



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

CARTA NORMATIVA 10 - 0524

24 de mayo de 2010

**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 Mental** para los beneficiarios del Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Los siguientes medicamentos quedarán cubiertos como se describe a continuación en el **PDL de Salud Mental** efectivo el **1ro de junio de 2010**. Se eliminan las letras **PA** en la columna encabezada como Guías de Referencia, que indican cuando se requiere que las recetas de un medicamento sean autorizadas cumpliendo con un protocolo. En este caso se elimina el requisito de Pre-Autorización.

<b>Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)</b>	<b>Nombre de Marca</b>	<b>Guías de Referencia</b>
<b>Venlafaxine IR tab.</b>	Effexor®	
<b>Divalproex sodium EC tab., sprinkle cap.</b>	Depakote®	
Divalproex sodium EC tab., sprinkle cap.	Depakote®	<b>P</b>
<b>Divalproex sodium ER tab.</b>	Depakote ER®	
Divalproex sodium ER tab.	Depakote ER®	<b>P</b>
<b>Lamotrigine tab., chew disp tab.</b>	Lamictal®, Lamictal CD®	

Los siguientes medicamentos quedarán cubiertos como se describe a continuación en el **PDL de Salud Mental** efectivo el **1ro de junio de 2010**. Se añaden las letras **ST** en la columna encabezada como Guías de Referencia, que indican cuando se requiere que las recetas de un medicamento sean autorizadas cumpliendo con un protocolo de terapia escalonada. En este caso se añade 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>
Dexmethylphenidate cap. (Extended Release)	Focalin XR ®	<b>ST, P, AL (6-18)</b>
Methylphenidate CR cap. (Modified Release)	Concerta ®	<b>ST, P, AL (6-18)</b>

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 este PDL, o las instrucciones de despacho, podrán cambiar y ustedes serán debidamente informados.

Cordialmente,



Domingo Nevárez Ramírez, MHSA  
Director Ejecutivo

