

Guía de Políticas Generales
Dentistas Participantes
Cubierta Dental
Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico
(PSG)

ADMINISTRADO POR
DELTA DENTAL OF PUERTO RICO, INC.



Delta Dental of PR, Inc.
PO BOX 9024160
San Juan, PR 00902-4160
Centro de Llamadas
1-866-622-6120

TARJETA DE IDENTIFICACION

La tarjeta del Plan es muy valiosa pues brinda la información que necesita para hacer la facturación a la aseguradora. Cada miembro de la familia que participe del Plan tendrá una tarjeta. Esta tarjeta no puede ser prestada a ningún otro miembro.

A continuación, incluimos un modelo de la tarjeta de identificación:



El área de Cubierta señalada con las flechas es a la que tiene que prestar atención para usar con el documento de Co - pagos (en la siguiente página), si estos aplicarán o no. El área de MPI es el número de identificación de cada miembro.



CO-PAGOS

Los siguientes co-pagos aplican a los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Estos han sido establecidos por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES):

Tabla de Co-Pagos

	Federal				CHIPs		Commonwealth Population				*ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
Dental	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
Preventivos (Niños)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Preventivos (Adultos)	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$3	\$5	\$3
Restaurativos	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	\$10

* ELA se refiere a los empleados públicos del gobierno de PR.

Los suscriptores pagarán un copago que será desde \$0.00 hasta \$10.00 por visita, dependiendo del nivel de indigencia. Los niños menores de 21 años y las mujeres embarazadas no pagarán deducible para ninguno de los servicios.

Ningún copago será cobrado a personas elegibles a CHIP, niños desde cero (0) a veinte (20) años de edad inclusive y mujeres embarazadas (servicios relacionados al embarazo o complicaciones del embarazo).

Recuerde verificar la elegibilidad y servicios disponibles de sus pacientes 24/7 a través del Portal www.deltadentalpr.com

Las radiografías no serán requeridas para los procedimientos dentales en el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, sin embargo, estas tienen que estar disponibles en los expedientes para propósitos de las auditorías que van a realizarse.

PG – Políticas Generales

PG – Delta Dental procesará todas las reclamaciones que se reciban en 90 días o menos contados a partir de la fecha de servicio. Si la factura se recibe después de los 90 días será denegada por no cumplir con el tiempo límite para someter facturas.

Diagnóstico D0120 – D0160

PG – Control de infecciones y preparación de bandejas están incluidos en el honorario de los servicios realizados.

PG – La evaluación oral comprensiva D0150 y la evaluación oral periódica D0120 incluyen la revisión de todo el tejido duro y suave de la cavidad oral, examen de cáncer oral y la preparación del “charting” para el plan de tratamiento.

PG – La evaluación, diagnóstico y plan de tratamiento son parte del honorario del examen y/o de los procedimientos diagnósticos.

- D0120 periodic oral evaluation – established patient**
La evaluación periódica se considerará para pago cada 6 meses.
- D0140 limited oral evaluation – problem focused**
La evaluación oral limitada se considerará como un examen de emergencia y será pagado 1 por año póliza.
- D0150 comprehensive oral evaluation – new or established patient**
La evaluación oral comprensiva se considerará para pago 1 por año póliza.
- D0160 detailed and extensive oral evaluation - problem focused, by report**
Esta evaluación será sólo para Cirujanos Maxilofaciales y se considerará para pago 1 por año póliza

Radiografías

D0210 - D0330

PG - Los procedimientos diagnósticos como radiografías tienen que ser necesarias y estar unidas a los servicios cubiertos.

PG - Todas las radiografías tienen que estar debidamente identificadas, montadas y con la fecha del día en que fueron tomadas.

PG - Las radiografías sin valor diagnóstico no serán pagadas. Esta determinación la tomará un(a) Consultor(a) Dental.

D0210 Intraoral - comprehensive series of radiographic images

Limitado a 1 cada 3 años (1 cada 36 meses).

D0220 Intraoral - periapical first radiographic image

Limitada a 1 por miembro por año póliza.

D0230 Intraoral - periapical each additional radiographic image

Las radiografías D0220 y D0230 estarán limitadas hasta un máximo de 6 radiografías en combinación por miembro por año póliza.

D0270 bitewing - single radiographic image

Limitada a 1 por miembro por año póliza.

D0272 bitewings - two radiographic images

Limitadas a 1 por año póliza.

D0330 panoramic radiographic image

Limitada a personas de 6 años en adelante y 1 cada 3 años (1 cada 36 meses).

Preventivo

D1110 - D1351

PG - Una limpieza dental hecha el mismo día como una limpieza periodontal, curetaje, detartaraje o alisado radicular será considerado parte de la limpieza e incluido en este procedimiento.

D1110 Prophylaxis - adult

Limitado a personas de 12 años en adelante y uno cada 6 meses.

D1120 Prophylaxis - child

Limitado a personas hasta 11 años y uno cada 6 meses.

Fluoruro Tópico

PG - La aplicación de fluoruro es un beneficio para pacientes menores de 19 años. Estará cubierto cuando se facture junto con la limpieza dental.

D1208 **topical application of fluoride** (under age 19)
Uno cada 6 meses.

Otros procedimientos preventivos

D1351 **Sealant - per tooth** (up to 14 year old)

El sellante de fisura también está cubierto en molares deciduas hasta el día que el asegurado cumpla los ocho (8) años cuando sea necesario por alto riesgo de caries. A estos le aplicarán las mismas reglas y limitaciones que en dientes permanentes, con la excepción que para los dientes permanentes este beneficio es para miembros hasta los 14 años de edad.

Cubierto uno por pieza en la superficie oclusal de pre molares y molares permanente en pacientes menores de 14 años. La pieza tiene que estar libre de caries y de restauraciones en la superficie oclusal. Estará limitado a 1 por pieza de por vida.

El sellantes realizado el mismo día de una restauración en la misma pieza, no será cubierto. Estará cubierta únicamente una restauración clase V.

Si se realiza un sellante, ninguna otra restauración estará cubierta hasta después de pasados 24 meses en la misma pieza.

Restaurativo D2140 - D2940

PG - El honorario para una restauración incluye servicios tales como, pero no limitados a, preparaciones, adhesivos, grabados de esmaltes, bases, anestesia local, pulidos, ajustes oclusales, y remoción de caries.

PG - El pago por restauraciones de superficies se hace una vez cada 24 meses relacionado al número o combinaciones de restauraciones hechas.

PG - Restauraciones posteriores que envuelven las superficies proximales y oclusales son consideradas como una restauración para propósitos de pago.

- D2140 Amalgam- one surface, primary or permanent**
- D2150 Amalgam- two surfaces, primary or permanent**
- D2160 Amalgam- three surfaces, primary or permanent**
- D2161 Amalgam- four or more surfaces, primary or permanent**

Restauraciones en resinas

PG - En el caso de que una restauración anterior envuelva una porción significativa de una de las superficies labial o lingual, esta puede ser facturada como D2331 o D2332, como corresponda.

PG - Restauraciones hecha como resinas preventivas serán consideradas como sellantes para propósitos de pago.

PG - D2335 envuelve cuatro superficies incluyendo el ángulo incisal.

PG - Las superficies bucales de los bicúspides y molares pueden ser facturadas como un D2391.

- D2330 resin - based composite - one surface, anterior**
- D2331 resin - based composite - two surfaces, anterior**
- D2332 resin - based composite - three surfaces, anterior**
- D2335 resin-based composite- four or more surfaces, or involving incisal angle (anterior)**
- D2391 resin-based composite - one surface, posterior**
Clase V, superficie bucal de bicúspides y molares
- D2930 prefabricated stainless steel crown - primary tooth**
Se considerará para pago después de realizada una pulpotomía D3220

PG - El sedativo incluye la remoción de caries y colocar el cemento temporero.

- D2940 protective restoration**
Se considerará 1 por diente cada 24 meses.

**Endodoncias
D3120 - D3320**

PG - El Tratamiento de canal incluye el plan de tratamiento, procedimientos clínicos y el cuidado de seguimiento.

PG - El pago por un tratamiento de canal incluye, además, las radiografías, restauraciones temporeras y todos los procedimientos diagnósticos necesarios.

PG - El tratamiento de canal es un beneficio cubierto solamente en dientes permanentes.

D3120 pulp cap - indirect (excluding final restoration)

Se considerará una vez cada 24 meses

D3220 therapeutic pulpotomy (excluding final restoration) - removal of pulp coronal to the dentinocemental junction and application of medicament

Se considerará para pago a asegurados menores de 21 años

D3221 pulpal debridement, primary and permanent teeth

D3310 endodontic therapy, anterior tooth (excluding final restoration)

D3320 endodontic therapy, premolar tooth (excluding final restoration)

El tratamiento paliativo realizado en conjunto con un tratamiento de canal por el mismo proveedor estará incluido en el honorario del tratamiento de canal.

Tratamientos de canal incompletos no serán pagados por el plan ni cobrados al paciente.

**Cirugia Oral y Maxilofacial
D7140 - D7510**

PG - Las extracciones incluyen la anestesia local, sutura si es necesaria y cuidado postoperativo de rutina.

PG - Intentos no exitosos de extracción no son pagados por el plan ni cobrados al paciente.

**D7140 extraction, erupted tooth or exposed root
(elevation and/or forceps removal)**

- D7210** **extraction, erupted tooth requiring removal of bone/or sectioning of tooth, and including elevation of mucoperiosteal flap if indicated**
- D7220** **removal of impacted tooth - soft tissue**
- D7230** **removal of impacted tooth - partially bony**
- D7240** **removal of impacted tooth - completely bony**
- D7241** **removal of impacted tooth - completely bony, with unusual surgical complications**
- D7250** **removal of residual tooth roots (cutting procedure)**

El honorario por extracción de raíces estará incluido en el honorario de extracción quirúrgica si es hecho por el mismo dentista y/o la misma oficina dental.

- D7510** **Incision and drainage of abscess - intraoral soft tissue**

**Otros servicios
D9110 - D9930**

PG - Tratamiento paliativo no se considera como beneficio cuando se realiza otro procedimiento excepto las radiografías y pruebas necesarias para diagnosticar la condición.

- D9110** **palliative treatment of dental pain - per visit**
- D9222** **deep sedation/general anesthesia - first 15 minutes**
Se considerará solo para Cirujanos Maxilofaciales
- D9223** **deep sedation/general anesthesia - each 15 minutes increment**
Se considerará solo para Cirujanos Maxilofaciales
- D9420** **hospital or ambulatory surgical center call**
- D9930** **treatment of complications (post-surgical) - unusual circumstances, by report**

ADA-CDT
Revised - 2023



Dental

2023

Formulario de Medicamentos Preferidos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B ▲ R C A





31 de mayo de 2022

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

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la página web de ASES, bajo Proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>

Cordialmente,

Sra. Edna Y. Marín Ramos, MA
Directora Ejecutiva

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 (FMC) 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 Formulario de Medicamentos en Cubierta 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 Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV 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 PSV.

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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- 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
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

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 FMC, 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.

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 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento 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 seis (6) 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, 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 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 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

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV 2023

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO	3
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL.....	7
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	8
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]	9
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid) [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
ANTISEPTIC [ANTISEPTICO]	10

DENTAL

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2023

Los medicamentos que aparecen en el FMC 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 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:

DENTAL

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.

DENTAL

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 Opioides De Corta Duración]				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=7 días; AL > 18 años
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	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>	1	Preferred	NORCO	QL=6 tabletas diarias/3 días de suplido en 30 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	Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
Macrolides [Macrólidos]				
<i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i>	3	Preferred		
<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	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]

DENTAL

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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	
ANTISEPTIC [ANTISEPTICO]				
<i>Chlorhexidine Gluconate Mouth/Throat Solution 0.12 %</i>	1	Preferred	PERIDEX	

DENTAL

A		ERYTHROCIN STEARATE	9
<i>acetaminophen-codeine</i>	9	<i>erythromycin base</i>	9
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	9	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	9
<i>amoxicillin</i>	10	H	
<i>ampicillin</i>	10	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	9
C		I	
<i>cefadroxil</i>	9	<i>ibuprofen</i>	9
<i>cephalexin</i>	9	N	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	10	<i>naproxen</i>	9
<i>clindamycin hcl</i>	10	<i>naproxen dr</i>	9
E		P	
E.E.S. GRANULES.....	10	<i>penicillin v potassium</i>	10
ERYPED 200.....	10		
ERYPED 400.....	10		
ERY-TAB.....	9		

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos

1-800-981-2737

TTY 787-474-3389

