



**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

