



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

CARTA NORMATIVA 06-1201

1 de diciembre de 2006

**A TODAS LAS ASEGURADORAS,
COMPAÑÍAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL,
ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE CONTRATACION DIRECTA,
GRUPOS MEDICOS DEL DEMOSTRATIVO DE CONTRATACION DIRECTA,
CENTROS PRIMARIOS, ASOCIACIONES DE PRÁCTICA INDEPENDIENTE
Y PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL SEGURO DE SALUD
DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

A continuación se detallan cambios a la Lista de Medicamentos Preferidos (“PDL”) de Salud Física del Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Los siguientes medicamentos se incluyen en el PDL efectivo el 1 de noviembre de 2006.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Entecavir tab., sol.	Baraclude	PA, P
Voriconazole tab., susp., inj.	Vfend	PA, P
Losartan tab.	Cozaar	ST, P
Losartan/HCTZ tab.	Hyzaar	ST, P
Irbesartan/HCTZ tab.	Avalide	ST, P
Rosuvastatin tab.	Crestor	P
Eletriptan tab.	Relpax	P, LC=6 tab.
Levetiracetam tab., sol.	Keppra	ST, P
Aprepiptan cap.	Emend	PA, P
Carbidopa/Levodopa/Entacapone tab.	Stalevo	P
Memantine tab., sol.	Namenda	ST, P
Tazarotene cr., gel	Tazorac	ST, P
Etanercept inj.	Enbrel	PA, P
Infliximab inj.	Remicade	PA
Omeprazole*cap.	Prilosec	LC= 8 semanas, Genérico solamente
Rosiglitazone/Metformin tab.	Avandamet	P
Human Insulin (regular, NPH, 70/30, lente) vial	Humulin	P
Insulin lispro vial	Humalog	ST, P
Insulin aspart vial	Novolog	ST, P
Insulin glargine vial	Lantus	PA,P

Metronidazole vaginal gel	Vandazole	P
Alendronate/Vit D tab.	Fosamax Plus D	PA,P
Risedronate tab.	Actonel	PA, P
Dipyridamole/ASA cap.	Aggrenox	PA, P
Tiotropium inh.	Spiriva	PA, P
Beclomethasone inh.	Qvar	P
Capecitabine tab.	Xeloda	PA
Lantrozole tab.	Femara	P
Leuprolide inj. (7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg)	Eligard	PA, P
Cyclosporine modified cap., sol.	Neoral (branded)	PA, P

Los siguientes medicamentos quedan cubiertos como se describe a continuación.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Azithromycin tab., susp., powder pack for susp. (1gm)	Zithromax	P, LC=6 inhalers
Sumatriptan Nasal Spray/inh.	Imitrex Nasal Spray	ST
Gabapentin sol.	Neurontin	ST
Lamotrigine chew disp. tab.	Lamictal CD	P
Ropinirole tab.	Requip	P
Donepezil tab., ODT	Aricept	
Ofloxacin otic sol.	Floxin Otic	
Acarbose tab.	Precose	
Estradiol/Norethindrone tab.	Activella	P
Conjugated estrogens vaginal cr.	Premarin Vaginal	P
Fluticasone nasal susp.	Flonase	
Albuterol tab., syr.	Ventolin, Proventil	P
Albuterol HFA inh.	Proventil HFA	NF
	Ventolin HFA y otros	P
Fluticasone inh., powder	Flovent HFA	NF
	Flovent	NF
	Flovent Rotadisk	NF
Fluticasone/ Salmeterol powder	Advair Diskus	ST, P
	Advair HFA	NF
Cromolyn inh.	Intal inh.	P
Finasteride tab. (5mg)	Proscar	ST
Leuprolide inj. (3.75mg, 11.25mg, 7.5mg ped, 11.25mg ped, 15mg ped)	Lupron	PA,P
Mycophenolate mofetil tab., cap., liq.	CellCept	PA
Epoetin alfa inj.	Epogen	PA,P

Los siguientes medicamentos se excluyen del PDL efectivo el 1 de noviembre de 2006.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Almotriptan tab. Dolasetron tab. Metronidazole vaginal gel Dalteparin inj.	Axert Anzemet Metrogel Fragmin	LC= 6 tab. PA, P P PA, P

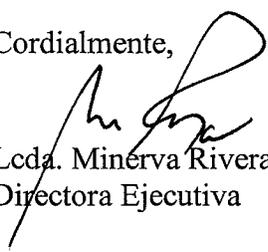
Los siguientes productos quedan excluidos del PDL efectivo el 1 de noviembre de 2006, pero tendrán un periodo de tres (3) meses (que expira el 31 de enero de 2007) para el cambio de medicamentos, de acuerdo a lo establecido en el PDL. Esto permitirá que los asegurados obtengan sus repeticiones (*refills*) hasta que puedan asistir a la cita con su médico. Cualquier cambio de medicamento deberá realizarse de acuerdo al criterio clínico del médico, tomando como referencia los productos disponibles por clase terapéutica en el PDL.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Rabeprazole tab. Ethinyl Estradiol/ Norethindrone tab Estradiol vaginal cr. Cetirizine tab., syr. Triamcinolone acetonide inh.	Aciphex Femhrt Estrace Zyrtec Azmecort	P, LC= 8 semanas P

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. El nombre de marca se menciona sólo para su referencia.

De tiempo en tiempo los medicamentos en este PDL, o las instrucciones de despacho, podrán cambiar y ustedes serán debidamente informados.

Cordialmente,



Lcda. Minerva Rivera
Directora Ejecutiva