

Carta Trámite

1^{er}o de abril de 2019

A: Todos los Proveedores Contratados por First Medical Health Plan, Inc. para el Plan Vital, Región Única y Población Vital-X (Virtual)

Re: Carta Normativa 15-1002-C relacionada a la Cubierta de Anticonceptivos para la población de edad reproductiva del Plan Vital

Estimado(a) Proveedor(a):

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc.

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Normativa 15-1002-C de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), emitida el 26 de marzo de 2019. Ésta enmienda la Carta Normativa 15-1002-B.

A través de este comunicado, la ASES informa que ha actualizado la cubierta de planificación familiar bajo el Plan 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. Además, informa que estos servicios continuaran canalizándose mediante referidos a las Clínicas de Planificación Familiar.

Para su conocimiento, la ASES provee información de las Clínicas de Planificación Familiar establecidas alrededor de la Isla. También se detallan los métodos anticonceptivos cubiertos actualmente bajo el Plan Vital, sus respectivos modos de despacho y limitaciones o consideraciones clínicas. Además, se incluyen los métodos anticonceptivos que no están cubiertos por el Plan Vital.

Para su información, adjunto a la carta normativa encontrará el formulario revisado para realizar los referidos a las Clínicas de Planificación Familiar, para aquellos beneficiarios que cumplan con los criterios e interesen acceder a los métodos anticonceptivos.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada a este comunicado y/o necesita información adicional, siéntase en la libertad de comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al número libre de cargos 1-844-347-7802. Nuestro horario de servicio es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También, puede acceder a nuestra página electrónica www.firstmedicalvital.com.

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento
First Medical Health Plan, Inc.



26 de marzo de 2019

CARTA NORMATIVA 15-1002-C
(Enmienda a la CN 15-1002-B)

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 | DIRECCIÓN FÍSICA | TEL / FAX |
|------------|--|--|---|---|
| Aguadilla | WRI Health Corp./PREVEN | Lunes - viernes 8:00am - 4:00pm | Carr. 107, Marbella Mini Mall, Oficina 103, Aguadilla, PR | Tel. 787.882.0862 |
| Bayamón | HealthAlliance 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 8:00am - 4:30pm | Centro de Cuidado Gineco Obstétrico, 7F, Ave. Degetau, Bonneville Terrace Caguas, PR | Tel. 787.961.3393 Fax. 787.746.9172 |
| Cabo Rojo | OMEGA, CSP. /PREVEN | Lunes, miércoles, viernes 12:30pm - 4:00 pm Martes y jueves 7:00am - 4:00pm | Calle Maceo #5 Cabo Rojo, PR | Tel 787.851.1400 Fax 1.888.453.1640 |
| Fajardo | WRI Health Corp./PREVEN | Lunes, miércoles y viernes 8:00am - 4:00pm | Calle Antonio R. Barceló, #14, Esq. Diego Salduondo, Fajardo, PR | Tel/Fax 787.655.0450 |
| Manatí | WRI Health Corp./PREVEN | Lunes - viernes 8:00am - 4:00pm | 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 8:00am - 4:00pm | 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 8:00am - 4:00pm | RUM Health Service Department | Tel.787.265.3865 |
| Ponce | Health Mediator Inc./PREVEN | Lunes - viernes 8:00am - 5:00pm | 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 7:00am - 11:00am | 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 | HealthAlliance Corporation/PREVEN | Lunes - viernes 8:00am-5:00pm | 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 • Presión arterial descontrolada • Infarto a miocardio • Historial de cáncer de seno |
| Inyección Hormonal | <i>Depo-Provera</i> <i>Intramuscular</i> <i>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 • Presión arterial descontrolada • Infarto a miocardio • Historial de cáncer de seno |
| Dispositivo Intrauterino (Copper T) | <i>DIU-Paragard</i> | Una (1) cada 10 años | <p><u>Consideraciones antes de administrar:</u></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 | Condón latex con espermicida | Disponibles bajo regla de OTC y deben ser pagados por el asegurado | Alergia al látex o espermicida |
| Métodos de emergencia | Plan B | 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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rifampin | <input type="checkbox"/> Phenytoin | <input type="checkbox"/> Antiretroviral _____ |
| <input type="checkbox"/> Rifabutin | <input type="checkbox"/> Carbamazepine | <input type="checkbox"/> Antidepressant _____ |
| <input type="checkbox"/> Griseofulvin | <input type="checkbox"/> Felbamate | <input type="checkbox"/> Hypertension _____ |
| <input type="checkbox"/> Phenobarbital / Barbiturates | <input type="checkbox"/> Topiramate | |
| <input type="checkbox"/> Prímidone | <input type="checkbox"/> Vigabitrin | |

Clinical Review

Laboratory

___ Pregnancy Test (If at Risk)

___ PapTest (If at Risk)

___ Chlamydia

___ Gonorrhea

___ HIV Test

___ VDRL

___ Other _____

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

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 medica (receta) con este documento.**

USE FOR FAMILY PLANNING CLINIC

Comments

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