivo el 1 de enero de 2011, **pero tendrán un período de gracia de 90 días** que expira el 31 de marzo de 2011. Se honrarán repeticiones para estos productos hasta el 31 de marzo de 2011.

| Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico) | Nombre de Marca | Guías de Referencia |
|--|------------------------|----------------------------|
| Lovastatin tab. | Mevacor® | |
| Albuterol HFA inh. | Proventil HFA® | P |

Informamos que otros medicamentos o presentaciones de medicamentos han sido removidos del PDL al no tener NDC activos por no estar disponibles en el mercado.

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,



Frank R. Díaz Ginés, MHSA
 Director Ejecutivo

FARM