FORMULARIO DE REGISTRO DE CONDICIONES ESPECIALES

☐ First MEDICAL ☐ MMM ■ PSM 1979 PLAN DE SALUD MENONITA ☐ TRIPLE-S SALUD

V_mayo.2021

SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL	NUMERO DE CONTRATO	FECHA DE CUBIERTA MES / DIA / AÑO

TIENE OTRO SEGURO MED	NOMBRE OTRO SEGURO	NUM. CONTRATO DEL OTRO SEGURO	FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO	GRUPO MÉDICO
☐ SÍ ☐ NO				

SEXO AL NACER	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE TELÉFONO O CELULAR	TELÉFONO O CEL. ALTERNO	NÚMERO DE FAX
☐ F ☐ M	MES / DIA / AÑO			

DIRECCIÓN FÍSICA	MUNICIPIO	ZIP CODE	CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN POSTAL	MUNICIPIO	ZIP CODE	FIRMA DEL PACIENTE

SECCIÓN II INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA

NOMBRE PROVEEDOR (letra de molde)	NÚMERO DE LICENCIA	NPI	ESPECIALIDAD	TELÉFONO OFICINA

FIRMA DEL PROVEEDOR	CORREO ELECTRÓNICO	FECHA DE EMISIÓN DEL REFERIDO A REGISTRO MES / DIA / AÑO	# CEL. PROVEEDOR (opcional)	FAX PROVEEDOR

ICD-10 (1)	ICD-10 (2)	ICD-10 (3)

SECCIÓN III CONDICIÓN ESPECIAL SOLICITADA Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SU VALIDACIÓN

☐ **ANEMIA APLÁSICA:** **Certificación de diagnóstico definitivo por Hematólogo/ Oncólogo.**	**Evaluación Hematológica:** -Contaje absoluto de Neutrófilos<500/mm3 -Plaquetas <20,000/mm -Reticulocitos <1% -Resultados de la aspiración y/o biopsia de Médula Ósea
☐ **ARTRITIS REUMATOIDE:** **Certificación de diagnóstico por Reumatólogo.**	**Evidencia de al menos 4 de 7 criterios establecidos por Colegio Americano de Reumatología:** -Rigidez matutina de las articulaciones (al menos durante una hora) durante más de seis semanas. -Inflamación articular (artritis) con hinchazón palpable en tres o más regiones articulares durante más de seis semanas. - Artritis en articulaciones de la mano o de los dedos durante más de seis semanas. - Artritis simétrica (al mismo tiempo en ambos lados de la misma región articular) durante más de seis semanas. - Nódulos reumatoides. - Prueba positiva de Factor reumatoide. - Pruebas de laboratorios; ESR, ANA Test, CRP, RA Factor, Radiografías. - Evidencia de tratamiento con un medicamento DMARD
☐ **AUTISMO:** **(a) Provisional coverage** □ **R63.50** Unspecified lack of expected normal psychological development in childhood □ **R62.0** Delayed Milestone in childhood □ **F88** Other disorders of psychological development □ **F80.2** Mixed receptive and expressive language disorders ☐ **(b) Permanent registration**	Certification of risk by the primary care physician and evidence of the screening tool utilized.The provisional coverage will last for six months. If the evaluation process is not completed, the provisional coverage may be renew for six additional month. (Mark what screening tools where used for evaluation): □ <16 months – Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) or Communication Symbolic Behavior Scales -Developmental Profile (CSBS-DP) □ 16-30 months – Modified Checklist for Autism in Toddlers: Revised Follow-Up (M-CHAT R/F) □ 31-66 months – Ages & Stages Questionnaire-Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) □ ≥48 months – Social Communication Questionnaire (SCQ mental age > 2 years) Communication & Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP) □ 67 months-11 years – Childhood Asperger Syndrome Test (CAST) □ > 11 years – Australian Scale for Asperger Syndrome (ASAS) **(See, Protocol of Autism from the Department of Health)** For permanent registration is required any of the following Diagnosis certification by: • Clinical Psychologist, • School Psychologist, • Counselor Psychologist, • Neurologist, • Psychiatrist, • Pediatrician development specialist. Professionals should have training or experience in the area of Autism, as required by the Protocol of Autism from the Department of Health of PR. After 21 years, to continue in the special coverage, a certification by a neurologist or psychiatrist establishing the need for the condition management and treatment as an adult is required.
☐ **CÁNCER:** ***- Incluyendo cuidado paliativo-*** **Certificación diagnóstica (con estadio) por Hematólogo/ Oncólogo, o por especialista médico a cargo del manejo de la condición.**	**Certificación debe incluir plan de tratamiento con fechas de inicio y terminación estimadas.** (La aseguradora proveerá un documento específico para que el especialista documente la certificación de diagnóstico específico y solicitud de Registro de Cáncer.) - Evidencia de resultado de biopsia. - En casos donde no pueda confirmarse el diagnóstico por patología (biopsia), se considerará la evidencia de estudios diagnósticos como CT, MRI, PET Scan, Sonografía, que justifiquen diagnóstico/ estadio.
☐ **CÁNCER DE PIEL / CARCINOMA IN SITU:**	Certificación diagnóstica con resultado positivo en Biopsia
☐ **CÁNCER DE PIEL: MELANOMA:** **Certificación de registro por dermatólogo u Oncólogo/Hematólogo**	Patología o Biopsia positiva Estudios especiales CT Scan, MRI, Sonograma
☐ **CERNIMIENTO AUDITIVO NEONATAL: Cubierta TEMPORERA hasta los seis (6) meses de edad o diagnóstico definitivo, lo que ocurra primero.** Los proveedores que pueden solicitar el registro provisional o temporero: médicos primarios, incluyendo pediatras.	El neonato con problema inicial de audición, según refleja el resultado de la prueba de cernimiento neonatal, se debe registrar obligatoriamente en Cubierta Especial bajo un Registro Provisional Temporero. Para ello se requiere el informe inicial de hallazgos auditivos que es parte del cernimiento neonatal. Es la única documentación que se requiere a esta etapa del proceso. *(Para más detalles, referirse al Protocolo de pruebas de audición y su seguimiento en neonatos (ASES-OPCAC-2019/P004-1).*

☐ **EMBARAZO:** **Certificación de embarazo por ginecólogo obstetra**	Hoja de registro Obstétrico. Una vez se registra el caso, se enviará a la asegurada por correo una certificación de la cubierta especial.
☐ **ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:** **Se utiliza la razón de filtrado glomerular calculado, (GFR por sus siglas en inglés).**	Se requiere evidencia de resultados reciente de creatinina en sangre, edad, sexo y raza del asegurado. **Nivel 3:** GFR mayor de 30-59, N18.3 **Nivel 4:** GFR mayor de 15-29, N18.4 **Nivel 5:** GFR menor de 15, N18.5 **ESRD:** N18.6
☐ **ESCLERODERMA:** **Certificación de diagnóstico por reumatólogo**	Certificación de diagnóstico por reumatólogo con evidencia de los siguientes laboratorios; - ANA Test, DS-DNA - Anti Sm - Anti Fosfolípidos - Biopsia de piel.
☐ **ESCLEROSIS MÚLTIPLE** ☐ **ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA:** **Certificación del diagnóstico por neurólogo.**	CRITERIOS -Dos (2) episodios distintos de síntomas neurológicos causando síntomas o hallazgos de laboratorio. -Resultado de MRI de cerebro. -Resultado de punción lumbar. -Síntomas que indican daño en más de una región del Sistema Nervioso Central. - Validar que otra enfermedad no es causante de los síntomas presentes.
☐ **FALLO CARDIACO CLASE III y CLASE IV NYHA: Cubierta especial TEMPORERA con duración <u>máxima</u> de cuatro (4) meses, NO PRORROGABLES..**	CRITERIOS - El cardiólogo del beneficiario tendrá que someter una certificación, donde indique el diagnóstico de fallo cardíaco con fracción de eyección disminuida (HFrEF), con un EF igual o menor de 30%, y sustentar con pruebas objetivas los hallazgos y el tratamiento ofrecido hasta la fecha del referido. **Tiene que informar que, el beneficiario es un candidato real para ser recipiente de un trasplante de corazón y documentar al menos una (1) de los siguientes:** - Fracción de eyección ventricular izquierda o LVEF <30% - Hospitalizaciones recurrentes por la condición de fallo cardíaco. - Fallo sintomático a pesar de haberse optimizado las terapias y el uso de dispositivos de ayuda. - Incremento continuo de requerimientos de medicamentos diuréticos. - Dependencia progresiva de agentes inotrópicos positivos. **<u>Y:</u> Ausencia de disfunción ventricular derecha severa e insuficiencia de la válvula tricúspidea** *(Absence of severe right ventricular dysfunction and tricuspid regurgitation)*
☐ **FENILCETONURIA (PKU) EN ADULTOS**	Si antes de alcanzar la edad adulta (21 años), el beneficiario estaba registrado bajo la cubierta de Niños con Condiciones Especiales por diagnóstico de PKU, esto se considera suficiente evidencia para una continuación de cubierta. No se requiere evidencia clínica adicional.
☐ **FIBRÓSIS QUÍSTICA:** **Certificación del diagnóstico por neumólogo confirmando condición.**	-Prueba de sudor. -Evidencia de tratamientos.
☐ **HEMOFILIA:** **Certificación por hematólogo de diagnóstico de Hemofilia:**	**Severa**: Niveles de Factor VIII <1% **Moderada**: Nivel de Factor VIII<1-5% **Leve**: Nivel de Factor VIII 5-25% con sangrado severo. •Resultados de Niveles de Factores de Coagulación Pacientes con Hemofilia A y B severas. Pacientes con Hemofilia A y B severas, con presencia de inhibidores. Pacientes con Hemofilia A y B moderadas, con presencia de inhibidores.
☐ **HEPATITIS C CRÓNICA (HCV):** **Certificación por: Gastroenterólogos, Infectólogos, o Hematólogos, Primarios capacitados, HIV Treaters**	**Se requiere la evidencia de:** • Examen positivo de anticuerpos HCV • Examen cuantitativo RNA Puede ser sometido por el MCO / PCP o Especialista. La cubierta durará desde el momento en que el paciente sea registrado hasta 6 meses luego de completado el tratamiento con el medicamento Antiviral de Acción Directa (DDA con evidencia de respuesta virológica sostenida no detectada. El paciente tendrá acceso directo sin referido del PCP: • A especialista o subespecialista para el manejo de su condición. • Al medicamento Antiviral de Acción Directa (DDA) establecido bajo la Cubierta de Medicamentos de ASES. • A laboratorios médicamente necesarios, así como Imágenes, Sonografía, MRI, CT o alguna otra imagen radiológica sin referido del PCP.
☐ **HIPERTENSIÓN PULMONAR:** **Certificación de diagnóstico y plan de tratamiento por el neumólogo o cardiólogo.**	Evidencia de Estudio que certifique condición.
☐ **LEPRA:** **Certificación del diagnóstico por infectólogo o dermatólogo confirmando condición.**	-Evidencia de resultado de biopsia de piel -Resultado positivo en cultivo de infección
☐ **LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO:** **Certificación de diagnóstico por reumatólogo.**	Evidencia de los siguientes laboratorios: -ANA Test, DS-DNA -Anti Sm -Anti Phospholipids.
☐ **NIÑOS CON CONDICIONES ESPECIALES: Certificación del pediatra o especialista en la condición afectada.** **Laboratorio o estudio que determinó Dx:** _____	Laboratorios pertinentes que sustente el diagnóstico.
☐ **POST-TRASPLANTADOS: Excepto los trasplantes de córnea, hueso o piel a los que no les aplica la clasificación como condición especial .** **Certificación del especialista en trasplante o el especialista en la condición del órgano afectado (neumólogo; nefrólogo; hepatólogo/gastroenterólogo; cardiólogo; cirujano de trasplantes)**	Fecha del trasplante Tratamiento actual y medicamentos.

☐ **TUBERCULOSIS:** **Certificación del Neumólogo con plan de tratamiento**	**Evidencia de:** - Resultado de Prueba de la tuberculina - Resultado de prueba IGRA - Radiografía de tórax (pecho). - Muestras de esputos (secreción, flema) para AFB Y cultivo para M. tuberculosis o Lavado Bronquial cuando no pueden expectorar. - Biopsias del lugar afectado, si aplica. - Resultado de Prueba de VIH
☐ **VIH-SIDA:** **Certificación de registro por medico primario o médico de clínica de HIV**	**Evidencia de**: o Resultado positivo en Western Blot (IFA) Inmunofluorescent Assay o Prueba de CD 4 o Evidencia de Enfermedades Oportunistas: - *Candidiásis* - *Cáncer del cuello uterino (invasor)* - *Coccidioidomicosis, criptococosis, criptosporidiosis* - *Enfermedad por Citomegalovirus* - *Encefalopatía (relacionada con el VIH)* - *Herpes simple (infección grave)* - *Histoplasmosis* - *Isosporiasis* - *Sarcoma de Kaposi* - *Linfoma (ciertos tipos)* - *Complejo mycobacterium* - *Neumonía (por pneumocystis)* - *Neumonía (recurrente)* - *Leucoencefalopatía multifocal progresiva (PML)* - *Septicemia por salmonela (recurrente)* - *Toxoplasmosis del cerebro* - *Tuberculosis* - *Síndrome de Emaciación*

COMENTARIOS