



19 de mayo de 2015

CARTA NORMATIVA 15-03-25-A (ENMENDADA)

A TODAS LAS ENTIDADES CONTRATADAS POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD (ASES) Y PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

RE: Modelo de Prestación de Servicios de Anticonceptivos para toda la población en edad reproductiva del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico

Mediante la presente Normativa se enmienda la Carta Normativa 15-03-25 del 25 de marzo de 2015.

Atendiendo los cambios de la legislación establecidos en el “*Patient Protection and Affordable Care Act*”, el Plan de Salud del Gobierno amplía el acceso a los métodos anticonceptivos para toda su población participante entre las edades reproductivas de 16 a 45 años, libre de costo. A continuación se detallan las nuevas directrices para el acceso a estos métodos. Los mismos serán efectivos al 1 de Abril del 2015 bajo el modelo de contratación con aseguradoras para las distintas regiones de salud, establecidas por ASES.

Los servicios para el acceso y despacho de anticonceptivos serán provistos por las clínicas de planificación familiar, contratadas por cada aseguradora para estos propósitos, y establecidas en distintos municipios en las regiones del Plan de Salud del Gobierno.

Los siguientes métodos anticonceptivos serán provistos de acuerdo a las distintas categorías cubiertas:

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones
Métodos de barrera	Condón Latex, con espermaticida	12 condones al mes	Alergia al latex o espermicida
Pastillas anticonceptivas	(Norgestimate-Eth Estradiol .25-35 mgs mcg), (Norgestimate – ETH Rstradiol Triphasic .18/.215/.025/35 mg mcgs) Lutera Micronor Cyclen Try-Ciclen/Tri-Sprintec Ortho-Tri Cyclen Low	3 paquetes para 3 meses	Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de 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	(Medroxy-progesterone 150 mgs / ml) Depo- Provera	Una cada tres meses	No más de dos (2) años consecutivos Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de 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)	DIU-Paragard	Uno cada 10 años	Mayor de 21 años Pap normal Negativo para enfermedades venereas Enfermedad de Wilson

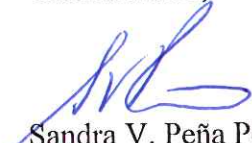
*La ASES estará evaluando periódicamente la costo-efectividad de los métodos disponibles para mantener las opciones viables a la población servida. Cualquier cambio en producto será notificado mediante carta normativa a los proveedores participantes, con la respectiva fecha de efectividad.

Sera responsabilidad de cada aseguradora manejar el acuerdo contractual con el proveedor de servicios, acorde a los precios establecidos por ASES. Todo método de despacho será manejado como una transacción de farmacia a través del Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) (MC-21). Cada aseguradora será responsable de realizar el pago al proveedor contratado por los métodos dispensados según facturados por el PBM en los ciclos quincenales.

En el **Anejo 1**, se detalla el protocolo de referido a las clínicas de planificación familiar para referir los asegurados que cualifican e interesan acceder los métodos anticonceptivos. En el mismo se detallan los requisitos recomendados para obtener información de historial médico y pruebas diagnósticas necesarias para obtener los servicios. Copias de los mismos deben ser acompañadas junto al referido. Cada aseguradora creará el formato de referido cumpliendo con los requisitos recomendados que el programa de planificación familiar requiera. Los pacientes referidos llevaran la receta con la prescripción del método indicado por el PCP que refiere el caso.

Solicitamos la cooperación de todos los proveedores para el cumplimiento de la normativa.

Cordialmente,



Sandra V. Peña Pérez, PT, MHSA
Sub Directora Ejecutiva

c William Ruiz Alejandro
Director de Cumplimiento, Asuntos Clínicos y Farmacia

replace with
LOGO

FAMILY PLANNING CLINIC

Information Patient PMG _____

Contract Num / MPI _____ Age _____ Gender _____ F _____ M

Referring Physician Information (PMG)

Physician Name _____ Signature _____

NPI _____ License number _____ Date _____
mm/dd/yyyy

Medical History

Blood Pressure _____ / _____ Height _____ Weight _____ BMI _____

Last Menstrual Period _____ / _____ / _____

Menstrual History : ___ Normal ___ Abnormal (Explain): _____

Pregnancy Test Done: ___ No ___ Yes (Weeks of Pregnancy) _____

1. History contraceptive Method ? ___ No ___ Yes Date ___ / ___ / ___

Current Contraceptive Method: _____

2. Record of STD infections: ___ No ___ Yes Date ___ / ___ / ___

Type of disease _____

3. Currently Breastfeeding: ___ No ___ Yes

Additional Information Required

1. Select significant Co-morbidity Contraindication for Hormonal Methods:

- Uncontrolled or Malignant Blood Pressure
- Migraine Headache
- Active smoker >35 y/old
- Symptomatic gallbladder disease
- Liver Disease
- Recent surgery with prolonged immobilization
- Diabetes mellitus with vascular disease
- Record of Thrombosis or Thrombophilia disorder
- Record of Stroke
- Record of Myocardial Infarction
- Breastfeeding
- Record of breast cancer, Explain: _____
- Other active cancer, Explain: _____

Recommended Contraceptive Method:

Depoprovera, (Injection)

IUD-Paragard

Pills: _____

2. Is the patient taking any of the following medications as Contraindication for Hormonal Methods:

- Any of the following, Rifampin, Rifabutin, Griseofulvin, Phenobarbital/Barbiturates, Primidone Phenytoin, Carbamazepine, Felbamate, Topiramate, Vigabatrin
- Antiretroviral medication
- None of the above

3. Is at risk sexual activity:

- Non safe sex
- Violence or sexual violence
- Multiple Partners
- Record of Sexual Transmitted Disease
- Not at risk

4. Identify Considerations for Contraceptive Prescription

- Mental health disorder
- Substance Abuse
- Other : _____

***PAP Test Result**

Date: ___/___/___

Normal _____

Abnormal _____

Explain (if Abnormal)

_____ *

*Please attach copies of PAP Smear results with this referral.

5. Diagnostic Test Required:

- Pregnancy Test (If at risk)
- PAP Test (If at risk)
- Chlamydia Test /GC Test (If at risk)
- HIV Test (If at risk)
- VDRL

Use for Family Planning Clinic

Comments:

Case Manager Name _____ Signature _____

Confidentiality Notice: This message is intended only for the use of individual or entity to which it is addressed and may contain information that is privileged, confidential and exempt from disclosure under applicable law. If you are not the intended recipient, please contact the sender and destroy all copies of the original.