

CARTA CIRCULAR # M2207122

21 de julio de 2022

A TODOS LOS HEMATÓLOGOS/ONCÓLOGOS, NEFRÓLOGOS Y REUMATÓLOGOS, PARTICIPANTES DE TRIPLE-S SALUD, INC. (COMERCIAL)

RE: POLÍTICA DE PAGO DEL MEDICAMENTO RUXIENCE®

Reciba un saludo cordial de parte de Triple-S Salud, Inc. (Triple-S, en adelante). Deseamos informarles que Triple-S cubrirá el medicamento **RUXIENCE®** para aquellos asegurados cuya cubierta de farmacia incluya este medicamento. La política establecida en esta carta circular aplicará a los pacientes que utilicen **RUXIENCE®**.

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>Leucemia linfocítica crónica (ICD10: C91.1),</p> <p>Linfoma no Hodgkin (ICD10: (C85, C85.9),</p> <p>Granulomatosis con poliangeítis (granulomatosis de Wegener) (ICD10: M31.3), o</p> <p>Linfoma microscópico Polianguitis (ICD10: M31.7)</p>
Criterios de Exclusión	N/A
Información Medica Requerida	<p>1) Diagnóstico:</p> <p>A) Linfoma no Hodgkin (LNH) de células B con CD20 positivo, de bajo grado o folicular, en recaída o refractario: como agente único,</p> <p>B) NHL de células B con CD20 positivo, folicular, sin tratamiento previo,</p> <p>C) NHL no progresivo (incluida la enfermedad estable), de bajo grado, CD20 positivo, de células B,</p>

COMPROV_2021_48_S

	<p>D) NHL difuso de células B grandes, CD20 positivo, no tratado previamente,</p> <p>E) Leucemia linfocítica crónica (CLL) CD20 positivo no tratada o tratada previamente,</p> <p>F) Granulomatosis con poliangeítis (GPA) (granulomatosis de Wegener),</p> <p>G) Poliangeítis microscópica (MPA), o</p> <p>H) Artritis reumatoide (RA) de actividad moderada a grave.</p> <p>2) Documentar:</p> <p>A) Para NHL de células B, CD20-positivo, folicular, no tratado previamente:</p> <ul style="list-style-type: none">i) Recetado en combinación con quimioterapia de primera línea, oii) Recetado como monoterapia para pacientes con respuesta parcial a Rituxan en combinación con quimioterapia. <p>B) Para el NHL de células B CD20 positivo, de bajo grado y que no progresa: Uso previo de quimioterapia con ciclofosfamida, vincristina y prednisona (CVP).</p> <p>C) Para NHL difuso de células B grandes, CD20 positivo, no tratado previamente: Recetado en combinación con ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona (CHOP) u otros regímenes de quimioterapia basados en antraciclinas.</p> <p>D) Para CLL CD20-positivo: Recetado en combinación con fludarabina y ciclofosfamida (FC).</p> <p>E) Para GPA y MPA: Prescrito en combinación con glucocorticoides.</p> <p>F) Para RA:</p> <ul style="list-style-type: none">i) Respuesta inadecuada a una o más terapias con antagonistas de TNF, yii) Uso previo o intolerancia a al menos 1 o más fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD) (p. ej., azatioprina, ciclosporina, metotrexato, hidroxiclороquina, leflunomida, sulfasalazina).
--	---

COMPROV_2021_48_S

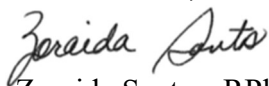
	<p>3) Para todas las indicaciones (solo en la primera receta):</p> <p>A) Resultado de la prueba del virus de la hepatitis B (VHB): medición de HBsAg y anti-HBc, y</p> <p>B) Conteo sanguíneo completo (CBC): incluidas las plaquetas (dentro de los límites normales - WNL).</p> <p>4) Para todas las recetas: el área de superficie corporal (BSA) real del paciente, o el peso y la altura (dosificación basada en BSA).</p>
Límites de Edad	18 años o mayor
Límites de Especialidad	<p>1) Para NHL y CLL: Hematólogo/oncólogo, o</p> <p>2) Para GPA y MPA:</p> <p>A) Hematólogo/oncólogo,</p> <p>B) Nefrólogo o</p> <p>C) Reumatólogo</p>
Duración de la cubierta	12 meses
Otros Criterios	Validar cobertura, las quimioterapias inyectables usualmente no están cubiertas por el beneficio de Farmacia.

IMPORTANTE este cambio **no** aplica a:

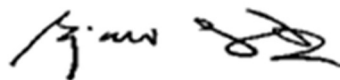
- Programas de Triple-S Advantage
- Algunos Planes Comerciales (**sujeto a la cubierta de cada asegurado**)
- Beneficiarios del Plan de Salud Vital

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 RUXIENCE® 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	RUXIENCE®	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"/>	Chronic Lymphocytic Leukemia (ICD10: C91.1)
	<input type="checkbox"/>	Non-Hodgkin's Lymphoma (ICD10: C85, C85.9)
	<input type="checkbox"/>	Granulomatosis with Polyangiitis (Wegener's Granulomatosis) (ICD10: M31.3)
	<input type="checkbox"/>	Microscopic Polyangiitis (ICD10: M31.7)
For the first the prescription only:		
Required Medical Information	Documented diagnosis of:	
	<ul style="list-style-type: none"> A) Relapsed or refractory, low grade or follicular, CD20-positive B-cell Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL): as a single agent, B) Previously untreated follicular, CD20-positive, B-cell NHL, C) Non-progressing (including stable disease), low-grade, CD20-positive, B-cell NHL, D) Previously untreated diffuse large B-cell, CD20-positive NHL, E) Previously untreated and previously treated CD20-positive Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL), F) Granulomatosis with Polyangiitis (GPA) (Wegener's Granulomatosis), G) Microscopic Polyangiitis (MPA), or H) Moderately-to severely-active rheumatoid arthritis (RA). 	
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

COMPROV_2021_48_S

Request Form for RUXIENCE® Pharmacy Department 787-774-4832 (Fax)		
	For previously untreated follicular, CD20-positive, B-cell NHL documented: i) Prescribed in combination with first line chemotherapy, or ii) Prescribed as monotherapy for patients with partial response to Rituxan in combination with chemotherapy.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For non-progressing, low-grade, CD20-positive, B-cell NHL documented: Previous use of cyclophosphamide, vincristine, and prednisone (CVP) chemotherapy.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For previously untreated diffuse large B-cell, CD20-positive NHL documented: Prescribed in combination with cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone (CHOP) or other anthracycline-based chemotherapy regimens.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For CD20-positive CLL documented: Prescribed in combination with fludarabine and cyclophosphamide (FC).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For GPA and MPA documented: Prescribed in combination with glucocorticoids.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For RA documented: i) Inadequate response to one or more TNF antagonist therapies, and ii) Previous use or intolerance to at least 1 or more disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) (e.g., azathioprine, cyclosporine, methotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide, sulfasalazine).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For all indications (first prescription only) documented: A) Hepatitis B virus (HBV) test result: measuring HBsAg and anti-HBc, and B) Complete blood count (CBC): including platelets (within normal limits - WNL).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	For all prescriptions documented: Patient's actual body surface area (BSA) or weight and height (BSA-based dosing).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	Patient's age is: 18 years of age or older	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	Prescriber's specialty is: 1) For NHL and CLL: Hematologist/Oncologist, or	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

COMPROV_2021_48_S

Request Form for RUXIENCE®	
Pharmacy Department 787-774-4832 (Fax)	
	2) For GPA and MPA: A) Hematologist/Oncologist, B) Nephrologist, or C) Rheumatologist
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 April 2019.</p>	

COMPROV_2021_48_S