



**CARTA NORMATIVA 15-0325**

25 de marzo de 2015

**A: Aseguradoras,  
Administrador del Beneficio de Farmacia,  
Grupos Médicos Primarios, incluyendo Obstetras/  
Ginecólogos Participantes del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG)**

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

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 para estos propósitos, y establecidas en los 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
Condomes	Latex, con espermaticida	1 docena mensual	Historial de alergias al latex en la pareja
Pastillas anticonceptivas	Lutera Micronor Cyclen Tri-cyclen/ Tri-Sprintec Ortho-Tri Cyclen Low	1 paquete mensual	Fumadora activa de mas de 35 años Diabetes de mas de 20 años Enfermedad sintomatica vesicula biliar Enfermedad del higado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis Presion arterial descontrolada Infarto a miocardio Historial de cancer de seno

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones
Parcho Hormonal	Ortho-Evra	Uno semanal	Aseguradas con peso mayor de 198 libras Fumadora activa de mas de 35 años Diabetes de mas de 20 años Enfermedad sintomatica vesicula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis Presion arterial descontrolada Infarto a miocardio Historial de cancer de seno
Anillo Vaginal	Nuvaring	Nuva	
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.**

En el **Anejo 1**, se detalla el protocolo de referido a las clínicas de planificación familiar incluyendo el formato de referido establecido como requisito para referir los asegurados que cualifican e interesan acceder los métodos anticonceptivos. En el mismo se detallan los requisitos de pruebas diagnósticas necesarias para obtener los servicios y las copias deben ser acompañadas junto al mismo.

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

Cordialmente,



Sandra V. Peña Pérez, PT, MHSA  
Subdirectora Ejecutiva

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

Anejo

replace with  
**LOGO**

**FAMILY PLANNING CLINIC**

**Information Patient PMG \_\_\_\_\_**

Contract Num / MPI \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ M

**Referring Physician Information**

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) \_\_\_\_\_  
Q: Do you use any contraceptive Method ? \_\_\_ No \_\_\_ Yes Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Current Contraceptive Method: \_\_\_\_\_  
Q: Do you have a record of STD infections? \_\_\_ No \_\_\_ Yes Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Q: Which type of disease? \_\_\_\_\_  
Currently Breastfeeding: \_\_\_ No \_\_\_ Yes \_\_\_\_\_

**\*PAP Test Result**  
Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Normal \_\_\_\_\_  
Abnormal \_\_\_\_\_  
Explain (if Abnormal) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*Please attach copies of PAP Smear results with this referral.

**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
- \_\_\_ Record of breast cancer, Explain: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Recent surgery with prolonged immobilization
- \_\_\_ Other active cancer, Explain: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Diabetes mellitus with vascular disease
- \_\_\_ Record of Thrombosis or Thrombophilia disorder
- \_\_\_ Record of Stroke
- \_\_\_ Record of Myocardial Infarction
- \_\_\_ Breastfeeding

**Recommended Contraceptive Method:**

- \_\_\_ Condom
- \_\_\_ Pills; describe \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Depoprovera, (Injection)
- \_\_\_ Nuvaring (hormone vaginal Ring)
- \_\_\_ Ortho-Evra (Hormonal Patch)
- \_\_\_ DIU-Paragard
- \_\_\_ Female Sterilization (PBS)
- \_\_\_ Male Sterilization (Vasectomy)

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

- Any of the following, Rifampin, Rifabuti, Grisoifulvin, Phenobarbital/Barbiturates, Primidone Phenytoin, Carbamazepine, Felbamate, Tpiramate, Vgabitrin
- Antiretroviral medication
- None of the above

**3. Is at risk sexual activity:**

- Non safe sex
- Multiple Partners
- Record of Sexual Transmitted Disease
- Not at risk

**4. Identify Considerations for IU:**

- Violence or sexual violence
- Mental health disorder
- Substance Abuse

**5. Diagnostic Test Required:**

- Pregnancy Test
- PAP Test
- Chlamydia Test /GC Test
- HIV Test
- VDRL

**Use for Family Planning Clinic**

**Comments:**

---

---

---

---

---

---

Case Manager Name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

*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.*