



7 de septiembre de 2023

**Carta Normativa 23-0907**

**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 en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL): Medicamentos genéricos

A continuación, se detallan los cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) de la Cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico (PSG). Estos cambios serán efectivos el **20 de septiembre de 2023**.

(1) Los siguientes medicamentos **genéricos** se añaden al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) según se detalla a continuación.

Nombre del medicamento genérico que se añade al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Melphalan Oral Tablet 2 MG <sup>1</sup>	ALKERAN®	--	Salud Física, Oncología
Praziquantel Oral Tablet 600 MG <sup>1</sup>	BILTRICIDE®	PA	Salud Física
Lurasidone HCl Oral Tablet 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG, 120 MG <sup>1</sup>	LATUDA®	PA	Salud Mental
Aminocaproic Acid Oral Solution 0.25 GM/ML <sup>1</sup>	AMICAR®	PA	Salud Física
Azathioprine Oral Tablet 100 MG, 75 MG <sup>1</sup>	AZASAN®	--	Salud Física
Fingolimod HCl Oral Capsule 0.5 MG <sup>2</sup>	GILENYA®	PA	Salud Física

<sup>1</sup> Se remueve el medicamento original del PDL.

<sup>2</sup> Permanece el medicamento original en el PDL.

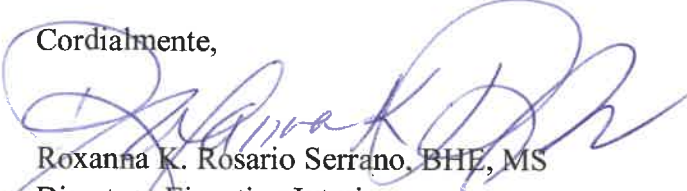
(2) Los siguientes medicamentos originales se remueven del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y se añaden al Listado de Medicamentos No Preferidos (Non PDL).



Nombre del medicamento original que se remueve del PDL. (Sus genéricos permanecen o se incluyen al PDL)	Formulario
Alkeran® Oral Tablet 2 MG	Listado de Medicamentos No Preferidos (Non PDL)
Biltricide® Oral Tablet 600 MG	
Latuda® Oral Tablet 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG, 120 MG	
Sustiva® Oral Tablet 600 MG	
Amicar® Oral Solution 0.25 GM/ML	
Rapamune® Oral Solution 1 MG/ML	
Azasan® Oral Tablet 100 MG, 75 MG	
Delzicol® Oral Capsule Delayed Release 400 MG	
Nitrostat® Sublingual Tablet Sublingual 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG	
Vagifem® Vaginal Tablet 10 MCG	
Yuvafem® Vaginal Tablet 10 MCG	

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,



Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS  
Directora Ejecutiva Interina