



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