

**CARTA CIRCULAR # M2207121**

21 de julio de 2022

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

**RE: POLÍTICA DE PAGO DEL MEDICAMENTO RINVOQ®**

Reciba un saludo cordial de parte de Triple-S Salud, Inc. (Triple-S, en adelante). Deseamos informarles que esta carta circular sustituirá la carta circular # M2101026 del 29 de enero de 2021. La política establecida en esta carta circular aplicará a los pacientes que utilicen **RINVOQ®**.

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**)

<b>Usos cubiertos</b>	<p>Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas:</p> <p>Dermatitis atópica (ICD10: L20, L20.9),</p> <p>Artritis reumatoide (ICD10: M06, M06.9),</p> <p>Artritis psoriásica (psoriasis asociada con artritis) (ICD10: L40.5, L40.50)</p>
<b>Criterios de Exclusión</b>	N/A
<b>Información Medica Requerida</b>	<p>1) Diagnóstico:</p> <p>A) Tratamiento de artritis reumatoide (RA) activa de moderada a grave,</p> <p>B) Tratamiento de artritis psoriásica (PsA) activa, o</p> <p>C) Tratamiento de dermatitis atópica (AD) refractaria de moderada a grave.</p> <p>2) Documentar:</p> <p>A) Para RA:</p> <p>i) Fracaso terapéutico de al menos un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) (p. ej., metotrexato, hidroxiclороquina, leflunomida) y</p> <p>ii) Respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF.</p>

COMPROV\_2021\_48\_S

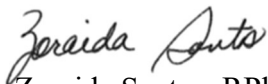
	<p>B) Para PsA: respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF.</p> <p>C) Para AD: la enfermedad no se controla adecuadamente con otros productos farmacológicos sistémicos, incluidos los biológicos, o cuando no se recomienda el uso de esas terapias.</p> <p>3) Solo para pacientes sin terapia biológica previa, documente: 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.</p>
<b>Límites de Edad</b>	<p>1) Para AD: 12 años o más, o</p> <p>2) Para todas las demás indicaciones: 18 años o más</p>
<b>Límites de Especialidad</b>	<p>1) For AD: Dermatólogo, o</p> <p>2) For RA and PsA: Reumatólogo</p>
<b>Duración de la cubierta</b>	12 meses
<b>Otros Criterios</b>	N/A

**IMPORTANTE** este cambio **no** aplica a:

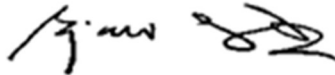
- Programas de Triple-S Advantage
- Algunos Planes Comerciales (**sujeito a la cubierta de cada asegurado**)
- Beneficiarios del Plan de Salud Vital

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 RINVOQ® Pharmacy Department 787-774-4832 (Fax)		
<b>Physician Information</b>	Name:	
	License #:	Medical Specialty:
	Address:	
	Telephone:	Fax:
<b>Patient Information</b>	Name	
	Date of Birth (m/d/y):	Telephone:
	Member ID:	
	Address:	
	Gender: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Weight:
<b>Requested Drug</b>	<b>RINVOQ®</b>	Dose
		SIG:
<b>Medical Information</b> <i>Please review and provide the following information</i>		
<b>Document Patient's Diagnosis</b>	<input type="checkbox"/>	Atopic Dermatitis (ICD10: L20, L20.9)
	<input type="checkbox"/>	Rheumatoid Arthritis (ICD10: M06, M06.9)
	<input type="checkbox"/>	Psoriatic Arthritis (Psoriasis associated with Arthritis) (ICD10: L40.5, L40.50)
<b>Required Medical Information</b>	<b>For the first the prescription only:</b>	
	Documented diagnosis of: A) Treatment of moderately to severely active rheumatoid arthritis (RA), B) Treatment of active psoriatic arthritis (PsA), or C) Treatment of refractory, moderate to severe atopic dermatitis (AD).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For RA documented: i) Therapeutic failure to at least one disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs) (e.g., methotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide) and ii) Inadequate response or intolerance to one or more TNF blockers.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For PsA documented: Inadequate response or intolerance to one or more TNF blockers.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For AD documented:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

COMPROV\_2021\_48\_S

Request Form for RINVOQ® Pharmacy Department 787-774-4832 (Fax)		
	Disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable.	
	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 AD: 12 years of age or older, or 2) For all other indications: 18 years of age or older	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	Prescriber's specialty is: 1) For AD: Dermatologist, or 2) For RA and PsA: Rheumatologist	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Please provide any medical information which may support approval: (optional)		
Physician signature:		
Date:		
<p><b>CONTAINS CONFIDENTIAL INFORMATION-</b> 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. / <b>IMPORTANT NOTICE-</b> 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 <b>April 2019</b>.</p>		

COMPROV\_2021\_48\_S