



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO



DENTAL

Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) del Plan de Salud Vital

A B ▲ R C A

First MEDICAL
HEALTH PLAN INC.

MMM
multihealth

PLAN DE SALUD
MENONITA

TRIPLE-S SALUD 

17 de septiembre de 2025

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

A continuación, se presentan los Listados de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) del Plan de Salud Vital. Estos incluyen los formularios principales de Salud Física y Salud Mental, así como los subformularios correspondientes a las siguientes áreas: Dental, Nefrología, Obstetricia y Ginecología (OB-Gyn), Oncología, Sala de Emergencias, VIH/SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios respaldan el modelo de cuidado médico integrado que actualmente rige el Plan Vital.

- El **PDL de Salud Física** será utilizado por los médicos de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), especialistas y subespecialistas. Este formulario también podrá ser utilizado por médicos en colocación inversa dentro de las facilidades de salud mental, si el beneficiario tiene una condición mental severa (SMI, por sus siglas en inglés) y está debidamente registrado.
- El **Subformulario de Salud Física** será utilizado por médicos de la Red de Salud Mental.
- El **PDL de Salud Mental** será utilizado por los psiquiatras contratados, así como por los médicos que laboran en facilidades de tratamiento de condiciones de salud mental.
- El **Subformulario de Salud Mental (Sub Mental)** será utilizado por médicos primarios participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos incluidos en estos formularios han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios, especialistas, subespecialistas y farmacéuticos, todos ellos profesionales activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en criterios clínicos.

Cabe señalar que estos formularios son documentos dinámicos y están sujetos a cambios periódicos, los cuales se notifican mediante la emisión de Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la página de ASES, bajo Proveedores, en el siguiente enlace:
<https://www.ases.pr.gov/proveedores?tab=Farmacia&categoria=Formularios+de+Medicamentos#Farmacia>

Cordialmente,


Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, JD, L.L.M., MSHA, FACHE, CHC
Director Ejecutivo

DENTAL

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Listado de Medicamento Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el PDL del PSV a través de su Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM). Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSV.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del PDL mediante el proceso de excepción el cual explicamos en el punto número 2.

2. Proceso de Excepción

En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el PDL, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por excepción. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el PDL;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el PDL;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en PDL
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el PDL.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y la utilización de medicamentos fuera del PDL, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento solicitado, siempre se considerará la presentación genérica bioequivalente, de existir.** Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSV establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.

DENTAL

B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager o “PBM”) contratado por ASES.

C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del PDL en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.

D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán regirse por un formulario distinto al PDL, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el PDL de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.

E. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicaamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de doce (12) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.

G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.

H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia,

DENTAL

ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.

I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.

J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES. Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia.

- k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.
- l. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su médico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

4. Regla de Emergencia

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días, excepto en los casos que así se especifiquen. Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antinflamatorios no esteroidales los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSV es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la aseguradora o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.

DENTAL

PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| ANALGESICS [ANALGÉSICOS]..... | 9 |
| Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] | 9 |
| Short-Acting Opioid Analgesics [Añalgésicos Opioides De Corta Duración]..... | 9 |
| ANTIANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]..... | 9 |
| Benzodiazepines [Benzodiazepinas] | 9 |
| ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]..... | 9 |
| First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación] | 9 |
| Macrolides [Macrólidos] | 10 |
| Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] | 10 |
| Penicillins [Penicilinas] | 10 |
| Tetracyclines [Tetraciclinas] | 11 |
| ANTISEPTIC [ANTISEPTICO]..... | 11 |
| IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] | 11 |
| Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] | 11 |

DENTAL

DISEÑO DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA

Los medicamentos que aparecen en el PDL son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno. Estos medicamentos se seleccionan en base a su perfil de seguridad, eficacia constatada (costo-efectividad), existencia de bioequivalentes y el costo de tratamiento. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el PDL.

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el PDL.

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites] |
|--|-------------|---------------------------------------|--|
| THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] | | | |
| Therapeutic Class [Clase Terapéutica] | | | |
| ANALGESICS [ANALGÉSICOS] | | | |
| Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] | | | |
| ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab | Preferred | MOTRIN | QL=15 días No refills |
| indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap | Preferred | INDOCIN | |
| nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab | Preferred | RELAFEN | |
| naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab | Preferred | NAPROSYN | QL=15 días No refills |
| naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr | Preferred | NAPROSYN | QL=15 días No refills |
| salsalate 500 mg tab, 750 mg tab | Preferred | DISALCID | |
| sulindac 150 mg tab, 200 mg tab | Preferred | CLINORIL | |
| meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab | Preferred | MOBIC | QL=15 días No refills |

Para cada medicamento incluido en el PDL se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Segunda Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Tercera Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Cuarta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

DENTAL

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas. Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.

DENTAL

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites] |
|--|-------------|---------------------------------------|---|
| THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] | | | |
| Therapeutic Class [Clase Terapéutica] | | | |
| ANALGESICS [ANALGÉSICOS] | | | |
| Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsails) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] | | | |
| <i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i> | Preferred | MOTRIN | QL = 7 días |
| <i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i> | Preferred | NAPROSYN | QL = 7 días |
| <i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i> | Preferred | NAPROSYN | QL = 7 días |
| Short-Acting Opioid Analgesics [Aolgésicos Opiodes De Corta Duración] | | | |
| <i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i> | Preferred | TYLENOL- CODEINE | QL = 7 días; AL > 18 años |
| <i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i> | Preferred | TYLENOL- CODEINE | QL=6 tabletas diarias/3 días de suplido en 30 días; AL > 18 años |
| <i>hydrocodone- acetaminophen 5-325 mg tab</i> | Preferred | NORCO | QL = 6 tabletas diarias/3 días de suplido en 30 días |
| <i>meperidine hcl 50 mg/ml inj soln</i> | Preferred | DEMEROL | QL = 1 vial para 30 días |
| ANTIANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD] | | | |
| Benzodiazepines [Benzodiazepinas] | | | |
| <i>midazolam hcl 5 mg/ml inj soln</i> | Preferred | VERSED | QL = 1ml / 30 días |
| ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] | | | |
| First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación] | | | |
| <i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i> | Preferred | KEFLEX | |
| <i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i> | Preferred | DURICEF | AL ≤ 12 años |
| <i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i> | Preferred | KEFLEX | |
| <i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i> | Preferred | DURICEF | AL ≤ 12 años |

DENTAL

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites] |
|---|-------------|---------------------------------------|--|
| Macrolides [Macrólidos] | | | |
| <i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i> | Preferred | ERY-TAB | |
| <i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i> | Preferred | E.E.S. | |
| <i>ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab</i> | Preferred | | |
| <i>E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp</i> | Preferred | | |
| <i>ERYPED 200 200 mg/5ml susp</i> | Preferred | | |
| <i>ERYPED 400 400 mg/5ml susp</i> | Preferred | | |
| Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] | | | |
| <i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i> | Preferred | CLEOCIN | |
| Penicillins [Penicilinas] | | | |
| <i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i> | Preferred | AMOXIL | |
| <i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i> | Preferred | PRINCIPEN | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 250-62.5 mg/5ml susp</i> | Preferred | AUGMENTIN | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i> | Preferred | AUGMENTIN | |
| <i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i> | Preferred | VEETIDS | |

DENTAL

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites] |
|---|-------------|---------------------------------------|--|
| Tetracyclines [Tetraciclinas] | | | |
| <i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 100 mg cap</i> | Preferred | MONODOX | |
| <i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap</i> | Preferred | VIBRAMYCIN | |
| Oral Antiseptics [Antisépticos Orales] | | | |
| <i>chlorhexidine gluconate 0.12 % m/t soln</i> | Preferred | PERIDEX | |
| IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] | | | |
| Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] | | | |
| <i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i> | Preferred | DECADRON | |
| <i>dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln</i> | Preferred | DECADRON | |
| <i>triamcinolone acetonide 0.1 % m/t paste</i> | Preferred | KENALOG IN ORABASE | |

DENTAL

A

| | |
|--|----|
| <i>acetaminophen-codeine</i> | 9 |
| <i>acetaminophen-codeine #3</i> | 9 |
| <i>amoxicillin</i> | 10 |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate</i> | 10 |
| <i>ampicillin</i> | 10 |

C

| | |
|--------------------------------------|----|
| <i>cefadroxil</i> | 9 |
| <i>cephalexin</i> | 9 |
| <i>chlorhexidine gluconate</i> | 11 |
| <i>clindamycin hcl</i> | 10 |

D

| | |
|---|----|
| <i>dexamethasone</i> | 11 |
| <i>dexamethasone sodium phosphate</i> | 11 |
| <i>doxycycline hydiate</i> | 11 |
| <i>doxycycline monohydrate</i> | 11 |

E

| | |
|--|----|
| E.E.S. GRANULES | 10 |
| ERYPED 200..... | 10 |
| ERYPED 400..... | 10 |
| ERYTHROCIN STEARATE | 10 |
| <i>erythromycin base</i> | 10 |
| <i>erythromycin ethylsuccinate</i> | 10 |

H

| | |
|--|---|
| <i>hydrocodone-acetaminophen</i> | 9 |
|--|---|

I

| | |
|------------------------|---|
| <i>ibuprofen</i> | 9 |
|------------------------|---|

M

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>meperidine hcl</i> | |
| <i>midazolam</i> | 9 |

N

| | |
|--------------------------|---|
| <i>naproxen</i> | 9 |
| <i>naproxen dr</i> | 9 |

P

| | |
|-------------------------------------|----|
| <i>penicillin v potassium</i> | 10 |
|-------------------------------------|----|

T

| | |
|--------------------------------------|----|
| <i>triamcinolone acetonide</i> | 11 |
|--------------------------------------|----|

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389