



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

12 de noviembre de 2008

CARTA NORMATIVA # 08 - 1112

**A TODAS LAS ASEGURADORAS,
COMPAÑIAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL,
ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE CONTRATACION DIRECTA,
GRUPOS MEDICOS DE CONTRATACION DIRECTA,
CENTROS PRIMARIOS, ASOCIACIONES DE PRÁCTICA INDEPENDIENTE
Y PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL SEGURO DE SALUD
DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

**UTILIZACIÓN DEL MECANISMO DE EXCEPCIÓN PARA AUTORIZAR
MEDICAMENTOS FUERA DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS Y DEL
FORMULARIO MEDULAR DE MEDICAMENTOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD**

La presente normativa aclara la cubierta de farmacia del Plan de Salud del Gobierno (PSG) para la autorización de medicamentos clínicamente necesarios que no están disponibles en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL por sus siglas en inglés) o Formulario Medular Uniforme (FMU).

La cubierta del PSG, específicamente para el beneficio de farmacia, siempre ha provisto un mecanismo para aprobar medicamentos que a juicio del proveedor son necesarios para el tratamiento del paciente y que no están disponibles en los formularios antes mencionados. Esta opción brinda la oportunidad a los médicos de proveer los servicios necesarios de acuerdo a su criterio clínico. También considera otras alternativas de tratamiento médico cuando no se logran los resultados esperados al utilizar los medicamentos disponibles en los formularios.

Para uniformar este proceso de excepción en todas las entidades contratadas establecemos lo siguiente:

Conceptos Generales del Beneficio de Farmacia:

- Todo medicamento recetado bajo el Plan de Salud del Gobierno y aprobado a través de este mecanismo tiene que contar con la aprobación del "Federal Drug Administration" (FDA).

- La cubierta de medicamentos no aplica para medicamentos considerados en su etapa experimental o para propósitos experimentales no aprobados por el FDA.
- La cubierta del PSG requiere el uso de medicamentos genéricos bio-equivalentes, es decir, clasificados "AB" por el FDA, así como autorizados por la reglamentación local, siempre y cuando no estén contraindicados y así se consigne por prescripción médica.

Responsabilidad del Proveedor que emite la Receta:

- Antes de emitir la receta, deberá verificar que el medicamento forme parte del PDL de ASES.
- Si los medicamentos a recetar no están disponibles en el PDL, el proveedor deberá comunicarse con la compañía aseguradora contratada en su región para evidenciar y confirmar los siguientes aspectos antes de emitir la receta:
 - Que el medicamento tiene o no una versión bio-equivalente disponible en el mercado y que la misma es apropiada para el tratamiento del paciente.
 - Que el medicamento recetado esté clínicamente indicado para la condición a tratarse.
 - El proveedor que prescribe deberá justificar y evidenciar a la aseguradora las razones para recetar dicho medicamento, las cuales pueden incluir cualquiera de las siguientes:
 - Contraindicación al/los medicamento(s) que aparece(n) en el formulario.
 - Historial de reacción adversa al/los medicamento(s) que aparece(n) en el formulario.
 - Fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en el formulario.
 - Inexistencia de una alternativa terapéutica en el formulario.

- Una vez el proveedor ha justificado el medicamento clínicamente con la compañía aseguradora, entonces procederá a emitir la receta. (Ver sección de Responsabilidad de la Aseguradora).

Responsabilidad de la Aseguradora:

- Las compañías aseguradoras orientarán a los proveedores contratados en cuanto al uso del PDL como primera opción al momento de recetar.
- Deberán orientar a los proveedores sobre la disponibilidad de la versión bio-equivalente del medicamento en cuestión, si alguno.
- La Aseguradora evaluará toda la evidencia clínica presentada por el proveedor para justificar la autorización del medicamento fuera de los formularios antes mencionados.
 - En caso de ser aprobado, la Aseguradora procederá a emitir una preautorización al PBM para que libere el medicamento para el despacho al paciente vía excepción.
 - De no ser aprobado debido a que la justificación presentada por el médico no satisface el criterio de la aseguradora, esta deberá comunicarse con el médico que receta para llevar a cabo la evaluación clínica en conjunto.
 - De no llegar a consenso entre las partes se puede recurrir al mecanismo para obtener una segunda opinión médica. Esto dependerá de la condición de salud del paciente.

Toda acción que se tome al respecto deberá realizarse en el menor tiempo para evitar que la salud del paciente pueda afectarse.

Esta norma será de aplicación inmediata.

Cordialmente,



Lcda. Minerva Rivera
Directora Ejecutiva

/frgd