

Carta Trámite

15 de marzo de 2022

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 21-0511-A relacionada al Formulario Estándar Registro de Condiciones Especiales

Estimado(a) Proveedor(a):

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

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Normativa 21-0511-A y el Formulario Estándar de Registro de Condiciones Especiales de la Administración de Seguros de Salud (ASES).

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa que, el Formulario Estándar Registro de Condiciones Especiales ha sido modificado para integrar la condición Discinesia Ciliar Primaria (PCD, por sus siglas en inglés).

La ASES notifica que, esta Carta Normativa no invalida las instrucciones impartidas sobre el formato impreso y electrónico, según fue descrito originalmente en la Carta Normativa 21-0511.

Para detalles específicos sobre la información provista por la ASES, le exhortamos a que lea detenidamente la Carta Normativa 21-0511-A y el Formulario Estándar de Registro de Condiciones Especiales.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita información adicional relacionada a este comunicado, 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 21-0511-A

10 de marzo de 2022

A: Organizaciones Contratadas de Manejo Coordinado de Salud (MCO), Grupos Médicos Primarios (GMP), y Proveedores Participantes del Plan Vital

RE: Revisión al Formulario Estándar Registro de Condiciones Especiales

Se enmienda la Carta Normativa de ASES 21-0511 debido a que el formulario estándar de Registro de Condiciones Especiales se ha modificado para integrar la condición **Discinesia Ciliar Primaria (PCD, por sus siglas en inglés)**. El mismo indica los criterios clínicos establecidos, según las revisiones más recientes del Anejo Núm. 7 del contrato con las aseguradoras.

Los mecanismos existentes en cada aseguradora para manejar sus formularios no cambiarán. Las aseguradoras contratadas bajo Plan Vital **son responsables de que sus respectivos proveedores contratados reciban esta Carta Normativa y el formulario estándar de Registro de Condiciones Especiales revisado en o antes del 1^{ro} de mayo de 2022**. Como se ha establecido previamente, podrán hacer disponible el mismo a sus proveedores contratados de manera electrónica o impresa.

IMPORTANTE: Esta normativa no invalida las instrucciones impartidas sobre formato impreso y electrónico, según descritas en la CN-21-0511 original.

Requerimos a todas las aseguradoras cumplir puntualmente con lo aquí estipulado.

Cordialmente,


Jorge E. Galva Rodríguez, JD, MHA
Director Ejecutivo

Anejo (1)



FORMULARIO DE REGISTRO DE CONDICIONES ESPECIALES



Versión: marzo_2022

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			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO											
SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		FECHA DE NACIMIENTO MES / DIA / AÑO		NÚMERO DE TELÉFONO O CELULAR		TELÉFONO O CEL. ALTERNO		NÚMERO DE FAX			
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

<input type="checkbox"/> ANEMIA APLÁSICA: Certificación de diagnóstico definitivo por Hematólogo/ Oncólogo.	Evaluación Hematológica: -Contaje absoluto de Neutrófilos <500/mm ³ -Plaquetas <20,000/mm ³ -Reticulocitos <1% -Resultados de la aspiración y/o biopsia de Médula Ósea
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> AUTISMO: (a) Provisional coverage <input type="checkbox"/> R63.50 Unspecified lack of expected normal psychological development in childhood <input type="checkbox"/> R62.0 Delayed Milestone in childhood <input type="checkbox"/> F88 Other disorders of psychological development <input type="checkbox"/> F80.2 Mixed receptive and expressive language disorders <input type="checkbox"/> (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 renewed for six additional months. (Mark what screening tools where used for evaluation): <input type="checkbox"/> <16 months – Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) or Communication Symbolic Behavior Scales -Developmental Profile (CSBS-DP) <input type="checkbox"/> 16-30 months – Modified Checklist for Autism in Toddlers: Revised Follow-Up (M-CHAT R/F) <input type="checkbox"/> 31-66 months – Ages & Stages Questionnaire-Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) <input type="checkbox"/> ≥48 months – Social Communication Questionnaire (SCQ mental age > 2 years) Communication & Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP) <input type="checkbox"/> 67 months-11 years – Childhood Asperger Syndrome Test (CAST) <input type="checkbox"/> > 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.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> CÁNCER DE PIEL / CARCINOMA IN SITU:	Certificación diagnóstica con resultado positivo en Biopsia
<input type="checkbox"/> CÁNCER DE PIEL: MELANOMA: Certificación de registro por dermatólogo u Oncólogo/Hematólogo	Patología o Biopsia positiva Estudios especiales CT Scan, MRI, Sonograma
<input type="checkbox"/> 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).

<input type="checkbox"/> (DCP) Discinesia Ciliar Primaria (conocido como PCD por sus siglas en inglés)	<p>Criterios de inclusión:</p> <p>La inclusión como condición especial en caso de menores de edad puede ser iniciada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pediatra de cabecera - Neumólogo pediátrico - Geneticista - Inmunólogo <p>En caso de adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Neumólogos con evidencia de pruebas diagnósticas definitivas de DCP -Médico primario con evidencia de diagnóstico definitivo de DCP <p>En adición, una de las siguientes:</p> <p>a) Biopsia del tejido ciliado (generalmente de la nariz o tráquea), con un análisis de la ultraestructura ciliar.</p> <p>b) Prueba genética que muestra dos (2) mutaciones que se sabe que causan DCP - una de cada progenitor (madre y padre)</p>
<p>EMBARAZO: Certificación de embarazo por ginecólogo obstetra <input type="checkbox"/></p>	<p>Hoja de registro Obstétrico. Una vez se registra el caso, se enviará a la asegurada por correo una certificación de la cubierta especial.</p>
<p><input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: Se utiliza la razón de filtrado glomerular calculado, (GFR por sus siglas en inglés). <input type="checkbox"/></p>	<p>Se requiere evidencia de resultados reciente de creatinina en sangre, edad, sexo y raza del asegurado.</p> <p>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</p>
<p><input type="checkbox"/> ESCLERODERMA: Certificación de diagnóstico por reumatólogo <input type="checkbox"/></p>	<p>Certificación de diagnóstico por reumatólogo con evidencia de los siguientes laboratorios;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ANA Test, DS-DNA - Anti Sm - Anti Fosfolípidos - Biopsia de piel.
<p><input type="checkbox"/> ESCLEROSIS MÚLTIPLE</p>	<p>CRITERIOS</p>
<p><input type="checkbox"/> ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: Certificación del diagnóstico por neurólogo. <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> -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.
<p><input type="checkbox"/> FALLO CARDIACO CLASE III y CLASE IV NYHA: Cubierta especial TEMPORERA con duración <u>máxima</u> de cuatro (4) meses, NO PRORROGABLES..</p>	<p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Y: Ausencia de disfunción ventricular derecha severa e insuficiencia de la válvula tricúspide (Absence of severe right ventricular dysfunction and tricuspid regurgitation)</p>
<p><input type="checkbox"/> FENILCETONURIA (PKU) EN ADULTOS <input type="checkbox"/></p>	<p>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.</p>
<p><input type="checkbox"/> FIBRÓISIS QUÍSTICA: Certificación del diagnóstico por neumólogo confirmando condición. <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Prueba de sudor. -Evidencia de tratamientos.
<p><input type="checkbox"/> HEMOFILIA: Certificación por hematólogo de diagnóstico de Hemofilia: <input type="checkbox"/></p>	<p>Severa: Niveles de Factor VIII <1% Moderada: Nivel de Factor VIII <1-5% Leve: Nivel de Factor VIII 5-25% con sangrado severo.</p> <ul style="list-style-type: none"> •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.
<p><input type="checkbox"/> HEPATITIS C CRÓNICA (HCV): Certificación por: Gastroenterólogos, Infectólogos, o Hematólogos, Primarios capacitados, HIV Treaters</p>	<p>Se requiere la evidencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen positivo de anticuerpos HCV • Examen cuantitativo RNA <p>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.</p> <p>El paciente tendrá acceso directo sin referido del PCP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p><input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN PULMONAR: Certificación de diagnóstico y plan de tratamiento por el neumólogo o cardiólogo. <input type="checkbox"/></p>	<p>Evidencia de Estudio que certifique condición.</p>
<p><input type="checkbox"/> LEPRA: Certificación del diagnóstico por infectólogo o dermatólogo confirmando condición. <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Evidencia de resultado de biopsia de piel -Resultado positivo en cultivo de infección
<p><input type="checkbox"/> LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: Certificación de diagnóstico por reumatólogo. <input type="checkbox"/></p>	<p>Evidencia de los siguientes laboratorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ANA Test, DS-DNA -Anti Sm -Anti Phospholipids.

<input type="checkbox"/> NIÑOS CON CONDICIONES ESPECIALES: Certificación del pediatra o especialista en la condición afectada. <input type="checkbox"/> Laboratorio o estudio que determinó Dx:	Laboratorios pertinentes que sustente el diagnóstico.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS: Certificación del Neumólogo con plan de tratamiento <input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/> VIH-SIDA: Certificación de registro por medico primario o médico de clínica de HIV <input type="checkbox"/>	Evidencia de: o Resultado positivo en Western Blot (IFA) Inmunofluorescent Assay o Prueba de CD 4 o Evidencia de Enfermedades Oportunistas: - <i>Candidiásis</i> - <i>Cáncer del cuello uterino (invasor)</i> - <i>Coccidioidomycosis, criptococosis, criptosporidiosis</i> - <i>Enfermedad por Citomegalovirus</i> - <i>Encefalopatía (relacionada con el VIH)</i> - <i>Herpes simple (infección grave)</i> - <i>Histoplasmosis</i> - <i>Isosporiasis</i> - <i>Sarcoma de Kaposi</i> - <i>Linfoma (ciertos tipos)</i> - <i>Complejo mycobacterium</i> - <i>Neumonía (por pneumocystis)</i> - <i>Neumonía (recurrente)</i> - <i>Leucoencefalopatía multifocal progresiva (PML)</i> - <i>Septicemia por salmonela (recurrente)</i> - <i>Toxoplasmosis del cerebro</i> - <i>Tuberculosis</i> - <i>Síndrome de Emaciación</i>

COMENTARIOS