



Carta Normativa 24-0830-3

30 de agosto de 2024

A: Farmacias, Grupos Médicos Primarios, Proveedores Participantes del Plan Vital, Aseguradoras y Administrador del Beneficio de Farmacia

RE: Inclusiones productos GPL-1, HIV PrEP al PDL & Terapias Genéticas y Celulares en la cobertura por parte médica

La Administración de Seguros de Salud (ASES) en su compromiso de mejorar la cubierta de medicamentos a nuestra población servida por el Plan Vital, deseamos anunciar que las siguientes cubiertas han sido incluidas con efectividad retroactiva al **1 de julio de 2024**.

I. Cobertura Profilaxis Pre-Exposición VIH (HIV PrEP)

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Emtricitabina/ Tenofovir 200-300mg tab	Truvada®	PA	Salud Física
Descovy® tab. 200-25mg		PA	Salud Física
Apretude® IM suspension ER 600mg/3ml		PA	Salud Física

MS
Nota: La metodología de pago de estos medicamentos será: AWP- 17.5% de descuento o MAC para los genéricos + tarifa de dispensación (*dispensing fee*) correspondiente a su farmacia. Esta metodología es aplicable solamente a las farmacias independientes, de CDT y hospital. Las entidades que compran a precios 340b recibirán un reembolso del costo más el *dispensing fee* acordado. El costo de estas terapias será pagado por el Plan Vital en su totalidad (*Non Risk Arrangement*).

II. GLP-1 para pacientes de obesidad mórbida

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Zepbound® SQ autoinector 2.5mg/0.5ml, 5mg/ 0.5ml, 7.5mg/ 0.5ml, 10mg/ 0.5ml, 12.5mg/ 0.5ml, 15mg/ 0.5ml,		PA	Salud Física
Wegovy® SQ autoinector 0.25mg/ 0.5ml, 0.5mg/ 0.5ml, 1mg/0.5ml, 1.7mg/ 0.75ml, 2.4mg/0.75		PA	Salud Física



III. Terapias Genéticas y Celulares

Plan Vital estará cubriendo Terapias Genéticas y Celulares. Los MCOs estarán pre autorizando las solicitudes caso a caso. Plan Vital está considerando la creación de protocolos clínicos estandarizados para estas condiciones y tratamientos.

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,

Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS
Directora Ejecutiva