

CARTA CIRCULAR # M2207120

21 de julio de 2022

A TODOS LOS GASTROENTERÓLOGOS Y REUMATÓLOGOS, PARTICIPANTES DE TRIPLE-S SALUD, INC. (COMERCIAL)

RE: POLÍTICA DE PAGO DEL MEDICAMENTO XELJANZ®

Reciba un saludo cordial de parte de Triple-S Salud, Inc. (Triple-S, en adelante). Deseamos informarles que esta carta circular sustituirá la carta # M2104081 del 21 de abril de 2021. La política establecida en esta carta circular aplicará a los pacientes que utilicen **XELJANZ®**.

Se requiere documentar los siguientes criterios en la receta. En adición se adjunta la hoja de pre-certificación para completar el proceso de evaluación. La hoja de pre-certificación debe ser enviada al siguiente número de fax 787-774-4832. (**Ver Anejo1 Request Form**)

Usos cubiertos	<p>Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas:</p> <p>Artritis reumatoide (ICD10: M06, M06.9),</p> <p>Colitis ulcerosa (colon ulcerado) (ICD10: K51),</p> <p>Espondilitis anquilosante (Enfermedad reumática que causa inflamación de las vértebras) (ICD10: M45, M45.9)</p> <p>Artritis psoriásica (psoriasis asociada con artritis) (ICD10: L40.5, L40.50),</p> <p>Artritis idiopática juvenil poliarticular (ICD10: M08.09)</p>
Criterios de Exclusión	N/A
Información Medica Requerida	<p>1) Diagnóstico:</p> <p>A) Tratamiento de la artritis reumatoide (RA) activa de moderada a severa en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia al Metotrexato.</p> <p>B) Tratamiento de la artritis psoriásica (PsA) activa en pacientes que han presentado una respuesta inadecuada o intolerancia al metotrexato.</p> <p>C) Tratamiento de la espondilitis anquilosante (AS) activa.</p>

COMPROV_2021_48_S

	<p>D) Tratamiento de la colitis ulcerosa (UC) activa de moderada a grave en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o que son intolerantes a los bloqueadores del TNF.</p> <p>E) Tratamiento de la artritis idiopática juvenil (PJA) de curso poliarticular activo.</p> <p>2) Documentar:</p> <p>A) Para RA: Fracaso terapéutico de al menos un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) (p. ej., metotrexato, hidroxicloroquina, leflunomida).</p> <p>B) Para PsA: i) Fracaso terapéutico de al menos un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) (p. ej., metotrexato, leflunomida, sulfasalazina) y ii) Respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF.</p> <p>C) Para AS: i) Fracaso terapéutico de al menos un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (NSAID) (p. ej., celecoxib, naproxeno, sulindac, etc.) y ii) Respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF.</p> <p>D) Para UC: i) Fracaso terapéutico de al menos un fármaco convencional (p. ej., azatioprina, budesonida, hidrocortisona, mercaptopurina, mesalamina, sulfasalazina, etc.) y ii) Respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF.</p> <p>E) Para PJA (solo para Xeljanz y Xeljanz Solución Oral): i) Fracaso terapéutico del metotrexato, ii) Respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF y iii) Peso corporal real del paciente (dosificación basada en el peso).</p> <p>F) Para todas las indicaciones (solo para pacientes sin terapia biológica previa):</p>
--	--

COMPROV_2021_48_S

	Certificación del médico que indique el estado de tuberculosis (TB) o el resultado de una prueba de detección de TB con una fecha de lectura inferior a 12 meses antes del inicio de la terapia.
Límites de Edad	1) Para AS, PsA, RA, o UC: 18 años o más, o 2) Para PJIA (Xeljanz y Xeljanz Solución Oral): 2 años o más
Límites de Especialidad	1) Para AS, PsA, RA, o PJIA: Reumatólogo 2) Para UC: Gastroenterólogo
Duración de la cubierta	12 meses
Otros Criterios	N/A

IMPORTANTE este cambio **no** aplica a:

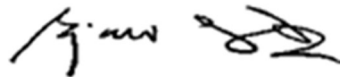
- Programas de Triple-S Advantage
- Algunos Planes Comerciales (**sujeto a la cubierta de cada asegurado**)
- Beneficiarios del Plan de Salud Vital

Si necesita información adicional o tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Proveedor al 787-749-4700 o al 1-877-357-9777 (libre de cargos para llamadas de larga distancia). Nuestro Centro de Llamadas está disponible de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. - AST (tiempo estándar del Atlántico).

Cordialmente,



Zoraida Santos, RPh
Gerente Senior de Farmacia
Departamento de Farmacia



Benjamín Santiago, MD
Vicepresidente
División de Manejo Médico

COMPROV_2021_48_S

Anejo 1

Request Form for XELJANZ [®] 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	XELJANZ [®]	Dose
		SIG:
Medical Information <i>Please review and provide the following information</i>		
Document Patient's Diagnosis	<input type="checkbox"/>	Rheumatoid Arthritis (ICD10: M06, M06.9)
	<input type="checkbox"/>	Ulcerative Colitis (Ulcerated Colon) (ICD10: K51)
	<input type="checkbox"/>	Ankylosing Spondylitis (Rheumatic Disease causing Vertebrae Inflammation) (ICD10: M45, M45.9)
	<input type="checkbox"/>	Psoriatic Arthritis (Psoriasis associated with Arthritis) (ICD10: L40.5, L40.50)
	<input type="checkbox"/>	Polyarticular Juvenile Idiopathic Arthritis (ICD10: M08.09)
Required Medical Information	For the first the prescription only:	
	<p>Documented diagnosis of:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Treatment of moderately to severely active rheumatoid arthritis (RA) in patients who have had an inadequate response or intolerance to Methotrexate. B) Treatment of active psoriatic arthritis (PsA) in patients who have had an inadequate response or intolerance to methotrexate. C) Treatment of active ankylosing spondylitis (AS). D) Treatment of moderately to severely active ulcerative colitis (UC) in patients who have had an inadequate response or who are intolerant to TNF blockers. E) Treatment of active polyarticular course juvenile idiopathic arthritis (PJIA). 	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

COMPROV_2021_48_S

Request Form for XELJANZ® Pharmacy Department 787-774-4832 (Fax)		
	For RA documented: Therapeutic failure to at least one disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs) (e.g., methotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For PsA documented: i) Therapeutic failure to at least one disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs) (e.g., methotrexate, leflunomide, sulfasalazine) and ii) Inadequate response or intolerance to one or more TNF blockers.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For AS documented: i) Therapeutic failure to at least one nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID) (e.g., celecoxib, naproxen, sulindac, etc.) and ii) Inadequate response or intolerance to one or more TNF blockers.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For UC documented: i) Therapeutic failure to at least one conventional drug (e.g., azathioprine, budesonide, hydrocortisone, mercaptopurine, mesalamine, sulfasalazine, etc.) and ii) Inadequate response or intolerance to one or more TNF blockers.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For PJIA (only for Xeljanz and Xeljanz Oral Solution) documented: i) Therapeutic failure to methotrexate, ii) Inadequate response or intolerance to one or more TNF blockers and iii) Patient's actual body weight (weight-based dosing).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For all indications (only for biologic therapy-naïve patients) documented: Physician's certification stating tuberculosis (TB) status or result of a TB detection test with a reading date less than 12 months before the start of therapy.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	Patient's age is: 1) For RA, PsA or UC: 18 years of age or older, or 2) For PJIA (Xeljanz and Xeljanz Oral Solution): 2 years of age or older	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	Prescriber's specialty is: 1) For RA, PsA or PJIA: Rheumatologist, or 2) For UC: Gastroenterologist	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Please provide any medical information which may support approval: (optional)		

COMPROV_2021_48_S

Request Form for XELJANZ®	
Pharmacy Department 787-774-4832 (Fax)	
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 April 2019.</p>	

COMPROV_2021_48_S