

**Asunto: Cambios al Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI SALUD) efectivo el 1 de mayo de 2017**

Estimado/a Beneficiario

Para preservar la continuidad del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG), la Administración de Seguros de Salud (ASES) realizó varios cambios al Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC). Estos cambios fueron efectivos el 1 de mayo de 2017. El objetivo es garantizar el acceso a medicamentos para los beneficiarios del PSG y controlar los gastos, a tono con lo dispuesto en el Plan Fiscal de Puerto Rico certificado por la Junta de Supervisión Fiscal.

Según nuestros registros, usted está utilizando o ha utilizado en los pasados días, uno o más medicamentos de mantenimiento que sufrirán cambios. Estos medicamentos están incluidos en el Anejo 1 para su referencia.

El PSG le estará ofreciendo a todos los pacientes cuyos medicamentos estén en esta lista, incluyéndolo a usted, un periodo de gracia o de transición de noventa (90) días, el cual comienza el 1 de mayo de 2017 y expira el 1 de agosto de 2017. Durante este periodo, usted deberá visitar a su médico para cambiarse a un nuevo medicamento que esté en la cubierta del PSG.

A continuación, se presentan algunas preguntas y respuestas frecuentes por parte de los beneficiarios del PSG:

## 1. ¿QUÉ TENGO QUE HACER?

**Primero:** Verifique la lista incluida en el Anejo 1 e identifique el o los medicamentos que usted está utilizando actualmente.

**Segundo:** Visite a su médico antes del 1 de agosto de 2017 para que éste realice el cambio de su terapia a la (o las) aprobada(s) y disponible en el Formulario de Medicamentos en Cubierta. Le recomendamos que lleve todos los medicamentos que usted utiliza actualmente y esta carta a su cita médica para que la use como referencia.

**Tercero:** Una vez obtenga su nueva receta, visite una de las farmacias participantes del PSG para obtener el (o los) nuevo (s) medicamento(s) y así continuar con su tratamiento.

**2. ¿QUÉ SUCEDE SI ME QUEDAN REPETICIONES DE ALGUN MEDICAMENTO QUE APARECE EN EL ANEJO 1 Y QUE EL PSG NO CUBRIRA A PARTIR DEL 1 DE MAYO DE 2017?**

Si a usted actualmente le quedan repeticiones de algún medicamento de mantenimiento<sup>1</sup> que aparece en el Anejo 1, usted tiene derecho a obtener las mismas antes del 1 de agosto de 2017. Luego de esta fecha, el plan no pagará por estos medicamentos. Para evitar interrupciones en su tratamiento, le recomendamos que siga los pasos descritos en la respuesta a la pregunta #1 para que su médico haga los cambios necesarios a su terapia antes del 1 de agosto de 2017.

**3. ¿QUÉ SUCEDE SI TENGO UNA RECETA NUEVA DE UN MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO QUE UTILIZO ACTUALMENTE Y ES ALGUNO DE LOS MEDICAMENTO QUE APARECEN EN EL ANEJO 1 Y QUE EL PSG NO CUBRIRA A PARTIR DEL 1 DE MAYO DE 2017?**

Si usted tiene una receta nueva de algún medicamento de mantenimiento que está utilizando y que aparece en el Anejo 1, usted puede llevarla a una de las farmacias que participan en la red del plan para obtener dicho medicamento y las repeticiones que correspondan antes del 1 de agosto de 2017. Luego de esta fecha, el plan no pagará por estos medicamentos. Para evitar interrupciones en su tratamiento, le recomendamos que siga los pasos descritos en la respuesta a la pregunta #1 para que su médico haga los cambios necesarios a su terapia antes del 1 de agosto de 2017.

Si usted tiene una receta nueva para un medicamento de tratamiento agudo como lo son antibióticos y el mismo aparece en el Anejo 1, usted debe llamar o visitar la oficina de su médico para que le cambie el medicamento por uno que esté en el Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC). Estos medicamentos no gozarán del periodo de gracia de 90 días que aplica a los medicamentos de mantenimiento.

**4. ¿QUÉ SUCEDE SI NECESITO UN MEDICAMENTO QUE NO SE ENCUENTRA EN EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE CUBIERTA (FMC)?**

Si el medicamento no se encuentra en el FMC, el mismo está fuera de la cubierta del plan. Esto quiere decir que el plan no pagará por dicho medicamento. Sin embargo, si usted tiene una necesidad médica comprobada, usted tiene derecho a solicitar una excepción.

Su médico es la persona autorizada para enviar la solicitud de excepción a su plan médico con la evidencia clínica requerida, demostrando que ninguno de los medicamentos en cubierta para su condición médica ha sido efectivo o le ha ocasionado efectos adversos intolerables.

---

<sup>1</sup> Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se utilizan para manejar condiciones crónicas de salud como la diabetes, la hipertensión, entre otros.

Para acceder a los requisitos del proceso de excepción, incluyendo el tiempo de respuesta, usted, su representante o su médico deben contactar a su plan médico Molina Healthcare Puerto Rico al 1-888-558-5501

El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI SALUD) tiene el compromiso de proveer servicios de alta calidad, incluyendo un acceso adecuado a medicamentos y a mantenerlo informado sobre los ajustes que aplican a la cubierta. De tener alguna duda o pregunta, usted puede llamar a la oficina de Servicio al Cliente de su plan médico Molina Healthcare Puerto Rico al 1-877-335-3305.

Cordialmente,

Departamento de Farmacia  
Molina Healthcare Puerto Rico

**Anejo 1: Cambios al Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud del Gobierno a Partir efectivo el 1 de mayo de 2017**

Los siguientes medicamentos de mantenimiento **están fuera de la cubierta del PSG efectivo el 1 de mayo de 2017.**

<b>Nombre de Marca</b>	<b>Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)</b>
AccuNeb <sup>®</sup> Inhalation Nebulization soln. 0.63 MG/3ML	<b>Albuterol Sulfate soln. nebu 0.63 MG/3ML, 1.25 MG/3ML (Base Equiv)</b>
Adalat CC <sup>®</sup> tab. 30 MG, 60 MG	<b>Nifedipine tab. SR 24HR 30 MG, 60 MG</b>
Anaprox/Anaprox DS <sup>®</sup> oral tab.	<b>Naproxen Sodium oral tab. 275 MG, 550 MG</b>
Artane oral tab. 2 MG, 5 MG	<b>Trihexyphenidyl HCl oral tab 2 MG, 5 MG</b>
Augmentin <sup>®</sup> chew tab. 200-28.5 MG, chew tab. 400-57 MG	<b>Amoxicillin &amp; K Clavulanate* chew tab. 200-28.5 MG, chew tab. 400-57 MG</b>
Avalide <sup>®</sup> oral tab.	<b>Irbesartan- HCT oral tab.</b>
Avapro <sup>®</sup> oral tab.	<b>Irbesartan oral tab.</b>
Celebrex <sup>®</sup> oral cap.	<b>Celecoxib oral cap.</b>
Concerta <sup>®</sup> oral tab. Extended Release	<b>Methylphenidate HCl Tab SA OSM 18 MG, 27 MG, 36 MG, 54 MG</b>
Cordarone <sup>®</sup> oral tab. 400 MG	<b>Amiodarone HCl oral tab. 400 MG</b>
Depakote <sup>®</sup> Sprinkles cap DR 125 MG	<b>Divalproex Sodium cap Delayed Release Sprinkle 125 MG</b>
Depo-Provera <sup>®</sup> IM susp. 400 MG/ML	<b>Medroxyprogesterone Acetate IM susp. 400 MG/ML</b>
Didronel <sup>®</sup> oral tab. 400 MG	<b>Etidronate Disodium oral tab. 400 MG</b>
Dipentum <sup>®</sup> oral cap. 250 MG	Olsalazine Sodium oral cap. 250 MG
Eligard <sup>®</sup> Subcutaneous Inj Kit 7.5 MG	Leuprolide Acetate Subcutaneous Inj Kit 7.5 MG
Feiba <sup>®</sup> inj. sol.	Anti-Inhibitor Coagulant Complex Factor VIII inj.
Femara <sup>®</sup> oral tab. 2.5 MG	<b>Letrozole oral tab. 2.5 MG</b>
Floxin <sup>®</sup> Otic Soln. 0.3%	<b>Ofloxacin* Otic Soln. 0.3%</b>

Nombre de Marca	Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)
Focalin XR <sup>®</sup> cap 24 HR 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG	Dexmethylphenidate HCl cap. SR 24 HR 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG
Gabitril <sup>®</sup> oral tab. 4 MG	<b>Tiagabine HCl oral tab 4 MG</b>
Hemofil M <sup>®</sup> IV sol.	Antihemophilic Factor IV Sol.
Indocin ER <sup>®</sup> oral cap.	<b>Indomethacin* ER oral cap. Extended Release</b>
Kazano <sup>®</sup> tab.	Alogliptin-Metformin HCl oral tab.
Koate-DVI <sup>®</sup> IV sol.	Antihemophilic Factor VIII (Human) IV Sol.
Lamisil <sup>®</sup> Cream 1%	<b>Terbinafine* HCl Cream 1%</b>
Lasix <sup>®</sup> oral soln. 8 MG/ML	<b>Furosemide oral soln. 8 MG/ML</b>
Leucovorin Injection sol. Reconstituted <sup>®</sup>	<b>Leucovorin Calcium Injection Sol. Reconstituted</b>
Lotrimin External Soln. 1%	<b>Clotrimazole* Soln. 1%</b>
Metadate ER <sup>®</sup> oral tab. Extended Release	<b>Methylphenidate HCl Tab CR 10 MG, 20 MG</b>
Mexitil <sup>®</sup> cap. 250 MG	<b>Mexiletine HCl oral cap. 250 MG</b>
Mononine <sup>®</sup> 1000 Unit	<b>Coagulation Factor IX For Inj 1000 Unit</b>
Moxatag <sup>®</sup> chew tab. 125 MG, 250 MG	<b>Amoxicillin* (Trihydrate) chew tab. 125 MG, 250 MG</b>
Nesina <sup>®</sup> tab.	Alogliptin Benzoate oral tab.
Nizoral <sup>®</sup> Shampoo 2%	<b>Ketoconazole* Shampoo 2%</b>
Normodyne <sup>®</sup> oral tab.	<b>Labetalol HCl oral tab.</b>
Orencia <sup>®</sup> IV 250 MG	Abatacept For IV Soln 250 MG
Oseni <sup>®</sup> tab.	Alogliptin-Pioglitazone oral tab.
Phoslo <sup>®</sup> oral tab. 667 MG	Calcium Acetate (Phosphate Binder) oral tab. 667 MG
Prolixin <sup>®</sup> Oral Elixir 2.5 MG/5ML, Oral Conc. 5 MG/ML, Decanoate Inj. 25 MG/ML	<b>Fluphenazine HCl Elixir 2.5 MG/5ML, Oral Conc. 5 MG/ML, Decanoate Inj. 25 MG/ML</b>

Nombre de Marca	Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)
Recombinate <sup>®</sup> IV sol.	Antihemophilic Factor (Recombinant) VIII IV sol.
Retin-A <sup>®</sup> cream 0.025%, 0.1%; gel 0.01%, 0.025%	<b>Tretinoin* cream 0.025%, 0.1%; gel 0.01%, 0.025%</b>
Rixubis <sup>®</sup> IV sol.	Coagulation Factor IX, Recombinant IV sol.
Stelara <sup>®</sup> SC sol.	Ustekinumab Sol. Prefilled Syringe
Tegretol-XR <sup>®</sup> oral tab.	Carbamazepine ER oral tab.
Thorazine <sup>®</sup> oral tab. 10 MG	<b>Chlorpromazine HCl oral tab. 10 MG</b>
Trexall <sup>®</sup> tab.	Methotrexate oral tab.
Vasotec <sup>®</sup> oral tab.	<b>Enalapril oral tab.</b>
Vaseretic <sup>®</sup> oral tab.	<b>Enalapril-HCT oral tab.</b>
Vibramycin <sup>®</sup> oral cap.	<b>Doxycycline* Hyclate oral cap.</b>
Vitafol-OB <sup>®</sup> tab. 65-1 MG	<b>Prenatal Vit w/ Fe Fumarate-FA tab. 65-1 MG</b>
Vitamin D/D3, Dialyvite <sup>®</sup> Vitamin D3 Max	<b>Cholecalciferol Cap 400 Unit, 1000 Unit, 2000 Unit, 3000 Unit, 5000 Unit, 50000 Unit</b>
Xarelto <sup>®</sup> tab.	Rivaroxaban oral tab.

**Nota:**

Los medicamentos identificados con un asterisco (\*) son considerados medicamentos de tratamiento agudo por lo que el periodo de gracia de 90 días no les aplicará. Estos medicamentos se excluirán de la cubierta a partir del 1 de mayo de 2017.