

Carta Trámite

5 de septiembre de 2024

A: Todos los proveedores Contratados por First Medical Health Plan, Inc., para el Plan Vital

Re: Carta Normativa 24-0621-C Enmendada Implementación medicamentos en el Subformulario de HIV/SIDA

Estimado(a) Proveedor(a):

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc., (FMHP).

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Normativa 24-0621-C Enmendada de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, (ASES).

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa que, **efectivo el 1 de julio de 2024**, se estará incluyendo en el subformulario de VIH/SIDA, medicamentos antirretrovirales e inhibidores de proteasa. Este formulario está siendo implementado conforme a los requisitos federales del *Outpatient Prescription Drug Coverage* bajo el título 19 del Seguro Social (§1905 (a)(12) of the *Social Security Act*) y del 42 CFR 447.509 (*Medicaid Drug Program*) para los fondos Medicaid de Puerto Rico.

Los medicamentos estarán disponibles a través de las farmacias contratadas bajo la red del Plan Vital, incluyendo aquellas que sirven bajo el Programa ADAP de Ryan White, Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico, y que son parte de la red del Plan Vital.

Para detalles específicos, sobre la información provista por la ASES, incluyendo la metodología de reembolso por el costo del medicamento, le exhortamos a leer detenidamente la Carta Normativa 24-0621-C Enmendada y el anejo Carta Normativa 24-0621.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada a este comunicado y/o necesita información adicional, siéntase en la libertad de comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al número libre de cargos 1-844-347-7802 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También, puede acceder a nuestra página electrónica www.firstmedicalvital.com.

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento
First Medical Health Plan, Inc.



Carta Normativa 24-0621-C

30 de agosto de 2024

A: Farmacias, Grupos Médicos Primarios, Proveedores Participantes del Plan Vital, Aseguradoras y Administrador del Beneficio de Farmacia

Asunto: Implementación medicamentos en el Subformulario de HIV/SIDA

La Administración de Seguros de Salud (ASES) desea informar por este medio, que efectivo el 1 de julio de 2024, se estará implementando el subformulario de medicamentos de VIH/SIDA para beneficiarios con dicho diagnóstico. Este formulario está siendo implementado conforme a los requisitos federales del *Outpatient Prescription Drug Coverage* bajo el título 19 del Seguro Social 1905(a)(12) of the Social Security Act (the Act)) y del 42 CFR 447.509 (Medicaid Drug Program) para los fondos Medicaid en Puerto.

Estos medicamentos están disponibles a través de las farmacias contratadas bajo la red del Plan Vital incluyendo aquellas que sirven bajo el Programa ADAP de Ryan White, Parte B del Departamento de Salud y que igualmente son parte de la red del Plan Vital. El Plan Vital asume el costo de estas terapias por lo que estarán reembolsando los mismos a los MCOs.

A continuación, se incluye los medicamentos antirretrovirales e inhibidores de proteasa que fueron añadidos al subformulario de VIH/SIDA efectivo el 1 de julio de 2024

| # | Nombre Comercial | Nombre Genérico |
|---------------------------|---------------------------|--|
| ANTIRRETROVIRALES: | | |
| 1. | Emtriva® | Emtricitabine |
| 2. | Epzicom® | Abacavir/Lamivudine |
| 3. | Fuzeon® | Emfuvirtide |
| 4. | Truvada® | Emtricitabine/TDF |
| 5. | Viread® | Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) |
| 6. | Atripla® | Efavirenz/Emtricitabine/TDF |
| 7. | Intelence® | Etravirine |
| 8. | Isentress® / Isentress HD | Raltegravir |
| 9. | Selzentry® | Maraviroc La prueba clínica de Tropismo no forma parte de este acuerdo y no es una prueba cubierta por el PSG |
| 10. | Edurant® | Rilpivirine |
| 11. | Complera® | Rilpivirine /Emtricitabine/TDF |

Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2024-00267

| | | |
|--------------------------------|------------|---|
| 12. | Tivicay® | Dolutegravir |
| 13. | Stribild® | Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabine/ TDF |
| 14. | Triumeq® | Abacavir/Dolutegravir/Lamivudine |
| 15. | Genvoya® | Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabine/ Tenofovir Alafenamide (TAF) |
| 16. | Odefsey® | Emtricitabine/Rilpivirine/TAF |
| 17. | Descovy® | Emtricitabine/TAF |
| 18. | Biktarvy® | Bictegravir/Emtricitabine/TAF |
| 19. | Juluca® | Dolutegravir/Rilpivirine |
| 20. | Trogarzo™ | Ibalizumab-uiyk - Intravenous Solution |
| 21. | Dovato® | Dolutegravir/Lamivudine |
| 22. | Symtuza® | Darunavir/Cobicistat/Emtricitabine/TAF |
| 23. | Pifeltro® | Doravirine |
| 24. | Delstrigo™ | Doravirine/Lamivudine/TDF |
| 25. | Rukobia® | Fostemsavir |
| 26. | Cabenuva® | Cabotegravir/Rilpivirine |
| INHIBIDORES DE PROTEASA | | |
| 27. | Aptivus® | Tipranavir |
| 28. | Evotaz® | Atazanavir / Cobicistat |
| 29. | Kaletra® | Lopinavir /Ritonavir |
| 30. | Lexiva® | Fosamprenavir calcium |
| 31. | Norvir® | Ritonavir |
| 32. | Prezcobix® | Darunavir / Cobicistat |
| 33. | Prezista® | Darunavir |
| 34. | Reyataz® | Atazanavir Sulfate |
| 35. | Viracept® | Nelfinavir Mesylate |
| 36. | Sunlenca® | Lenacapavir Injection 463.5 mg/1.5 ml |

Información importante para las farmacias contratadas bajo la red del Plan Vital de centros 330 (FQHC) o cualquier farmacia que dispense medicamentos 340b:

ASES establece que el reembolso de estos medicamentos a nivel de farmacia 330 o de los Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC), y de cualquier farmacia que compre y dispense medicamentos 340B de este subformulario de VIH/SIDA únicamente, se le reembolsara de la siguiente manera **efectivo el 3 de septiembre de 2024:**

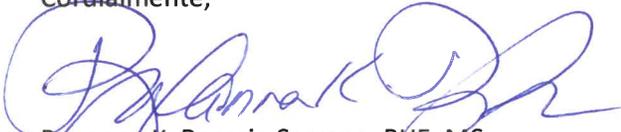
Costo de adquisición de 340b + \$8.96 dispensing fee:
(Usual & Customary Price: Colocar precio 340b; Submission Clarification Code; 20)

Toda reclamación de servicios de farmacia estará sujeta a auditoria conforme a las leyes federales que rigen los fondos Medicaid y la industria farmacéutica, por lo que les exhortamos al fiel cumplimiento de estas instrucciones.

La implementación de este subformulario, en cumplimiento con el requisito para con los fondos Medicaid en Puerto Rico no constituye un cambio al modelo de servicios ni cubierta para con los beneficiarios del Plan Vital con diagnostico VIH/SIDA, por lo que todos los servicios deben mantenerse como de costumbre y de forma ininterrumpida.

Agradecemos la colaboración y diligencia que acostumbradamente han brindado para con los beneficiarios del Plan Vital. Se espera fiel cumplimiento de todos los sectores que sirven al Plan de Salud del Gobierno, Plan Vital, en el manejo de los servicios médicos, despacho y procesamiento de las terapias.

Cordialmente,



Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS
Directora Ejecutiva



Carta Normativa 24-0621

21 de junio de 2024

A: Farmacias, Grupos Médicos Primarios, Proveedores Participantes del Plan Vital, Aseguradoras y Administrador del Beneficio de Farmacia

Asunto: Implementación medicamentos en el Subformulario de HIV/SIDA

La Administración de Seguros de Salud (ASES) desea informar por este medio, que efectivo el 1 de julio de 2024, estará implementando el subformulario de medicamentos de VIH/SIDA para beneficiarios con dicho diagnóstico. Este formulario está siendo implementado conforme a los requisitos federales del *Outpatient Prescription Drug Coverage* bajo el título 19 del Seguro Social (§ 1905(a)(12) of the Social Security Act (the Act)) y del 42 CFR 447.509 (Medicaid Drug Program) para los fondos Medicaid en Puerto.

Estos medicamentos estarán disponibles a través de las farmacias contratadas bajo la red del Plan Vital incluyendo aquellas que sirven bajo el Programa ADAP de Ryan White, Parte B del Departamento de Salud y que igualmente son parte de la red del Plan Vital. Estos medicamentos se procesarán como cualquier otro medicamento en formulario, permitiendo que los beneficiarios con cubierta catastrófica de VIH/SIDA puedan adquirirlos en cualquier farmacia de su selección bajo la red del Plan Vital. Las farmacias podrán realizar la compra directa y facturación de estas terapias mediante el PBM del Plan Vital conforme al requerimiento de regulación para los fondos Medicaid como pagador de último recurso. El Plan Vital estará reembolsando la totalidad de los costos asociados a estas terapias, según se ha hecho en los pasados años mediante acuerdo colaborativo con ADAP, por lo que esto no tendrá ningún impacto financiero en las primas asignadas por el Plan Vital.

A continuación, se incluye los medicamentos antirretrovirales e inhibidores de proteasa que serán añadidos al subformulario de VIH/SIDA **efectivo el 1 de julio de 2024.**

| # | Nombre Comercial | Nombre Genérico |
|---------------------------|------------------|-------------------------------------|
| ANTIRRETROVIRALES: | | |
| 1. | Emtriva® | Emtricitabine |
| 2. | Epzicom® | Abacavir/Lamivudine |
| 3. | Fuzeon® | Emfuvirtide |
| 4. | Truvada® | Emtricitabine/TDF |
| 5. | Viread® | Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) |
| 6. | Atripla® | Efavirenz/Emtricitabine/TDF |



| | | |
|--------------------------------|---------------------------|--|
| 7. | Intelence® | Etravirine |
| 8. | Isentress® / Isentress HD | Raltegravir |
| 9. | Selzentry® | Maraviroc La prueba clínica de Tropismo no forma parte de este acuerdo y no es una prueba cubierta por el PSG |
| 10. | Edurant® | Rilpivirine |
| 11. | Complera® | Rilpivirine /Emtricitabine/TDF |
| 12. | Tivicay® | Dolutegravir |
| 13. | Stribild® | Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabine/TDF |
| 14. | Triumeq® | Abacavir/Dolutegravir/Lamivudine |
| 15. | Genvoya® | Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabine/Tenofovir Alafenamide (TAF) |
| 16. | Odefsey® | Emtricitabine/Rilpivirine/TAF |
| 17. | Descovy® | Emtricitabine/TAF |
| 18. | Biktarvy® | Bictegravir/Emtricitabine/TAF |
| 19. | Juluca® | Dolutegravir/Rilpivirine |
| 20. | Trogarzo™ | Ibalizumab-uiyk - Intravenous Solution |
| 21. | Dovato® | Dolutegravir/Lamivudine |
| 22. | Symtuza® | Darunavir/Cobicistat/Emtricitabine/TAF |
| 23. | Pifeltro® | Doravirine |
| 24. | Delstrigo™ | Doravirine/Lamivudine/TDF |
| 25. | Rukobia® | Fostemsavir |
| 26. | Cabenuva® | Cabotegravir/Rilpivirine |
| INHIBIDORES DE PROTEASA | | |
| 27. | Aptivus® | Tipranavir |
| 28. | Evotaz® | Atazanavir / Cobicistat |
| 29. | Kaletra® | Lopinavir /Ritonavir |
| 30. | Lexiva® | Fosamprenavir calcium |
| 31. | Norvir® | Ritonavir |
| 32. | Prezcobix® | Darunavir / Cobicistat |
| 33. | Prezista® | Darunavir |
| 34. | Reyataz® | Atazanavir Sulfate |
| 35. | Viracept® | Nelfinavir Mesylate |
| 36. | Sunlenca® | Lenacapavir Injection 463.5 mg/1.5 ml |



Información importante sobre el modelo de acceso de cuidado coordinado:

Esta implementación no impacta el servicio, atención médica o expedición de recetar para tratamiento de VIH/SIDA de aquellos médicos tratantes de VIH, así como los infectólogos a los beneficiarios bajo el Plan Vital. Los medicamentos del subformulario contendrán al menos aquellos medicamentos que hayan estado disponibles previamente a través del acuerdo de colaboración con el Programa ADAP (36). ASES se reserva el derecho de introducir cambios en esta lista de medicamentos en el futuro, incluidas modificaciones, adiciones o supresiones, en función de la evolución clínica o del mercado.

El modelo de acceso a servicios médicos para pacientes con diagnóstico de HIV-SIDA no tendrá cambios. Las Clínicas de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud, así como las clínicas/facilidades que actualmente ofrecen los servicios a estos pacientes, continuarán brindando el servicio como de costumbre. Los beneficiarios tendrán la flexibilidad de poder recibir el despacho de sus recetas en cualquiera de las farmacias de la red de Plan Vital (sobre 900 farmacias) o con la misma farmacia que le sirve de ser su preferencia.

Información importante para las farmacias contratadas bajo la red del Plan Vital:

ASES establece que el reembolso de estos medicamentos del subformulario VIH/SIDA a nivel de farmacias que compren a droguerías bajo precios del mercado:

AWP minus (-) 17.5% (discount) + dispensing fee:

| Términos de Reembolso a Farmacias bajo Plan Vital | | |
|---|---|-----------------------|
| Clasificación de Farmacia | Costo de Ingrediente | Pago por Dispensación |
| Independiente/Cadena Local | Brand Drug Name: AWP minus (-) 17.5% or Specialty Drug List | \$2.50 |
| Cadena Nacional | Bioequivalent Generic Drug: ASES' MAC List | \$1.75 |
| Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) | Non-MAC Generic Drug: AWP minus (-) 25% | \$2.50 |



Toda reclamación de servicios de farmacia estará sujeta a auditoria conforme a las leyes federales que rigen los fondos Medicaid y la industria farmacéutica, por lo que les exhortamos al fiel cumplimiento de estas instrucciones.

La implementación de este subformulario, en cumplimiento con el requisito para con los fondos Medicaid en Puerto Rico no constituye un cambio al modelo de servicios ni cubierta para con los beneficiarios del Plan Vital con diagnostico VIH/SIDA, por lo que todos los servicios deben mantenerse como de costumbre y de forma ininterrumpida.

Agradecemos la colaboración y diligencia que acostumbradamente han brindado para con los beneficiarios del Plan Vital. Se espera fiel cumplimiento de todos los sectores que sirven al Plan de Salud del Gobierno, Plan Vital, en el manejo de los servicios médicos, despacho y procesamiento de las terapias.

Cordialmente,

Roxana K. Rosario Serrano, BHE, MS
Directora Ejecutiva