



Carta Normativa 23-0815

15 de agosto de 2023

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 detalla cambios al Formulario de Medicamentos en la Cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico (PSV).

- (1) Los siguientes **medicamentos** se añaden al formulario en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación. Estos cambios serán efectivos el **30 de agosto de 2023**.

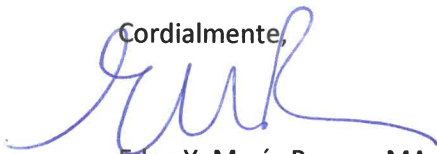
Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Lonsurf Oral Tablet 15-6.14 MG	--	PA	Salud Física y Oncología
Lonsurf Oral Tablet 20-8.19 MG	--	PA	Salud Física y Oncología
Tukysa Oral Tablet 150 MG	--	PA	Salud Física y Oncología
Tukysa Oral Tablet 50 MG	--	PA	Salud Física y Oncología
Braftovi Oral Capsule 75 MG	--	PA	Salud Física y Oncología
Lumigan Ophthalmic Solution 0.01 %	--	--	Salud Física
Tadalafil (PAH) Oral Tablet 20 MG	Adcirca	PA	Salud Física
Orenitram Oral Tablet Extended Release 0.125 MG	--	PA	Salud Física
Orenitram Oral Tablet Extended Release 0.25 MG	--	PA	Salud Física
Orenitram Oral Tablet Extended Release 1 MG	--	PA	Salud Física
Orenitram Oral Tablet Extended Release 2.5 MG	--	PA	Salud Física
Orenitram Oral Tablet Extended Release 5 MG	--	PA	Salud Física
Prolia Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60 MG/ML	--	PA	Salud Física
Pirfenidone Oral Tablet 267 MG	Esbriet	PA	Salud Física
Pirfenidone Oral Tablet 534 MG	Esbriet	PA	Salud Física
Pirfenidone Oral Tablet 801 MG	Esbriet	PA	Salud Física
Raloxifene HCl Oral Tablet 60 MG	Evista	PA	Salud Física y Oncología

- (2) El siguiente **medicamento** se remueve del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación. Este cambio será efectivo el **30 de agosto de 2023**.

Nombre del medicamento que se remueve del PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario
Ventavis Inhalation Solution 10 MCG/ML	--	PA	Non PDL
Ventavis Inhalation Solution 20 MCG/ML	--	PA	Non PDL

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.

Cordialmente,



Edna Y. Marín Ramos, MA
Directora Ejecutiva