



GOBIERNO DE PUERTO RICO  
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Carta Circular 25-0331

31 de marzo de 2025

**A: Aseguradoras, Compañías de Servicios de Salud Mental, Administrador del Beneficio de Farmacia, Farmacias, Grupos Médicos Primarios y Proveedores Participantes del Plan Vital**

**Asunto: Cambios al Límite de Edad de las Vacunas contra el Neumococo**

---

En la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), estamos comprometidos en promover la salud y el bienestar de nuestros beneficiarios, asegurando la continuidad y el acceso a los servicios del Plan de Salud del Gobierno, Vital.

Según establecido por el CDC, las vacunas contra el neumococo (PCV15, PCV20, PCV21, PPSV23) son recomendadas en adultos de 50 años en adelante. Además, establece que personas de 19-49 años con factores de riesgo adicionales u otra indicación podrán recibir las vacunas contra el neumococo. Por tal razón, se modificó el límite de edad de todas las vacunas contra el neumococo para estar accesibles sin restricciones a todo adulto de 50 años en adelante. A continuación, se resume el proceso correspondiente para garantizar el acceso a las vacunas contra el neumococo:

- Vacunas contra el neumococo disponibles en el Listado de Medicamento Preferidos (PDL)
  1. Vaxneuvance™ (PCV15)
  2. Prevnar 20® (PCV20)
  3. CAPVAXIVE™ (PCV21)
  4. Pneumovax23® (PPSV23)
- Adulto de 50 años en adelante: las vacunas contra neumococo se pagarán automáticamente.
- Adultos entre 19 a 49 años: las vacunas contra neumococo se rechazarán por límite de edad (AL) y, de tener indicación, la aseguradora lo evaluará por el proceso de preautorización; deberá indicar condición médica o factor de riesgo, según especificadas por el CDC, por la cual el paciente necesita la vacuna contra el neumococo. Para asegurar el acceso a la vacuna y no retrasar su administración, no se requerirá receta médica. El farmacéutico, ejerciendo su juicio profesional, podrá identificar aquellos asegurados que son candidatos y podrá enviar la documentación necesaria que así lo certifique para que la aseguradora comience el proceso de evaluación. Se incluye una guía la cual puede asistir en el proceso de identificación y certificación de estos beneficiarios.

La aseguradora evaluará el caso y aprobará el despacho de la vacuna, siempre y cuando el paciente cumpla con alguna condición médica o factor de riesgo, según especificadas por el CDC.

Además, el CDC ofrece la guía gratuita, *PneumoRecs VaxAdvisor*, para brindar orientación sobre la vacuna neumocócica específica aplicable a cada paciente. Se puede acceder al *PneumoRecs VaxAdvisor* utilizando el siguiente enlace <https://www2a.cdc.gov/vaccines/m/pneumo/pneumo.html>.

Cordialmente,

Lymari Colón Rodríguez  
Directora Ejecutiva Interina

**Pneumococcal Vaccines Form (Vaxneuvance™ (PCV15), Prevnar 20® (PCV20), CAPVAXIVE™ (PCV21) & Pneumovax23® (PPSV23)**

**Pharmacy Department (Fax)**  First Medical 1-866-728-7360  MMM Holdings 1-866-349-0514

Plan de Salud Menonita 1-866-728-0682  Triple S 1-866-856-1847

<b>Patient Information</b>	Name	
	Date of Birth (m/d/y):	Telephone:
	Member ID:	
	Gender: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Primary Care Provider:
	Requested Drug:	Quantity:

**Step 1: Assess for Pneumococcal Vaccine Indications**

Check all that apply:

**A. Underlying Medical Conditions**

**Immunocompromising conditions**

- Chronic renal failure
- Congenital or acquired asplenia
- Congenital or acquired immunodeficiency<sup>1</sup>
- HIV infection
- Hodgkin disease
- Iatrogenic immunosuppression<sup>2</sup>
- Leukemia
- Lymphoma
- Multiple Myeloma
- Nephrotic syndrome
- Solid organ transplant
- Sickle cell disease/other hemoglobinopathies

<sup>1</sup>Includes diseases requiring treatment with immunosuppressive drugs, including long-term systemic corticosteroids and radiation therapy

<sup>2</sup>Includes B=(humoral) or T-lymphocyte deficiency, complement deficiencies (particularly C1, C2, C3, and C4 deficiencies), and phagocytic disorders (excluding chronic granulomatous disease)

**Cochlear implant or cerebrospinal fluid leak**

- Yes
- No

**Chronic health conditions**

- Alcoholism
- Chronic heart disease, including congestive heart failure and cardiomyopathies
- Chronic liver disease
- Chronic lung disease, including chronic obstructive pulmonary disease, emphysema, and asthma
- Cigarette smoking
- Diabetes mellitus

**Pneumococcal Vaccines Form (Vaxneuvance™ (PCV15), Prevnar 20® (PCV20), CAPVAXIVE™ (PCV21) & Pneumovax23® (PPSV23)**

**Pharmacy Department (Fax)**  First Medical 1-866-728-7360  MMM Holdings 1-866-349-0514

Plan de Salud Menonita 1-866-728-0682  Triple S 1-866-856-1847

<b>B. Medications or Treatments that weaken the Immune System</b>	<b>Medication Reconciliation</b>
	<input type="checkbox"/> Long-term corticosteroid use ( $\geq 20$ mg/day prednisone equivalent for $\geq 2$ weeks) <input type="checkbox"/> Chemotherapy or radiation therapy <input type="checkbox"/> Immunosuppressive therapy (e.g., biologics, DMARDs)

**Step 2: Vaccination history (If known)**

- PCV15 or PCV20 received?  Yes /  No      Date Administered: \_\_\_\_\_.
- PCV21 received?  Yes /  No      Date Administered: \_\_\_\_\_.
- PPSV23 or PCV13 received?  Yes /  No      Date Administered: \_\_\_\_\_.
- Not in record, explain: \_\_\_\_\_.

**Step 3: Contraindications**

- **Contraindications:**
  - **History of severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to a previous pneumococcal vaccine dose or any of its components.**  
 Yes  
 No  
 If yes, explained: \_\_\_\_\_.
  - **History of severe allergic reaction to diphtheria toxoid for (PCV15, PCV21, PCV20).**  
 Yes  
 No  
 If yes, explained: \_\_\_\_\_.
  - **Other documented contraindications (specify):** \_\_\_\_\_.

**Step 4: Vaccination Needs Assessment**

<b>Scenario 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If one or more conditions/ risk factors are checked, the beneficiary <b>may be eligible</b> for pneumococcal vaccination per CDC guidelines.</li> <li>• <b>Refer to CDC recommendations</b> for specific vaccine selection based on age, medical conditions and vaccination history.</li> </ul>
<b>Scenario 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Not a candidate this time, provide education and reassess in the next visit.</li> </ul>

**Pneumococcal Vaccines Form (Vaxneuvance™ (PCV15), Prevnar 20® (PCV20), CAPVAXIVE™ (PCV21) & Pneumovax23® (PPSV23)**

**Pharmacy Department (Fax)**  First Medical 1-866-728-7360  MMM Holdings 1-866-349-0514

Plan de Salud Menonita 1-866-728-0682  Triple S 1-866-856-1847

**Step 5: Pharmacist Recommendation**

After an evaluation of candidate's **medical conditions, medications or treatments, vaccination history (if known), CDC Pneumococcal Vaccination Recommendations** and based on my clinical judgment.

I recommend the vaccine

I don't recommend the vaccine

Rationale:

Pharmacist Name:

Pharmacist NPI:

Pharmacy Name:

Pharmacy Phone:

Pharmacy Fax:

Pharmacist Signature

Date:

*I attest that this is medically necessary for this patient and that all of the information on this form is accurate to the best of my knowledge. I attest that documentation of the above diagnosis is available for review if requested by Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).*