

15 de marzo de 2024

Estimado Asegurado:

Recibe un cordial saludo de parte de Triple-S Salud. Los siguientes cambios al Formulario fueron revisados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T). Los medicamentos que a continuación se detallan serán incluidos al Formulario, según la póliza de la farmacia.

La inclusión de medicamentos será efectiva el 15 de marzo de 2024 para los planes de Triple-S Comercial.

Cambio	Nombre	Nivel	Requisito
Adición-Nueva Forma de Dosificación	Cresemba Oral Capsule 74.5 MG	Marca No Preferido	Autorización previa
Adición-Nueva Forma de Dosificación	Breo Ellipta Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 50-25 MCG/INH	Marca Preferido	Límite de cantidad
Adición-Nueva Forma de Dosificación	Entyvio Subcutaneous Solution Pen-injector 108 MG/0.68ML	Especializado No Preferido	Autorización previa
Adición-Nueva Forma de Dosificación	Kalydeco Oral Packet 5.8 MG	Especializado No Preferido	Autorización previa

IMPORTANTE estos cambios no aplican a:

- Programas Triple-S Advantage
- Algunos planes comerciales
- Beneficiarios del Plan de Salud Vital

Si necesitas ayuda o tienes preguntas sobre estos cambios, llama al 787-774-6081, sin cargos al 1-8020716-6081 o servicios telefónicos para audio impedidos (TTY/TDD) al 787-792-13702 ó 1-866-215-1999. Nuestro centro de llamadas está disponible de lunes a viernes de 7:30 AM a 8:00PM, sábados de 9:00 AM a 6:00 PM y domingos de 11:00 AM a 5:00 PM – ASTT (Tiempo Estándar del Atlántico).

Cordialmente,

Departamento de Farmacia