

CARTA CIRCULAR # M1711141

30 de octubre de 2017

A TODOS LOS NEURÓLOGOS PARTICIPANTES DE TRIPLE-S SALUD

POLÍTICA DE PAGO DEL MEDICAMENTO PLEGRIDY® (PEGINTERFERON BETA-1A)

Triple-S cubrirá el medicamento Plegridy® (peginterferon beta-1a) para aquellos asegurados cuya cubierta de farmacia incluya este medicamento. La política establecida en esta carta circular aplicará a los pacientes que utilicen Plegridy® (peginterferon beta-1a) a partir de la fecha de emisión de esta carta circular.

Se requiere documentar los siguientes criterios en la receta. También se adjunta la hoja de pre-certificación para completar el proceso de evaluación.

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA. (a) Para el tratamiento de pacientes con formas recurrentes de esclerosis múltiple (ICD-10-CM G35).
Criterios de Exclusión	(a) Ninguno
Información Medica Requerida	(a) Ninguna
Límites de Edad	(a) Ninguno
Límites de Especialidad	(a) Neurólogo
Duración de la cubierta	(a) Un (1) año
Otros Criterios	(a) Para la dosificación y administración consulte la información referida en el inserto del producto.

IMPORTANTE este cambio **no** aplica a:

- Programas de Triple-S Advantage
- Algunos Planes Comerciales
- Beneficiarios del Plan de Salud de Gobierno de Puerto Rico (PSG)



Si necesita información adicional, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas del Departamento de Gerencia de Servicio al 787-749-4700 o al 1-877-357-9777 (libre de cargos para llamadas de larga distancia).

Cordialmente,

Zoraida Santos, RPh
Pharmacy Senior Manager
Departamento de Farmacia
Unidad de Gerencia Clínica

Ángela T. Hernández Michels, MD
Director Médico Asociado
División de Manejo Médico

Request Form for PLEGRIDY® (PEGINTERFERON BETA-1A)	
Pharmacy Department 787-774-4832 (Fax)	
Physician Information	Name:
	License #: Medical Specialty:
	Address:
	Telephone: Fax:
Patient Information	Name
	Date of Birth (m/d/y): Telephone:
	Member ID:
	Address:
	Gender: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male Weight:
Requested Drug	Plegridy® (peginterferon beta-1a) Dose
	SIG:
Medical Information Please review and provide the following information	
Document Patient's Diagnosis	<input type="checkbox"/> Treatment of patients with relapsing forms of multiple sclerosis (ICD-10-CM G35).
	<input type="checkbox"/> Other (please specify):
Please provide any medical information which may support approval: (optional)	
Physician signature:	
Date:	
<p>CONTAINS CONFIDENTIAL INFORMATION- The information contained in this document is CONFIDENTIAL and sensitive. We are sending this information considering the recipients authorization or for situations where we are allowed by law. You, as the recipient of this information, are responsible to keep this information in a safe place and handle in a confidential manner. The use or dissemination of this information without prior authorization of the recipient or for situations allowed by law is prohibited. The unauthorized use or dissemination of this information or the use without observing measures of handling the information in a safe and confidential manner is subject to fines and penalties as established by Federal and State Laws and Regulations. / IMPORTANT NOTICE- If the reader/recipient of this message is not the person to whom it was addressed to, or is not an employee or authorized agent of the entity to which this communication was addressed to, you are duly notified that any dissemination, distribution or copying of this information is STRICTLY PROHIBITED. If you receive this message by error, please notify us immediately and destroy all related documents to this message. Revised. June 15, 2017.</p>	