



17 de abril de 2019

**CARTA NORMATIVA 19-0417**

(Para enmendar la CN 15-1012 Enmendada)

**A TODAS LAS ENTIDADES CONTRATADAS POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD (ASES) Y PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD VITAL**

**RE: Cubierta de Anticonceptivos para la población en edad reproductiva del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG), Salud Vital**

Hemos actualizado la cubierta de planificación familiar bajo Salud Vital, la cual facilita el acceso libre de costo a métodos anticonceptivos para la población participante entre las edades reproductivas de 16 a 45 años. Estos servicios continuarán canalizándose mediante referidos a las Clínicas de Planificación Familiar. Es trascendental que, todas las entidades contratadas bajo Salud Vital se aseguren de renovar sus contratos existentes, o estipular contratos, con las 11 clínicas de planificación familiar establecidas alrededor de la Isla.

**Clínicas de Planificación Familiar**

MUNICIPIO	CLÍNICA	DIAS / HORARIO	DIRECCION FISICA	TEL / FAX
<b>Aguadilla</b>	WRI Health Corp./PREVEN	Lunes–viernes 8:00am- 4:00pm	Carr. 107, Marbella Mini Mall, Oficina 103, Aguadilla, PR	Tel/Fax 787.882.0862
<b>Bayamón</b>	Health Alliance Corporation/PREVEN	Lunes–viernes 8:00am- 5:00pm	Santa Rosa Mall, Carr. #2, Oficina 3C, Bayamón, PR	Tel 787.633.0689 Fax 787.786.4646
<b>Caguas</b>	Prevén Familiar/PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am – 4:30 pm	Centro de Cuidado Gineco Obstétrico, 7F, Ave. Degetau, Bonnevillle Terrace Caguas, PR	Tel 787.961.3393 Fax 787.746.9172
<b>Cabo Rojo</b>	OMEGA, CSP. /PREVEN	Lunes, miércoles, viernes 12:30 pm – 4:00 pm Martes y jueves 7:00 am – 4:00 pm	Calle Maceo #5 Cabo Rojo, PR	Tel 787.851.1400 Fax 1.888.453.1640
<b>Fajardo</b>	WRI Health Corp./PREVEN	Lunes, miércoles y viernes 8:00 am – 4:00 pm	Calle Antonio R. Barceló, #14, Esq. Diego Salduondo, Fajardo, PR	Tel/Fax 787.655.0450
<b>Manatí</b>	WRI Health Corp./PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am - 4:00 pm	Centro Comercial Puerta del Sol, Carr. #2, Km 49.7, Local 7, Manatí, PR	Tel /Fax 787.854.2141
<b>Mayagüez</b>	WRI Health Corp./PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am - 4:00 pm	Urb. Mayagüez Terrace, Calle José Arrarás, G-15B, #1130 (marginal), Mayagüez, PR	Tel/Fax 787.832.6931

	University of Puerto Rico at Mayagüez/PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am - 4:00 pm	RUM Health Service Department	Tel.787.265.3865
<b>Ponce</b>	Health Mediator Inc./PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am – 5:00 pm	La Rambla Plaza, Ave. Tito Castro #606, Suite 225 Ponce, PR	Tel. 787.290.2489 / 787.843.2029 Fax 787.651.0082
<b>San Germán</b>	OMEGA, CSP. /PREVEN	Lunes, miércoles y viernes 7:00 am – 11:00 am	Calle Oriente, Local 1, Plaza del Mercado, Ctro Comercial José Alemañi San Germán, PR	Tel 787.892.3910/ 787.264.1960 Fax 1-888-377-4094
<b>San Juan</b>	Health Alliance Corporation/PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am-5:00 pm	Ave. Universidad, Esq. Ponce de León, Plaza Universitaria, Torre Norte, Suite 5, San Juan, PR	Tel787.903.4493 Fax 787.625.6902
<b>Yauco</b>	Health Mediator Inc./PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am – 5:00 pm	Yauco Gallery Mall, Ofic. 103, Susúa Baja, Carr. 128 Yauco, PR	Tel / Fax 787.856.2830

Periódicamente, la ASES evalúa los métodos disponibles en términos de costo efectividad para salvaguardar que se puedan mantener opciones viables y continuar atendiendo las necesidades de la población que servimos. A continuación, se detallan los métodos anticonceptivos cubiertos actualmente bajo Salud Vital, sus respectivos modos de despacho y limitaciones o consideraciones clínicas:

### Métodos Cubiertos por Salud Vital

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones/Consideraciones
<b>Pastillas anticonceptivas</b>	<i>Aviane</i> <i>Ortho Micronor</i> <i>Sprintec 28</i> <i>Tri-Sprintec</i> <i>Ortho Tri-Cyclen (28)</i> <i>Ortho-Cyclen (28)</i> <i>Ortho Tri-Cyclen Lo</i> <i>Low-Ogestrel</i> <i>Cryselle</i>	Un (1) paquete al mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumadora activa con 35 años de edad</li> <li>• Tener Dx diabetes durante más de 20 años</li> <li>• Enfermedad sintomática vesícula biliar</li> <li>• Enfermedad del hígado</li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> <li>• Historial tromboflebitis</li> <li>• Presion arterial descontrolada</li> <li>• Infarto a miocardio</li> <li>• Historial de cáncer de seno</li> </ul>
<b>Inyección Hormonal</b>	<i>Depo-Provera Intramuscular Suspension 150 MG/ML</i>	Una (1) cada tres meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No más de dos (2) años consecutivos</li> <li>• Fumadora activa de más de 35 años de edad</li> <li>• Tener Dx diabetes durante más de 20 años</li> <li>• Enfermedad sintomática vesícula biliar</li> <li>• Enfermedad del hígado</li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> <li>• Historial tromboflebitis</li> <li>• Presion arterial descontrolada</li> <li>• Infarto a miocardio</li> <li>• Historial de cancer de seno</li> </ul>
<b>Dispositivo Intrauterino (Copper T)</b>	<i>DIU-Paragard</i>	Una (1) cada 10 años	<p><b>Consideraciones antes de administrar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor de 21 años</li> <li>• Antes de iniciar en el DIU: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Pap normal</i></li> <li>- <i>Resultado negativo para enfermedades venéreas</i></li> </ul> </li> <li>• Contraindicado si padece Enfermedad de Wilson</li> </ul>



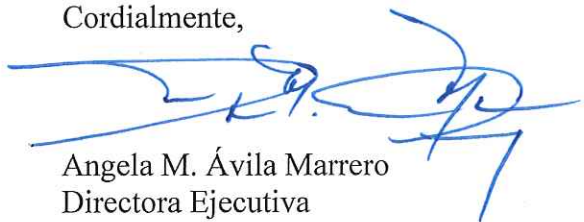
Los siguientes métodos anticonceptivos **no están cubiertos** por Salud Vital. Sin embargo, los beneficiarios puede adquirirlos asumiendo su costo, a través de los centros de planificación contratados por las entidades de salud.

### Métodos No Cubiertos

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones / Consideraciones
<b>Métodos de barrera</b>	<i>Condón latex con espermicida</i>	Disponibles bajo regla de OTC y deben ser pagados por el asegurado.	Alergia al látex o espermicida
<b>Métodos de emergencia</b>	<i>Plan B</i>	Disponibles bajo regla de OTC y deben ser pagados por el asegurado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso corporal mayor de 164 libras</li> <li>• Fumadora activa de más de 35 años</li> <li>• Diabetes de mas de 20 años</li> <li>• Enfermedad sintomática de la vesícula biliar</li> <li>• Enfermedad del hígado</li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> <li>• Historial tromboflebitis</li> <li>• Presión arterial descontrolada</li> <li>• Infarto al miocardio</li> <li>• Historial de cáncer de mama</li> </ul>

Se incluye el formulario revisado que deberán utilizar las entidades contratadas para que sus proveedores realicen los referidos a las clínicas de planificación familiar a la población de beneficiarios que cumpla con los criterios e interesen acceder los métodos anticonceptivos. Solicitamos la cooperación de todas las entidades y de los proveedores para cumplir cabalmente con lo requerido en esta la normativa.

Cordialmente,



Angela M. Ávila Marrero  
Directora Ejecutiva

Anejos (1)



Date: \_\_\_\_\_ Gender:   Age: \_\_\_\_ Record Number: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ Day of Birth: \_\_\_\_\_

Physical Address: \_\_\_\_\_ Moth /day /year

Telephone: \_\_\_\_\_ Civil Status: \_\_\_\_\_ Family Size: \_\_\_\_\_

Sliding Fee: \_\_\_\_\_ Ethnicity:  Hispanic / Latino  No Hispanic / No Latino

Race:  White  Black/African America  American Indian  More than one race

Preferred Language:  Spanish  English E-mail: \_\_\_\_\_

Education Level: \_\_\_\_\_ Contact Person: \_\_\_\_\_

**Insurance Company**

Insurance:       Other : \_\_\_\_\_

Policy Number Contract: \_\_\_\_\_ Group Number: \_\_\_\_\_

Subscriber Name: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_ Day of Birth: \_\_\_\_\_

**Medical History**

Blood Pressure: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

Last Menstrual Period: \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Menstrual History  Normal  Abnormal (Explain) # \_\_\_\_\_ (days); Regular:  Yes  No

Current Contraceptive Method: \_\_\_\_\_ Sexual risk behaviors:  Yes  No Multiple Partners: \_\_\_\_\_ History of violence or sexual violence \_\_\_\_\_ Not at risk \_\_\_\_\_

STD History:  Yes  No Which? \_\_\_\_\_ Treatment: \_\_\_\_\_

Allergies History: \_\_\_\_\_

Immunizations:  Yes  No Which? \_\_\_\_\_

**Other History: Please mark the health conditions suffered by the patient or someone in your family.**

(P) Father (M) Mother (H) Brothers (U) Patient

\_\_\_ Uncontrolled blood pressure \_\_\_ Hepatitis \_\_\_ Neurological problems \_\_\_ Anemia \_\_\_ Cancer

\_\_\_ Triglycerides / High cholesterol \_\_\_ Kidneys \_\_\_ Asthma \_\_\_ Thyroid \_\_\_ Thrombosis

\_\_\_ Clots \_\_\_ Stroke \_\_\_ Arthritis \_\_\_ Migraine \_\_\_ Heart \_\_\_ Postpartum / Breastfeeding at the time

\_\_\_ Active Smoker > 35y/old \_\_\_ Symptomatic gallbladder disease \_\_\_ Myocardial Infarction

\_\_\_ Mental health disorder \_\_\_ Substance Abuse

**Medications**

- Rifampin
- Rifabutin
- Griseofulvin
- Phenobarbital / Barbiturates
- Prímidone
- Phenytoin
- Carbamazepine
- Felbamate
- Topiramate
- Vigabitrin
- Antiretroviral \_\_\_\_\_
- Antidepressant \_\_\_\_\_
- Hypertension \_\_\_\_\_

**Clinical Review**

**Laboratory**

- Pregnancy Test (If at Risk)
- PapTest (If at Risk)
- Chlamydia
- Gonorrhea
- HIV Test
- VDRL
- 

**Pap Smear / Citology Result**

Date: \_\_\_\_\_

Normal

Abnormal

Explain if abnormal result:

\_\_\_\_\_

**\*Favor enviar copia del resultado de Pap con este documento.**

**Cicle Ordered** \_\_\_\_\_

Pills: \_\_\_\_\_

Depo-Provera (Injection)

IUD – Paraguard

Other \_\_\_\_\_

**\*Favor enviar la orden médica (receta) con este documento.**

**USE FOR FAMILY PLANNING CLINIC**

**Comments**

---

---

---

MD Signature \_\_\_\_\_ Lic Num.: \_\_\_\_\_ NPI Num: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_