



CARTA NORMATIVA 14-1224

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 de Salud Física 2015-2016**

A continuación se detallan los cambios a la Lista de Medicamentos Preferidos (“PDL”) de Salud Física y formularios de especialidades del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, **efectivos el 1 de enero de 2015.**

Los siguientes medicamentos **se incluyeron** 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	PDL
Abixaban tab.	Eliquis®	PA, P	Salud Física
Rivaroxaban tab.	Xarelto®	PA, P	Salud Física
Alogliptin tab.	Nesina®	ST, P	Salud Física, Nefrología
Alogliptin/ Metformin tab.	Kazano®	ST, P	Salud Física, Nefrología
Alogliptin/ Pioglitazone tab.	Oseni®	ST, P	Salud Física, Nefrología
Abatacept inj.	Orencia®	PA, P	Salud Física
Certolizumab inj.	Cimzia®	PA, P	Salud Física
Infliximab inj.	Remicade®	PA, P	Salud Física
Lacosamide tab. sol.	Vimpat®	PA, P	Salud Física

Riociguat tab.	Adempas [®]	PA, P	Salud Física
Sildenafil	Revatio [®]	PA	Salud Física
Interferon Beta 1B inj.	Betaseron [®]	PA, P	Salud Física
Somatropin inj.(FlexPro & FlexPen)	Norditropin [®]	PA, P	Salud Física
Coagulation Factor IX inj.	Rixubis [®]	PA, P	Salud Física
Regorafenib tab.	Stivarga [®]	PA, P	Salud Física, Oncología
Insulin Lispro inj.	Humalog Mix 50/50 & 75/25 [®]		Salud Física, Nefrología, OBGyn

Los siguientes medicamentos **quedarán cubiertos** como se describe a continuación. Se cubrirán en su versión genérica.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia	PDL
Celecoxib cap.	Celebrex [®]		Salud Física, Oncología
Acitretin cap.	Soriatane [®]		Salud Física
Cromolyn conc.	Gastrocrom [®]		Salud Física
Abacavir/Lamivudine/Zidovudine tab.	Trizivir [®]		Salud Física, VIH-SIDA
Nevirapine tab. susp.	Virammune [®]		Salud Física, VIH-SIDA

Los siguientes productos **quedarán excluidos** de los PDLs efectivo el 1 de enero de 2015, sin embargo los marcados con asterisco (*), 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
*Pindolol tab.	Viaken [®]	
*Etanercept inj.	Enbrel [®]	PA,P
*Cinacalcet tab.	Sensipar [®]	PA,P
*Niacin CR tab.	Niaspan [®]	
Oxycodone tab., cap.	Roxicodone [®]	

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Moxifloxacin tab.	Avelox®	P
*Conjugated estrogens tab., vag.	Premarin®	P
*Conjugated estrogens/ Medroxyprogesterone tab.	Prempro®	P
Terconazole supp.	Terazol 3®/ Terazol 7®	
Clindamycin phosphate supp.	Cleocin®	
*Leucovorin inj.		
*Coagulation factor IX inj.	Benefix®	PA, P
*Albuterol tab.	Proventil®	
*Tiotropium inh. powder	Spiriva®	
Ciprofloxacin ophth. oint.	Ciloxan®	
Fluorometholone ophth. susp.	Eflone®	
*Sunitinib cap.	Sutent®	PA,P
*Dipyridamole/ ASAcap.	Aggrenox®	PA, P
*Coagulation factor IX recombinnat inj.	Benefix®	PA,P
*Antihemophilic factor VIII	Xyntha®	PA,P
*Somatropin inj.	Omnitrope®	PA,P
*Leuprolide inj.	Eligard®	PA,P
*Sargramostin inj.	Leukine®	PA,P
*Mesalamine CR cap.	Pentasa®	P
*Risedronate tab.	Actonel®	
*Interferon Beta 1B inj.	Extavia®	PA,P
Burrow's (Acetic Acid2%/Alum. Acetate) otic sol.	Domeboro®	

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Acetic Acid/ Hydrocortisone otic sol.	Vosol HC [®]	PA
Diphenoxylate/ Atropine tab., liq.	Lomotil [®]	
*Budesonide cap.	Entocort EC [®]	
Hydrocortisone rectal cr. (2.5%)	Anusol HC [®]	
Hydrocortisone acetate/Pramoxine rectal foam	Proctofoam HC [®]	
Ergotamine tartrate/ Caffeine tab.	Cafergot [®]	
Prometazine supp.	Phenergan [®]	
Trimethobenzamide supp., inj.	Tigan [®]	
Trihexyphenidyl elixir	Artane [®]	
Oxazepam cap.	Serax [®]	
*Levalbuterol HCl Soln Nebu.	Xopenex [®]	

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 Ruíz Alejandro
 Director Cumplimiento
 Asuntos Clínicos y Farmacia

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