



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

22 de abril de 2010

**CARTA NORMATIVA 10 - 0422**

**A TODAS LAS ASEGURADORAS,  
COMPAÑÍAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL,  
ADMINISTRADORES 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**, y al **PDL especializado de Oncología** 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 el 1 de mayo de 2010 en el PDL de Salud Física**. Se eliminan las letras **ST** en la columna encabezada como Guías de Referencia, que indican cuando se requiere que las recetas de un medicamento se autoricen cumpliendo con un protocolo de terapia escalonada. En este caso se elimina el requisito de terapia escalonada.

<b>Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)</b>	<b>Nombre de Marca</b>	<b>Guías de Referencia</b>
<b>Gabapentin cap., tab.</b>	Neurontin	
Gabapentin sol.	Neurontin	
<b>Oxcarbazepine tab., susp.</b>	Trileptal	
Tiagabine tab.	Gabitril	
<b>Lamotrigine chew disp. tab.</b>	Lamictal CD	
<b>Topiramate tab., cap.</b>	Topamax	
<b>Levetiracetam tab., sol.</b>	Keppra	
<b>Lamotrigine tab.</b>	Lamictal	

Los siguientes medicamentos quedarán cubiertos como se describe a continuación en el **PDL especializado de Oncología efectivo el 1 de mayo de 2010**. Se eliminan las letras **ST** en la columna encabezada como Guías de Referencia, que indican cuando se requiere que las recetas de un medicamento se autoricen cumpliendo con un protocolo de terapia escalonada. En este caso se elimina el requisito de terapia escalonada.

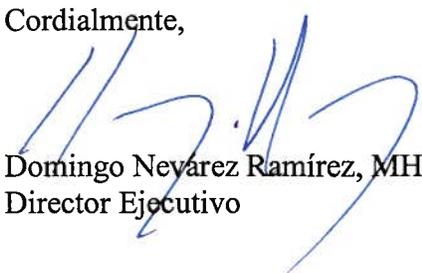
<b>Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)</b>	<b>Nombre de Marca</b>	<b>Guías de Referencia</b>
<b>Gabapentin cap., tab.</b>	Neurontin	
Gabapentin sol.	Neurontin	

En referencia a la Carta Normativa 09-1222, les recordamos que todo paciente nuevo con la condición de epilepsia, deberá comenzar en terapia de medicamentos anticonvulsivos genéricos bioequivalentes, incluidos en los PDLs de ASES. Pacientes controlados en medicamentos de marca o genéricos bioequivalentes, serán mantenidos en dichos medicamentos, según el criterio del médico que trata al paciente para esta condición.

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 estos PDLs, o las instrucciones de despacho, podrán cambiar y ustedes serán debidamente informados.

Cordialmente,

  
Domingo Nevarez Ramirez, MHSA  
Director Ejecutivo

EC