



17 de abril de 2019

CARTA NORMATIVA 19-0417

(Para enmendar la CN 15-1012 Enmendada)

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

RE: Cubierta de Anticonceptivos para la población en edad reproductiva del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG), Salud Vital

Hemos actualizado la cubierta de planificación familiar bajo Salud Vital, la cual facilita el acceso libre de costo a métodos anticonceptivos para la población participante entre las edades reproductivas de 16 a 45 años. Estos servicios continuarán canalizándose mediante referidos a las Clínicas de Planificación Familiar. Es trascendental que, todas las entidades contratadas bajo Salud Vital se aseguren de renovar sus contratos existentes, o estipular contratos, con las 11 clínicas de planificación familiar establecidas alrededor de la Isla.

Clínicas de Planificación Familiar

MUNICIPIO	CLÍNICA	DIAS / HORARIO	DIRECCION FISICA	TEL / FAX
Aguadilla	WRI Health Corp./PREVEN	Lunes–viernes 8:00am- 4:00pm	Carr. 107, Marbella Mini Mall, Oficina 103, Aguadilla, PR	Tel/Fax 787.882.0862
Bayamón	Health Alliance Corporation/PREVEN	Lunes–viernes 8:00am- 5:00pm	Santa Rosa Mall, Carr. #2, Oficina 3C, Bayamón, PR	Tel 787.633.0689 Fax 787.786.4646
Caguas	Prevén Familiar/PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am – 4:30 pm	Centro de Cuidado Gineco Obstétrico, 7F, Ave. Degetau, Bonnevillle Terrace Caguas, PR	Tel 787.961.3393 Fax 787.746.9172
Cabo Rojo	OMEGA, CSP. /PREVEN	Lunes, miércoles, viernes 12:30 pm – 4:00 pm Martes y jueves 7:00 am – 4:00 pm	Calle Maceo #5 Cabo Rojo, PR	Tel 787.851.1400 Fax 1.888.453.1640
Fajardo	WRI Health Corp./PREVEN	Lunes, miércoles y viernes 8:00 am – 4:00 pm	Calle Antonio R. Barceló, #14, Esq. Diego Salduondo, Fajardo, PR	Tel/Fax 787.655.0450
Manatí	WRI Health Corp./PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am - 4:00 pm	Centro Comercial Puerta del Sol, Carr. #2, Km 49.7, Local 7, Manatí, PR	Tel /Fax 787.854.2141
Mayagüez	WRI Health Corp./PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am - 4:00 pm	Urb. Mayagüez Terrace, Calle José Arrarás, G-15B, #1130 (marginal), Mayagüez, PR	Tel/Fax 787.832.6931

	University of Puerto Rico at Mayagüez/PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am - 4:00 pm	RUM Health Service Department	Tel.787.265.3865
Ponce	Health Mediator Inc./PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am – 5:00 pm	La Rambla Plaza, Ave. Tito Castro #606, Suite 225 Ponce, PR	Tel. 787.290.2489 / 787.843.2029 Fax 787.651.0082
San Germán	OMEGA, CSP. /PREVEN	Lunes, miércoles y viernes 7:00 am – 11:00 am	Calle Oriente, Local 1, Plaza del Mercado, Ctro Comercial José Alemañi San Germán, PR	Tel 787.892.3910/ 787.264.1960 Fax 1-888-377-4094
San Juan	Health Alliance Corporation/PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am-5:00 pm	Ave. Universidad, Esq. Ponce de León, Plaza Universitaria, Torre Norte, Suite 5, San Juan, PR	Tel787.903.4493 Fax 787.625.6902
Yauco	Health Mediator Inc./PREVEN	Lunes – viernes 8:00 am – 5:00 pm	Yauco Gallery Mall, Ofic. 103, Susúa Baja, Carr. 128 Yauco, PR	Tel / Fax 787.856.2830

Periódicamente, la ASES evalúa los métodos disponibles en términos de costo efectividad para salvaguardar que se puedan mantener opciones viables y continuar atendiendo las necesidades de la población que servimos. A continuación, se detallan los métodos anticonceptivos cubiertos actualmente bajo Salud Vital, sus respectivos modos de despacho y limitaciones o consideraciones clínicas:

Métodos Cubiertos por Salud Vital

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones/Consideraciones
Pastillas anticonceptivas	<i>Aviane</i> <i>Ortho Micronor</i> <i>Sprintec 28</i> <i>Tri-Sprintec</i> <i>Ortho Tri-Cyclen (28)</i> <i>Ortho-Cyclen (28)</i> <i>Ortho Tri-Cyclen Lo</i> <i>Low-Ogestrel</i> <i>Cryselle</i>	Un (1) paquete al mes	<ul style="list-style-type: none"> • Fumadora activa con 35 años de edad • Tener Dx diabetes durante más de 20 años • Enfermedad sintomática vesícula biliar • Enfermedad del hígado • Accidente cerebrovascular • Historial tromboflebitis • Presion arterial descontrolada • Infarto a miocardio • Historial de cáncer de seno
Inyección Hormonal	<i>Depo-Provera Intramuscular Suspension 150 MG/ML</i>	Una (1) cada tres meses	<ul style="list-style-type: none"> • No más de dos (2) años consecutivos • Fumadora activa de más de 35 años de edad • Tener Dx diabetes durante más de 20 años • Enfermedad sintomática vesícula biliar • Enfermedad del hígado • Accidente cerebrovascular • Historial tromboflebitis • Presion arterial descontrolada • Infarto a miocardio • Historial de cancer de seno
Dispositivo Intrauterino (Copper T)	<i>DIU-Paragard</i>	Una (1) cada 10 años	<p>Consideraciones antes de administrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor de 21 años • Antes de iniciar en el DIU: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pap normal</i> - <i>Resultado negativo para enfermedades venéreas</i> • Contraindicado si padece Enfermedad de Wilson

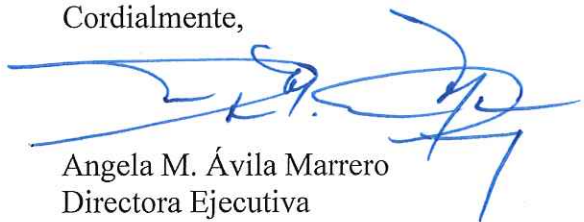
Los siguientes métodos anticonceptivos **no están cubiertos** por Salud Vital. Sin embargo, los beneficiarios puede adquirirlos asumiendo su costo, a través de los centros de planificación contratados por las entidades de salud.

Métodos No Cubiertos

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones / Consideraciones
Métodos de barrera	<i>Condón latex con espermicida</i>	Disponibles bajo regla de OTC y deben ser pagados por el asegurado.	Alergia al látex o espermicida
Métodos de emergencia	<i>Plan B</i>	Disponibles bajo regla de OTC y deben ser pagados por el asegurado.	<ul style="list-style-type: none"> • 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

Se incluye el formulario revisado que deberán utilizar las entidades contratadas para que sus proveedores realicen los referidos a las clínicas de planificación familiar a la población de beneficiarios que cumpla con los criterios e interesen acceder los métodos anticonceptivos. Solicitamos la cooperación de todas las entidades y de los proveedores para cumplir cabalmente con lo requerido en esta la normativa.

Cordialmente,



Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

Anejos (1)



Date: _____ Gender: Age: ____ Record Number: _____

Patient Name: _____ Day of Birth: _____

Physical Address: _____ Moth /day /year

Telephone: _____ Civil Status: _____ Family Size: _____

Sliding Fee: _____ Ethnicity: Hispanic / Latino No Hispanic / No Latino

Race: White Black/African America American Indian More than one race

Preferred Language: Spanish English E-mail: _____

Education Level: _____ Contact Person: _____

Insurance Company

Insurance: Other : _____

Policy Number Contract: _____ Group Number: _____

Subscriber Name: _____ Effective Date: _____ Expiration Date: _____ Relationship to patient: _____ Day of Birth: _____

Medical History

Blood Pressure: _____ Height: _____ Weight _____ BMI: _____

Last Menstrual Period: _____ G _____ P _____ A _____ C _____

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

Current Contraceptive Method: _____ Sexual risk behaviors: Yes No Multiple Partners: _____ History of violence or sexual violence _____ Not at risk _____

STD History: Yes No Which? _____ Treatment: _____

Allergies History: _____

Immunizations: Yes No Which? _____

Other History: Please mark the health conditions suffered by the patient or someone in your family.

(P) Father (M) Mother (H) Brothers (U) Patient

___ Uncontrolled blood pressure ___ Hepatitis ___ Neurological problems ___ Anemia ___ Cancer

___ Triglycerides / High cholesterol ___ Kidneys ___ Asthma ___ Thyroid ___ Thrombosis

___ Clots ___ Stroke ___ Arthritis ___ Migraine ___ Heart ___ Postpartum / Breastfeeding at the time

___ Active Smoker > 35y/old ___ Symptomatic gallbladder disease ___ Myocardial Infarction

___ Mental health disorder ___ Substance Abuse

Medications

- Rifampin
- Rifabutin
- Griseofulvin
- Phenobarbital / Barbiturates
- Prímidone
- Phenytoin
- Carbamazepine
- Felbamate
- Topiramate
- Vigabatrin
- Antiretroviral _____
- Antidepressant _____
- Hypertension _____

Clinical Review

Laboratory

- Pregnancy Test (If at Risk)
- PapTest (If at Risk)
- Chlamydia
- Gonorrhea
- HIV Test
- VDRL
-

Pap Smear / Citology Result

Date: _____
Normal
Abnormal
Explain if abnormal result:

***Favor enviar copia del resultado de Pap con este documento.**

Cicle Ordered _____

- Pills: _____
- Depo-Provera (Injection)
- IUD – Paraguard

- Other _____

***Favor enviar la orden médica (receta) con este documento.**

USE FOR FAMILY PLANNING CLINIC

Comments

MD Signature _____ Lic Num.: _____ NPI Num: _____ Date: _____

03-2019