



CARTA NORMATIVA 14-1224-2

24 de diciembre de 2014

A: **Aseguradora / TPA,
Compañía de Servicios de Salud Mental,
Administrador del Beneficio de Farmacia,
Grupos Médicos Primarios
y Proveedores Participantes del Plan de Salud del Gobierno**

Asunto: **Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos Salud Mental 2015-2016**

A continuación se detallan los cambios a la Lista de Medicamentos Preferidos (“PDL”) de Salud Mental efectivos el 1 de enero de 2015.

El siguiente medicamento se incluye en los PDL como se describe a continuación.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Bupropion XL tab.	Wellbutrin XL®	

Los siguientes medicamentos quedarán cubiertos como se describe a continuación. Se cubrirán en su versión genérica los que tengan disponible.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Dexamylphenidate ER cap.	Focalin XR®	ST, P, AL 6-18 yrs
Atomoxetine cap.	Strattera®	PA, P, AL 6-18 yrs
Clonazepam tab. (excepto 2mg)	Klonopin®	
Lorazepam tab., conc. (excepto 2mg)	Ativan®	
Temazepam (excepto 7.5mg y 22mg) cap.	Restoril®	
Dextroamphetamine tab.	Dexedrine®	AL 4-18 yrs

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Methylphenidate tab.	Ritalin®	AL 6 -18 yrs
Methylphenidate CR tab.	Metadate ER®/ Ritalin SR®	AL 6-18 yrs
Methylphenidate SA OSM tab.	Concerta®	ST, AL 6-18 yrs
Amphetamine/ Dextroamphetamine tab.	Adderal®	AL 4-18 yrs
Dextroamphetamine SR 24hr. cap.	Dexedrine®	AL 4-18 yrs
Dexmethylphenidate regular release tab.	Focalin®	AL 6-18 yrs

Los siguientes productos quedarán excluidos de los PDLs efectivo el 1 de enero de 2015, sin embargo todos tendrán un periodo de gracia de 90 días que expira el 31 de marzo de 2015. Se honrarán repeticiones para estos productos hasta el 31 de marzo de 2015.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Clomipramine cap.	Anafranil®	
Desipramine tab.	Norpramin®	
Escitalopram sol.	Lexapro®	Se honrará a pacientes actuales
Duloxetine cap.	Cymbalta®	PA
Loxapine cap.	Loxitane®	PA, P
Clozapine tab.	Clozaril®	
Ziprasidone cap.	Geodon®	
Quetiapine ER	Seroquel XR®	
Lamotrigine chew disp tab.	Lamictal CD®	
Divalproex sodium extended release tab.	Depakote ER®	

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Chlordiazepoxide cap.	Librium®	
Estazolam tab.	Prosom®	
Clorazepate tab.	Traxene®	
Oxazepam cap.	Serax®	
Hydroxyzine pamoate susp.	Vistaril®	
Methylphenidate CR cap. (Modified Release)	Metadate CD®	ST, AL 6-18 yrs

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,



William Rufz Alejandro
Director Cumplimiento
Asuntos Clínicos y Farmacia

c Nayda Rivera, abarca health
 Nélide Luna, mc-21