



Carta Normativa 25-0721-A

22 de agosto de 2025

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 presenta una enmienda a la Carta Normativa 25-0721, emitida el 21 de julio de 2025. Esta enmienda detalla los cambios realizados al Formulario de Medicamentos de la cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico (PSV). Dichos cambios entraron en vigor el 18 de agosto de 2025

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Simlandi Subcutaneous Auto-injector 40 mg/0.4ml Subcutaneous Prefilled Syringe 80 mg/0.8ml Simlandi Subcutaneous Prefilled Syringe 20 mg/0.2ml Simlandi Subcutaneous Prefilled Syringe 40 mg/0.4ml	Humira	PA	Salud Física
Cyltezo Subcutaneous Auto-injector 40 mg/0.8ml	Humira	PA	Salud Física
Selarsdi Subcutaneous Solution 45 mg/0.5ml Selarsdi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45 mg/0.5ml Selarsdi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 90 mg/mL Selarsdi Intravenous Infusion 130 mg/26 mL (5mg/ml)	Stelara	PA	Salud Física
Yesintek Subcutaneous Solution 45 mg/0.5ml Yesintek Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45mg/0.5ml Yesintek Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 90 mg/ml Yesintek Intravenous Infusion 130 mg/26 mL (5mg/mL)	Stelara	PA	Salud Física

Exhortamos a referirse al [Purple Book](#) para obtener información sobre el estatus de intercambiabilidad, con el fin de identificar qué dosis y presentaciones pueden ser intercambiables con el producto de referencia. Dentro de los productos biosimilares que se incluyen en el formulario existen varias presentaciones intercambiables incluidas en el *Purple Book* con los medicamentos de referencia Humira® y Stelara® lo cual facilita el proceso de intercambio. Les recordamos que este proceso debe realizarse conforme a la *Ley de Farmacia* vigente. Favor de hacer referencia al *Artículo 5.04 -Medicamentos con requisitos especiales para su dispensación a la categoría (d) Productos Biológicos en donde se menciona que el intercambio de productos biológicos no es automático y un farmacéutico en Puerto Rico podrá sustituir un producto biológico de referencia únicamente si se cumplen tres condiciones: (1) el producto biológico ha sido aprobado por la FDA como intercambiable y está incluido en el Purple Book o el Orange Book, según corresponda; (2) el prescribiente no ha indicado la frase "No Intercambie" en la receta, ya sea escrita a mano o enviada electrónicamente conforme a la ley; y (3) el farmacéutico informa al paciente que el producto puede ser sustituido por uno intercambiable y le comunica que tiene el derecho de rehusar dicha sustitución.*

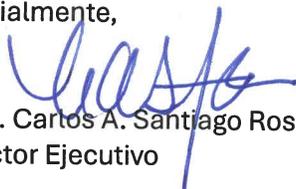
Para facilitar el proceso de transición y asegurar la seguridad y educación de los beneficiarios, ASES ha decidido brindar un periodo de transición o “grandfathering” de dos (2) meses el cual tiene fecha de vencimiento el **20 de octubre de 2025**.

Los siguientes medicamentos se remueven del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación. Estos cambios serán efectivos el 18 de agosto de 2025.

Nombre del medicamento que se remueve de PDL	Guía de Referencia	Formulario al que se incluye
Humira Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml Humira Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.4ml Humira Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.8ml Humira Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 10 mg/0.1ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 20 mg/0.2ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.4ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.8ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 10 mg/0.2ml Humira-CD/UC/HS Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml Humira Pediatric Crohn’s Starter Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.8ml Humira-Ps/UV/Adol HS Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.8ml Humira-Ped>=40kg Crohn’s Start Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 80 mg/0.8ml Humira-Psoriasis/Uveit Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml & 40mg/0.4ml Humira Pen Subcutaneous Pen-injector Kit 40 mg/0.8ml Humira Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 20 mg/0.4ml Humira-Ped<40kg Crohn’s Starter Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 80 mg/0.8ml & 40mg/0.4ml Humira-CD/UC/HS Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 40 mg/0.8ml Humira-Ped>=40kg UC Starter Subcutaneous Auto-injector Kit 80 mg/0.8ml Humira Pediatric Crohns Start Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 mg/0.8ml	PA	Non PDL

Recuerden que los medicamentos cubiertos en el beneficio de farmacia son aquellos que están en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL), que como regla general es genérico mandatorio o el intercambio por genérico bioequivalente clasificado “AB” según el Orange Book, excepto aquellos medicamentos originales identificados en el PDL. Medicamentos biológicos como regla general, deben utilizar biosimilares intercambiables incluidos en el PDL, según el Purple Book.

Cordialmente,



Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, JD, L.L.M., MSHA, FACHE, CHC
 Director Ejecutivo