

16 de abril de 2020

**ACTUALIZACIÓN FORMULARIOS DE TRIPLE-S ADVANTAGE  
ELA Royal Plus, ELA Titán Plus y ELA Titán**

---

Esta carta es para notificarle los cambios que tendrá el formulario. El Comité de Farmacia y Terapéutico de **ELA Royal Plus, ELA Titán Plus y ELA Titán (HMO-POS) 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 abril de 2020 para todas las personas afiliadas bajo el Programa de Farmacia ELA Royal Plus, ELA Titán Plus y ELA Titán (HMO-POS) 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).

| Categoría            | Clase                                            | Nombre del producto                |                                                         | Nivel (para alternativa) | Requerimientos/<br>Límites para alternativa |
|----------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|
|                      |                                                  | Medicamento Excluido               | Alternativa/s para Medicamento Excluido (En Formulario) |                          |                                             |
| Anticonvulsants      | Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents | DIASTAT RECTAL GEL 5 MG/ML         | DIAZEPAM RECTAL GEL 5 MG/ML                             | 2                        |                                             |
| Immunological Agents | Angioedema Agents                                | FIRAZYR PREFILLED SYRINGE 10 MG/ML | ICATIBANT PREFILLED SYRINGE 10 MG/ML                    | 5                        | Pre Autorización                            |

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](mailto:preauthorization@abarcahealth.com)**, correo

Y0082\_5035\_17\_CI\_077\_S

**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 facsímile
- 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:

**ELA Royal Plus (HMO-POS)**

Evidencia de Cubierta ELA Royal Plus (HMO-POS)

**ELA Titán Plus (HMO-POS)**

Evidencia de Cubierta ELA Titán Plus (HMO-POS)

**ELA Titán (HMO-POS)**

Evidencia de Cubierta ELA Titán (HMO-POS)

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

Y0082\_5035\_17\_CI\_077\_S

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).