

CARTA CIRCULAR #M1806091

19 de junio de 2018

A TODOS LOS HEMATÓLOGOS Y ONCÓLOGOS PARTICIPANTES DE TRIPLE-S SALUD

POLÍTICA DE PAGO DEL MEDICAMENTO REVLIMID® (LENALIDOMIDE)

Esta carta sustituye la carta circular # **M1709115** del 01 de septiembre de 2017. Triple-S cubrirá el medicamento Revlimid® (lenalidomide) para aquellos asegurados cuya cubierta de farmacia incluya este medicamento. La política establecida en esta carta circular aplicará a los pacientes que utilicen Revlimid® (lenalidomide) 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. (Anejo1 *Request Form*)

Usos Cubiertos	<p>Todas las indicaciones aprobadas por la FDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Tratamiento de Mieloma Múltiple, en combinación con dexametasona. (ICD-10-CM C90.0 C90.2) (b) Mieloma Múltiple, como terapia de mantenimiento luego del trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas (auto-HSCT) (ICD-10-CM C90.0 C90.2). (c) Tratamiento de pacientes con Anemia dependiente de transfusiones debido a síndromes mielodisplásicos de riesgo bajo o intermedio-1 asociados a una anomalía citogenética de deleción 5q, con o sin anomalías citogenéticas adicionales. (ICD-10-CM D46.7 D46.9) (d) Tratamiento de Linfoma de Célula de Manto (MCL) por sus siglas en inglés, en pacientes cuya condición ha progresado o relapsado luego de dos terapias previas (una de ellas que haya incluido bortezomib). (ICD-10-CM C83.10 to C83.19)
Criterios de Exclusión	(a) Ninguno
Información Médica Requerida	<ul style="list-style-type: none"> (a) Diagnóstico de mieloma múltiple (no aplica para la indicación de mantenimiento luego de trasplante): Documentar uso concurrente de dexametasona. (b) Diagnóstico de síndrome mielodisplásico: <ul style="list-style-type: none"> i. Documentar transfusión de al menos dos unidades de células rojas (RBC) en las pasadas ocho (8) semanas. (c) Diagnóstico de linfoma de células del manto: para la primera prescripción solamente documentar progresión o relapso luego de dos tratamientos previos (uno de ellos que haya incluido bortezomib).
Límites de Edad	(a) Ninguno

POLÍTICA DE PAGO DEL MEDICAMENTO REVLIMID® (LENALIDOMIDE)

P&T: 18 de enero de 2018

COMPROV_2018_083_S

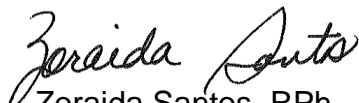
Límites de Especialidad	(a) Hematólogo-Oncólogo
Duración de la Cubierta	(a) Un (1) año
Otros Criterios	<p>(a) REVLIMID® está disponible solo a través de un programa de distribución restringida llamado programa REVLIMID REMS®. El objetivo de este programa es prevenir el riesgo de exposición embriofetal a Revlimid® e informar a los prescriptores, pacientes y farmacéuticos sobre los riesgos graves y las condiciones de uso seguro de Revlimid®.</p> <p>(b) REVLIMID® está contraindicado en mujeres que están o pueden quedar embarazadas mientras reciben el medicamento. El médico debe conocer y hacer un seguimiento del estado de embarazo del paciente.</p> <p>(c) Siga las instrucciones de inserción del paquete para la administración de la dosis.</p>

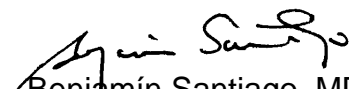
IMPORTANTE este cambio **no** aplica a:

- 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


Benjamín Santiago, MD
Vicepresidente
División de Manejo Médico

Request Form for REVLIMID® (LENALIDOMIDE)	
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	Revlimid® (lenalidomide) Dose
	SIG:
Medical Information <i>Please review and provide the following information</i>	
Document Patient's Diagnosis	<input type="checkbox"/> Multiple Myeloma in combination with dexamethasone (ICD-10-CM: C90.0, C90.2).
	<input type="checkbox"/> Multiple Myeloma, as maintenance following autologous hematopoietic stem cell transplantation (auto-HSCT) (ICD-10-CM C90.0, C90.2).
	<input type="checkbox"/> Myelodysplastic Syndrome: in patients with transfusion-dependent anemia due to low-or intermediate-1-risk myelodysplastic syndromes (MDS) associated with a deletion 5q cytogenetic abnormality with or without additional cytogenetic abnormalities (ICD-10-CM: D46.7, D46.9).
	<input type="checkbox"/> Mantle Cell Lymphoma (MCL) whose disease has relapsed or progressed after two prior therapies, one of which included bortezomib (ICD-10 CM: C83.10 to C83.19).
	<input type="checkbox"/> Other (please specify):
Required Medical Information	For Multiple Myeloma not maintenance:
	Does the patient have documentation of concurrent use with dexamethasone? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For Myelodysplastic Syndrome:
	Does the patient have documentation of transfusion of at least two red cell units (RBCs) in the past 8 weeks? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
For Mantle Cell Lymphoma:	For the first prescription only: Does the patient have documentation the disease has relapsed or progressed after two prior therapies, one of which included bortezomib? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
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 January 2018.</p>	