

Carta Trámite

18 de enero de 2021

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 21-0114 relacionada a la Reclasificación de la Carta Circular 20-1015 a Carta Normativa 21-0114. Revisión de Lista de la Carta Circular 20-1015 sobre Eliminación de Restricción por Género en los Formularios de Medicamentos 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 21-0114 de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa que, la Circular 20-1015 fue reclasificada a la Carta Normativa 21-0114, la cual indica que los medicamentos en los Formularios del Plan Vital serán cubiertos para los beneficiarios sin restricción por razón de género. Los medicamentos bajo la **categoría terapéutica “Agentes Hormonales”** se cubrirán para beneficiarios mayores de 18 años, por lo que le aplica la limitación por edad identificada como, AL – *Age Limit* o Límite de Edad.

En adición la ASES informa que, los medicamentos que no tenían restricción al momento de esta circular, no se incluyen en la lista por no ser necesario y continua sin la restricción. Todo medicamento que requiera autorización previa (PA) mantiene este requisito.

A continuación, se incluye el listado de los medicamentos a los cuales se les ha eliminado la restricción por género:

Nombre del medicamento
FLUTAMIDE CAP 125 mg
FINASTERIDE TAB 5 mg
ESTRADIOL TAB 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 mg – 35 mcg
NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 mg – 30 mcg
ESTRADIOL & NORETHNDRONE ACETATE TAB 1 – 0.5 mg

MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TAB 2.5 mg, 5 mg, 10 mg
TERCONAZOLE VAGINAL CREAM 0.4%, 0.8%
METRONIDAZOLE VAGINAL GEL 0.75%
ESTRADIOL VAGINAL TAB 10 mcg
CLINDAMYCIN PHOSPHATE VAGINAL CREAM 2%
TESTOSTERONA CYPIONATE 100 mg/ml ,200 mg/ml IM SOLN

Le exhortamos a que lea detenidamente la Carta Normativa 21-0114 para que se familiarice con las instrucciones impartidas por la ASES.

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 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También, puede acceder a www.firstmedicalvital.com.

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento
First Medical Health Plan, Inc.



Carta Normativa 21-0114

14 de enero de 2021

- A:** ORGANIZACIONES DE MANEJO DE CUIDADO DIRIGIDO (MCOS), ADMINISTRADOR DE BENEFICIO DE FARMACIA, FARMACIAS, MÉDICOS PRIMARIOS, GRUPOS MÉDICOS PRIMARIOS Y PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO, PLAN VITAL.
- RE:** RECLASIFICACION DE CARTA CIRCULAR 20-1015 A CARTA NORMATIVA 21-0114. REVISIÓN DE LISTA DE LA CARTA CIRCULAR 20-1015 SOBRE ELIMINACIÓN DE RESTRICCIÓN POR GÉNERO EN LOS FORMULARIOS DE MEDICAMENTOS DEL PLAN VITAL.

Mediante esta misiva se hace reclasificación de la Carta Circular 20-1015 a Carta Normativa 21-0114. La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) les informa que los medicamentos en los Formularios del Plan Vital serán cubiertos a los participantes sin restricción por razón de género. Los medicamentos bajo la categoría terapéutica "Agentes Hormonales" se cubrirán a participantes mayores de 18 años, por lo que le aplica la limitación por edad identificada como, AL - **Age Limit** (Limite de Edad). Los medicamentos que no tenían restricción al momento de esta Carta Circular, no se incluyen en la lista por no ser necesario, y continúa sin la restricción. Todo medicamento que requiera autorización previa (PA) mantiene este requisito.

Se añade medicamento a la lista de los que se les ha eliminado la restricción por género:

Nombre del medicamento
FLUTAMIDE CAP 125 mg
FINASTERIDE TAB 5 mg
ESTRADIOL TAB 0.5 mg, 1mg, 2 mg
NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1mg- 35 mcg
NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 mg- 30 mcg
ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 mg
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TAB 2.5 mg, 5mg, 10 mg
TERCONAZOLE VAGINAL CREAM 0.4%, 0.8 %
METRONIDAZOLE VAGINAL GEL 0.75%
ESTRADIOL VAGINAL TAB 10 mcg
CLINDAMYCIN PHOSPHATE VAGINAL CREAM 2%
TESTOSTERONA CYPIONATE 100 mg/ml ,200 mg/ml IM SOLN

Agradecemos su colaboración en comunicar este asunto.

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
 Director Ejecutivo

