



**Carta Normativa 24-1016-1**

16 de octubre de 2024

**A:** Farmacias, Grupos Médicos Primarios, Proveedores Participantes del Plan Vital, Aseguradoras y Administrador del Beneficio de Farmacia

**Asunto:** Cambios al Listado de Medicamentos Preferidos (PDL)

A continuación, se detallan los cambios al Formulario de Medicamentos en la Cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico (PSG). Estos cambios serán efectivos el **4 de noviembre de 2024**.

Nombre del medicamento que entra al PDL	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario y Subformulario
Lactulose Encephalopathy Oral Solution 10 GM/15ML, Lactulose Encephalopathy Oral Solution 20 GM/30ML	--	--	Salud Física
Doxazosin Mesylate Oral Tablet 1 MG Doxazosin Mesylate Oral Tablet 2 MG Doxazosin Mesylate Oral Tablet 4 MG Doxazosin Mesylate Oral Tablet 8 MG	Cardura	--	Salud Física
Amjevita Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 MG/0.4ML Amjevita Subcutaneous Solution Auto-injector 80MG/0.8ML Amjevita Subcutaneous Solution Auto-injector 40 MG/0.4ML	Humira	PA <sup>1</sup>	Salud Física

<sup>1</sup>Uso en pacientes pediátricos

Los siguientes **medicamentos** se remueven del Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) como se detalla a continuación.

Nombre del medicamento removido	Nombre de referencia	Guía de Referencia	Formulario al que se incluye
Cimetidine HCl Oral Solution 300 MG/5ML	Tagamet	--	Non PDL

Recuerden que, como regla general, la cubierta del beneficio de farmacia es genérico mandatorio o el intercambio por genérico bioequivalente clasificado "AB" por la Administración de Alimentos y Drogas, FDA por sus siglas en inglés.

Cordialmente,

  
Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS  
Directora Ejecutiva

Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2024-00267