



Dental

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones CEE-SA-16-2732

15-107-04



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Névaros
Gobernador

Sra. Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquiátras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica www.asespr.org.

Cordialmente,



Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva



ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

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 PSG (FMC) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o “PPA”. Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC 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 FMC, 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 pueden incluir:

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

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

- B. Las compañías aseguradoras o el TPA (“Third Party Administrator”), 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 FMC 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 FMC, 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 FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“*refills*”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. 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, 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. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. 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 laborables, excepto en los casos que así se especifiquen.

Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos 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 PSG 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 compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.



Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

DENTAL

PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.....	7
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	7
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	8
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	9
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]	9
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]	9
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	9
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]	9
Macrolides [Macrólidos].....	9
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]	10
Penicillins [Penicilinas].....	10

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud 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 FMC.

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	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]				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	

Para cada medicamento incluido en el FMC 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 **Tercera Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta 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 **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según la indicación. En dicho ejercicio, se compara el costo promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:

1	menos de \$20	Menos costoso mensualmente
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	
14	\$3,500 - \$3,999	
15	\$4,000 - \$4,499	
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	
19	\$6,000 - \$6,499	
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	
22	\$7,500 - \$7,999	
23	\$8,000 - \$8,499	
24	\$8,500 - \$9,000	
25	más de \$9,000	Más costoso mensualmente

Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del FMC.

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.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	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]				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=7 días
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=7 días
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=7 días
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=7 días
<i>acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=7 días
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=7 días
<i>acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=7 días
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	1	Preferred	VICODIN	QL=7 días
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
Macrolides [Macrólidos]				
<i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i>	3	Preferred		

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	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>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	

DENTAL

A

acetaminophen-codeine.....	9
acetaminophen-codeine #2.....	9
acetaminophen-codeine #3.....	9
acetaminophen-codeine #4.....	9
amoxicillin.....	10
ampicillin.....	10

C

cefadroxil.....	9
cephalexin.....	9
clindamycin hcl.....	10

E

E.E.S. GRANULES.....	10
ERYPED 200.....	10
ERYPED 400.....	10

ERY-TAB.....	10
ERYTHROCIN STEARATE.....	10
erythromycin base.....	10
erythromycin ethylsuccinate.....	10

H

hydrocodone-acetaminophen.....	9
--------------------------------	---

I

ibuprofen.....	9
----------------	---

N

naproxen.....	9
naproxen dr.....	9

P

penicillin v potassium.....	10
-----------------------------	----

