

1 de febrero de 2023

**ACTUALIZACIÓN FORMULARIOS DE TRIPLE-S ADVANTAGE
Platino Plus, Platino Ultra, Platino Advance, Platino Blindao, Platino Titán y Platino Alcance**

Esta carta es para notificarle los cambios que tendrá el formulario. El Comité de Farmacia y Terapéutico de **Platino Plus (HMO-SNP), Platino Ultra (HMO-SNP), Platino Advance (HMO-SNP), Platino Blindao (HMO-SNP), Platino Titán (HMO-SNP) y Platino Alcance (HMO-SNP) de Medicare de Parte D**, en su esfuerzo por promover terapias costo efectivas, ha seleccionado algunos productos entre las distintas categorías terapéuticas para ofrecer alternativas de alta calidad que han demostrado ser clínicamente efectivas.

El/Los siguiente(s) cambio (s) serán efectivos en 1ero de febrero de 2023 para todas las personas afiliadas bajo el Programa de Farmacia Platino Plus (HMO-SNP), Platino Ultra (HMO-SNP), Platino Advance (HMO-SNP), Platino Blindao (HMO-SNP), Platino Titán (HMO-SNP) y Platino Alcance (HMO-SNP) de Medicare de Parte D.

El/Los cambio(s) es/son, Removiendo Medicamento(s), estos cambios aplican a los medicamentos incluidos en esta tabla (ver tabla abajo).

		Nombre del producto			
Categoría	Clase	Medicamento Excluido	Alternativa/s para Medicamento Excluido (En Formulario)	Nivel (para alternativa)	Requerimientos/ Límites para alternativa
Respiratory Tract / Pulmonary Agents	Phosphodiesteras e Inhibitors, Airways Disease	DALIRESP ORAL TABLET 0.5 MG	ROFLUMILAST ORAL TABLET 0.5 MG	2	
Central Nervous System Agents	Multiple Sclerosis Agents	GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	FINGOLIMOD ORAL CAPSULE 0.5 MG	5	Pre Autorización
Inflammatory Bowel Disease Agents	Aminosalicylates	PENTASA EXTENDED RELEASE ORAL	MESALAMINE ORAL CAPSULE 500 MG	2	

		CAPSULE 500 MG			
Dermatological Agents	Dermatological Agents	TAZORAC TOPICAL GEL 0.0005 MG/MG	TAZAROTENE TOPICAL GEL 0.0005 MG/MG	2	Pre Autorización
Dermatological Agents	Dermatological Agents	TAZORAC TOPICAL GEL 0.001 MG/MG	TAZAROTENE TOPICAL GEL 0.001 MG/MG	2	Pre Autorización
Cardiovascular Agents	Dyslipidemics, Other	VASCEPA ORAL CAPSULE 500 MG	ICOSAPENT ETHYL ORAL CAPSULE 500 MG	2	

Recuerde que si usted, su Representante Autorizado o su Médico necesita solicitar una Autorización Previa o Excepción, usted puede enviar la solicitud a través del siguiente número de facsímil **1-855-710-6727**, correo electrónico **preauthorization@abarcahealth.com**, correo **650 Ave. Muñoz Rivera, Suite 701, San Juan, PR 00918-4115** o visite nuestras oficina(s) (central o regional), por favor incluya la siguiente información:

- Nombre del Beneficiario, Número de Identificación, Número de Teléfono
- Nombre de Médico, Dirección, Número de Teléfono y Número de facsímil
- Copia de la receta
- Para algunas Autorizaciones previas se puede solicitar información adicional como diagnóstico, resultado de pruebas de laboratorio, u otra información.

Para obtener más información detallada de copagos correspondiente a los niveles puede consultar su Evidencia de Cubierta (EOC). Para ver su Evidencia de Cubierta, oprima el enlace correspondiente:

Platino Plus (HMO-SNP)

[Evidencia de Cubierta Platino Plus \(HMO-SNP\)](#)

Platino Ultra (HMO-SNP)

[Evidencia de Cubierta Platino Ultra \(HMO-SNP\)](#)

Platino Advance (HMO-SNP)

[Evidencia de Cubierta Platino Advance \(HMO-SNP\)](#)

Platino Blindao (HMO-SNP)

[Evidencia de Cubierta Platino Blindao \(HMO-SNP\)](#)

Platino Titán (HMO-SNP)

Evidencia de Cubierta Platino Titán (HMO-SNP)

Platino Alcance (HMO-SNP)

Evidencia de Cubierta Platino Alcance (HMO-SNP)

Si usted tiene alguna pregunta, se puede comunicar con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-620-1919 de lunes a domingo de 8:00 am a 8:00 pm. Usuarios de TTY/TDD deberán llamar 1-866-620-2520.

Gracias,

Departamento de Farmacia
Triple-S Advantage

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Limitaciones, copagos y restricciones pueden aplicar. Beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

La lista de medicamentos, red de farmacia y red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá notificación según sea necesario.

Triple-S Advantage, Inc. es una organización de cuidado coordinado (HMO, por sus siglas en inglés) y de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), con un contrato con Medicare, y con el Plan de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Medicaid). Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association. La afiliación a Triple-S Advantage, Inc. depende de la renovación de contrato.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Service Center at 1-888-620-1919, from Monday to Sunday from 8:00 am to 8:00 pm TTY users should call 1866-620-2520.

Esta información está disponible libre de costo en otros idiomas. Por favor, comuníquese con nuestro Centro de Servicio al Afiliado al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 am a 8:00 pm Audio-impeidos con equipo especializado de TTY deben llamar al 1-866-620-2520. Triple-S Advantage Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

Triple-S Advantage Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

Triple-S Advantage Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargos para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520)。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료보험 또는 약품보험에 관한 질문에 답해드리고자 무료통역서비스를 제공하고 있습니다. 통역서비스를 이용하려면 전화 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)

번으로문의해주십시오. 한국어를하는담당자기도와드릴것입니다.
이서비스는무료로운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。