



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

CARTA NORMATIVA 08- 0117

17 de enero de 2008

**A TODAS LAS ASEGURADORAS,
COMPAÑÍAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL,
ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE CONTRATACION DIRECTA,
GRUPOS MEDICOS 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 a los **PDLs especializados de Nefrología y Oncología** para los beneficiarios del Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

El siguiente medicamento **se incluye** como se describe a continuación en el **PDL de Salud Física** efectivo el **1 de febrero de 2008**.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Adalimumab inj.	Humira	PA, P

El siguiente medicamento **se excluye** del **PDL de Salud Física** efectivo el **1 de febrero de 2008**, pero tendrá un periodo de tres (3) meses (**que expira el 30 de abril de 2008**) para el cambio de medicamento, 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
Infliximab inj.	Remicade	PA

Se aclara que el siguiente medicamento se encuentra en el **PDL de Salud Física** como se describe a continuación.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Niacin CR tab.	Niaspan	P

Se aclara que el siguiente medicamento se encuentra en el **PDL de Salud Física**, en el de **Nefrología** y en el de **Oncología** como se describe a continuación.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Cyclosporine* cap., sol.	Sandimmune	PA
Cyclosporine* cap., sol.	Sandimmune	PA,P

El siguiente medicamento fue **excluido** del **PDL de Salud Física** y del de **Oncología**.

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Aldesleukin inj.	Proleukin	PA

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 referencia.

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

Cordialmente,


Lcda. Minerva Rivera
Directora Ejecutiva