



11 de febrero de 2026

Carta Normativa 26-0211

A: Organizaciones de Cuidado Coordinado de Salud (MCOs, por sus siglas en inglés) contratadas bajo el Plan de Salud del Gobierno – Plan Vital, Administrador del Beneficio de Farmacia, Farmacias, Grupos Médicos Primarios (GMP), y Proveedores participantes

Asunto: Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)

A continuación, se detallan los cambios al Formulario de Medicamentos en la Cubierta del Plan Vital del Gobierno de Puerto Rico. Estos cambios serán efectivos el 16 de marzo de 2026.

(1) Los siguientes medicamentos se añaden al PDL como se detalla a continuación:

Nombre del medicamento que entra al PDL	Guía de Referencia	Formulario
Bildyos® Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60 mg/ml ¹	PA QL	Salud Física
Bilprevda® Subcutaneous Solution 120 mg/1.7ml ²	PA QL	Salud Física
Xyntha® Intravenous Kit 250 Unit, 500 Unit, 1000 Unit, 2000 Unit	PA	Salud Física
Xyntha® Solofuse Intravenous Kit 250 Unit, 500 Unit, 1000 Unit, 2000 Unit, 3000 Unit	PA	Salud Física
Acthar® Gel Subcutaneus Pen-Injector 40 Unit/0.5ml, 80 Unit/ml, Injection Gel 80 Unit/ml	PA	Salud Física
Teriflunomide Oral Tablet 7mg, 14mg	PA	Salud Física

¹Bildyos es el biosimilar de Prolia® y se añade un QL de 1 syringe cada 6 meses.

²Bilprevda es el biosimilar de Xgeva® y se añade un QL de 1 vial cada 28 días. En los casos en que se requieran dosis adicionales, luego de la primera dosis la aseguradora deberá evaluar la excepción de este límite.

(2) Los siguientes medicamentos se remueven del PDL como se detalla a continuación:

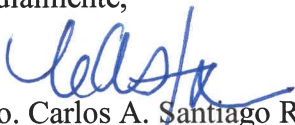
Nombre del medicamento que sale del PDL	Guía de Referencia	Formulario
Advate® Intravenous Solution Reconstituted 250-unit, 500-unit, 1000-unit, 1500-unit, 2000-unit, 3000-unit, 4000-unit	--	Non PDL
Prolia® Subcutaneous Solution 60 mg/ml, Prolia Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60 mg/ml		
Neulasta® Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 6 mg/0.6ml, Neulasta® Onpro Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 6 mg/0.6ml		
Neupogen® Injection Solution Prefilled Syringe 480 mcg/0.8ml, 300 mcg/0.5ml, Neupogen Injection Solution 480 mcg/1.6ml, Neupogen® Solution 300 mcg/ml	—	Non PDL
Procrit® Injection Solution 40000 Unit/ml, 3000 Unit/ml, 2000 Unit/ml, 10000 Unit/ml, 4000 Unit/ml, 20000 Unit/ml		
Advocate Insulin Pen Needles, BD AutoShield Duo ³	—	Non-Formulary
Advocate Insulin Syringe, BD Insulin Syringe, BD Insulin Syringe MicroFine, BD Insulin Syringe U/F, BD Insulin Syringe Ultrafine, BD SafetyGlide Insulin Syringe, Comfort EZ Insulin Syringe, Easy Comfort Insulin Syringe, UltiCare Insulin Syringe ⁴		

³Los pen needles disponibles en PDL son: BD Pen Needle Micro Ultrafine, BD Pen Needle Mini Ultrafine, BD Pen Needle Nano 2nd Gen, BD Pen Needle Nano Ultrafine, BD Pen Needle Orig Ultrafine, BD Pen Needle Short Ultrafine, Easy Touch Pen Needles, Embecta AutoShield Duo, Embecta Pen Needle Nano, Embecta Pen Needle Nano 2 Gen, Embecta Pen Needle Ultrafine, Leader Unifine Pentips Plus, Medicine Shoppe Pen Needles, Pen Needles, Pentips Generic Pen Needles, Sure Comfort Pen Needles, TRUEplus 5-Bevel Pen Needles & UltiCare Short Pen Needles.

⁴Las jeringuillas disponibles en PDL son: Easy Touch Insulin Syringe, GNP Insulin Syringe, Insulin Syringe, Insulin Syringe-Needle U-100, Monoject Insulin Syringe, Monoject Ultra Comfort Syringe, ReliOn Insulin Syringe, Sure Comfort Insulin Syringe & TRUEplus Insulin Syringe.

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, LL.M., MHSA, FACHE, CHC
Director Ejecutivo