



Carta Normativa 19-0417-A

21 de octubre de 2022

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

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

El propósito de esta Carta Normativa es el reforzar los procesos de la cubierta de planificación familiar bajo Salud Vital. Este programa facilita el acceso libre de costo a métodos anticonceptivos para la población participante entre las edades reproductivas de 16 a 45 años. Como en el pasado estos servicios continuarán canalizándose mediante referidos a las Clínicas de Planificación Familiar.

Entre los servicios que proveen las Clínicas de Planificación Familiar se encuentran los siguientes: Servicios de salud sexual y reproductiva para la prevención de embarazos y planes de servicios que incluyen evaluación médica, métodos anticonceptivos, educación sobre planificación familiar, entre otros.

Abajo les presentamos el proceso que ocurre entre todas las partes involucradas para que el ciclo de servicio sea completado.



Es importante que todas las aseguradoras contratadas bajo Salud Vital se aseguren de renovar sus contratos existentes, o estipular contratos, con las 10 clínicas de planificación familiar establecidas alrededor de la Isla. Para beneficio de todos los GMPs y Proveedores Participantes del Plan Vital verán a continuación el listado de las Clínicas de Planificación Familiar actualizado.

Clínicas de Planificación Familiar

CLÍNICA PREVEN (MUNICIPIO)	AGENCIA SUB-RECIPIENTE (ADMINISTRADORA)	DÍAS / HORARIO	DIRECCIÓN FÍSICA	TEL / FAX
Aguadilla	WRI Health Corp./PREVEN	Lunes-viernes 8:00am - 4:00pm	Carr. 107, Marbella Mini Mall, Oficina 103, Aguadilla, PR	Tel/Fax 787.882.0862
Bayamón	Health Alliance Corporation/PREVEN	Lunes-viernes 8:00am- 5:00 pm	Santa Rosa Mall, Carr. #2, Oficina 3C, Bayamón, PR	Tel 787.633.0689 Fax 787.786.4646
Caguas	Preven Familiar/PREVEN	Lunes, martes, miércoles, y viernes: 8:00 am 4:30 pm Jueves: 8:00 am-12:00	Centro de Cuidado Gineco Obstétrico, 7F, Ave. Degetau, Bonneville Terrace Caguas, PR	Tel 787.961.3393 Fax 787.746.9172
Cabo Rojo	OMEGA, LLC. /PREVEN	Lunes: 7:00 am-11:00 am; miércoles y 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 1.888.453.164 0
Manatí	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

Mayagüez	WRI Health Corp./PREVÉN	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
Ponce	Health Mediator Inc./PREVÉN	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
San Germán	OMEGA, LLC. /PREVÉN	Lunes: 12:30 pm-4:00 pm; miércoles y viernes: 8:00 am-11:00 am	Calle Dr. Veve 102, San Germán, PR, 00683	Tel. 787.892.3910/ 787.264.1960 Fax 1.888.377.4094
San Juan	Health Alliance Corporation/PREVEN	Lunes- viernes 8:00am-5:00pm	Ave. Universidad, Esq Ponce de León, Plaza Universitaria, Torre Norte, Suite 5, San Juan, PR	Tel 787.903,4493 Fax 787.625.6902
Yauco	Health Mediator Inc./PREVÉN	Lunes-viernes 8:00am-5:00pm	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 Anticonceptivos Cubiertos por Salud Vital

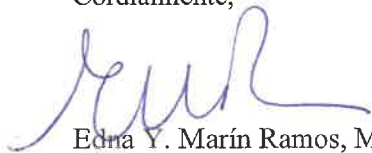
Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones/Consideraciones
Pastillas anticonceptivas	<i>Sprintec 28</i> <i>Tri Lo Sprintec</i> <i>Aviane oral</i> <i>Tri-Sprintec</i> <i>Norethindrone</i>	Un (1) paquete al mes	<ul style="list-style-type: none"> • Fumadora activa con 35 años • Tener DX diabetes durante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

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 aseguradoras de salud.

Métodos No Cubiertos	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones / Consideraciones
Métodos de barrera	<i>Condón de latex con espermicida</i>	Disponibles bajo regla de OTC y deben ser pagados por el asegurado.	<ul style="list-style-type: none"> • Alergia al látex o espermicida
Métodos de emergencia	Plan B	Disponibles bajo regla de OTC y deben ser pagados por el asegurado.	<ul style="list-style-type: none"> • Peso corporal mayor de 164 libras • Fumadora activa de más de 35 años • Diabetes de más de 20 años • Enfermedad sintomática de la vesícula biliar • Enfermedad del hígado • Accidente cerebrovascular • Historial tromboflebitis • Presión arterial descontrolada • Infarto al miocardio • Historial de cáncer de mama

Se incluye el formulario revisado que deberán utilizar las aseguradoras 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 aseguradoras y de los proveedores para cumplir con lo requerido en esta la normativa.

Cordialmente,



Edna Y. Marín Ramos, MA
Directora Ejecutiva

Anejo (1)



Date: _____ Gender: M F Age: _____ Record Number: _____

Patient Name: _____ Day of Birth: _____
Month/day/year

Physical Address: _____

Telephone: _____ Civil Status: _____ Family Size: _____

Sliding Fee: _____ Ethnicity: Hispanic / Latino No Hispanic / No Latino

Race: White Black/African American 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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rifampin | <input type="checkbox"/> Phenytoin | <input type="checkbox"/> Antiretroviral _____ |
| <input type="checkbox"/> Rifabutin | <input type="checkbox"/> Carbamazepine | <input type="checkbox"/> Antidepressant _____ |
| <input type="checkbox"/> Griseofulvin | <input type="checkbox"/> Felbamate | <input type="checkbox"/> Hypertension _____ |
| <input type="checkbox"/> Phenobarbital / Barbiturates | <input type="checkbox"/> Topiramate | |
| <input type="checkbox"/> Primidone | <input type="checkbox"/> Vigabatrin | |

Clinical Review

<p>Laboratory</p> <p>___ Pregnancy Test (If at Risk)</p> <p>___ Pap Test (If at Risk)</p> <p>___ Chlamydia</p> <p>___ Gonorrhea</p> <p>___ HIV Test</p> <p>___ VDRL</p>	<p>Pap Smear / Cytology Result</p> <p>Date: _____</p> <p>Normal _____</p> <p>Abnormal _____</p> <p>Explain if abnormal result:</p> <p>_____</p> <p>*Favor enviar copia del resultado de Pap con este</p>	<p>Cycle Ordered _____</p> <p>___ Pills: _____</p> <p>___ Depo-Provera (Injection)</p> <p>___ IUD – Paraguard</p> <p>___ Other _____</p> <p>*Favor enviar la orden médica (receta) con este documento.</p>
--	--	--

USE FOR FAMILY PLANNING CLINIC

Comments

MD Signature _____ Lic Num.: _____ NPI Num: _____ Date: _____