

22 de febrero de 2021

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

Esta carta es para notificarle los cambios que tendrá el formulario. El Comité de Farmacia y Terapéutico de **Platino Ultra, Platino Plus, Platino Blindao, Platino Enlace, Platino Advance 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 2021 para todas las personas afiliadas bajo el Programa de Farmacia Platino Ultra, Platino Plus, Platino Blindao, Platino Enlace, Platino Advance 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).

Categoría	Clase	Nombre del producto		Nivel (para alternativa)	Requerimientos/ Límites para alternativa
		Medicamento Excluido	Alternativa/s para Medicamento Excluido (En Formulario)		
Antivirals	Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)	ATRIPLA 600 MG/200 MG/300 MG ORAL TABLET	EFAVIRENZ 600 MG / EMTRICITABINE 200 MG / TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 300 MG ORAL TABLET	5	
Cardiovascular Agents	Cardiovascular Agents, Other	DEMSEER 250 MG ORAL CAPSULE	METYROSINE 250 MG ORAL CAPSULE	5	
Antivirals	Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)	EMTRIVA 200 MG ORAL CAPSULE	EMTRICITABINE 200 MG ORAL CAPSULE	2	

Y0082_5035_17_CI_077_S

Electrolytes / Minerals / Metals / Vitamins	Electrolyte / Mineral / Metal Modifiers	FERRIPROX 500 MG ORAL CAPSULE	DEFERIPRONE 500 MG ORAL TABLET	5	Pre Autorización
Antivirals	Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)	SYMFI 400 MG/300 MG/300 MG ORAL TABLET	EFAVIRENZ 400 MG / LAMIVUDINE 300 MG / TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 300 MG ORAL TABLET	5	
Antivirals	Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)	SYMFI 600 MG/300 MG/300 MG ORAL TABLET	EFAVIRENZ 600 MG / LAMIVUDINE 300 MG / TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 300 MG ORAL TABLET	5	
Antivirals	Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)	TRUVADA 200 MG/300 MG ORAL TABLET	EMTRICITABINE 200 MG / TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 300 MG ORAL TABLET	5	
Antineoplastics	Molecular Target Inhibitors	TYKERB 250 MG ORAL CAPSULE	LAPATINIB 250 MG ORAL TABLET	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**, 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 Ultra (HMO-SNP)

Evidencia de Cubierta Platino Ultra (HMO-SNP)

Y0082_5035_17_CI_077_S

Platino Plus (HMO-SNP)

Evidencia de Cubierta Platino Plus (HMO-SNP)

Platino Blindao (HMO-SNP)

Evidencia de Cubierta Platino Blindao (HMO-SNP)

Platino Enlace (HMO-SNP)

Evidencia de Cubierta Platino Enlace (HMO-SNP)

Platino Advance (HMO-SNP)

Evidencia de Cubierta Platino Advance (HMO-SNP)

Platino Alcance (HMO-SNP)

Evidencia de Cubierta Contigo Plus (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.

Y0082_5035_17_CI_077_S

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).