



CARTA NORMATIVA 15-1012 Enmendada
(Para enmendar Carta Normativa 15-03-25-A y Carta Normativa 15-03-25-B)

13 de octubre de 2015

A: Entidades de Salud,
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 PSG

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 en edad reproductiva, libre de costo. A continuación se detallan las nuevas directrices para el acceso a estos métodos. Los mismos fueron efectivos el 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 distintos municipios de 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
Pastillas anticonceptivas	Lutera, Ortho Micronor, Cyclen, Tri-cyclen/ Tri-Sprintec, Ortho-Tri Cyclen Low	Tres paquetes para noventa días con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de evaluación médica o nueva receta.	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
Inyección Hormonal	Depo- Provera	Tres paquetes para noventa días con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de evaluación médica o nueva receta.	No más de dos (2) años consecutivos 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
Dispositivo Intrauterino (Copper T)	DIU-Paragard	Uno cada 10 años	Pap anormal Positivoa enfermedades venéreas Enfermedad de Wilson

Los siguientes métodos anticonceptivos están disponibles a través de las clínicas de planificación contratados, **sin embargo no estarán cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno.**

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones
Metodos de barrera	Condón latex, con espermicida	Deben ser pagados por el asegurado.	Alergia al látex o espermicida
Métodos de emergencia	Plan B	Deben ser pagados por el asegurado.	Peso corporal mayor de 164 libras Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de mas 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

***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.

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

Cordialmente,



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

c Lcda. Maria del Carmen Rosario
 Directora Oficina de Asuntos Legales / Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos



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: ___/___/___ Gravidity: ___ Parity: ___ Abortion: ___ Cesarean: ___

Menstrual History: ___ Normal ___ Abnormal (Explain): # _____ (days); Regular: Yes (), No (),

Painful: Yes (), No () _____

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
- Postpartum and Breastfeeding
- Record of breast cancer, Explain: _____
- Other active cancer, Explain: _____

Recommended Contraceptive Method:

Pills: _____

Depo-Provera (injection)

IUD-Paragard

(This Referral is exclusive for use with beneficiaries of the Government Health Plan (GHP).)

2. Is the patient taking any of the following medications contraindicated 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

I certify no medical condition affect the client eligibility criteria for contraception methods.

Physician Signature : _____

Use for Family Planning Clinic

Comments:

Nurse 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.