



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

CARTA NORMATIVA 05-1201

1 de diciembre de 2005

**A TODAS LAS ASEGURADORAS,
COMPAÑIAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL,
ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE CONTRATACION DIRECTA,
GRUPOS MEDICOS DEL DEMOSTRATIVO DE CONTRATACION DIRECTA,
CENTROS PRIMARIOS, ASOCIACIONES DE PRACTICA 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 para los beneficiarios del Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

El siguiente medicamento quedará cubierto como se describe a continuación efectivo inmediatamente.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Nitrofurantoin monohydrate macrocrystalline cap.	Macrobid	

Recuerden que, como regla general, la cubierta de beneficio de farmacia es genérico mandatorio como primera opción. El nombre de marca se menciona sólo para referencia.

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

Cordialmente,

Nancy Vega Ramos, MSc, HIA, MHP
Directora Ejecutiva



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

CARTA NORMATIVA 05-1201-A

1 de diciembre de 2005

**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 PRACTICA 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 Obstetricia-Ginecología para los beneficiarios del Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

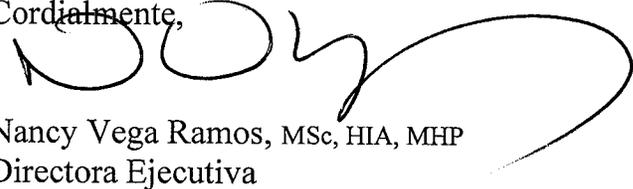
Los siguientes medicamentos quedarán cubiertos como se describe a continuación efectivo inmediatamente.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Metronidazole vaginal gel	Metrogel	P
Terconazole* vaginal cr., supp.	Terazol - 7, Terazol - 3	

Recuerden que, como regla general, la cubierta de beneficio de farmacia es genérico mandatorio como primera opción. El nombre de marca se menciona sólo para referencia.

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

Cordialmente,


Nancy Vega Ramos, MSc, HIA, MHP
Directora Ejecutiva