



Política y Procedimientos	Página: 1 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24-octubre-2025
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP-04	Fecha más reciente de revisión: 24-octubre-2025
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

I. Título

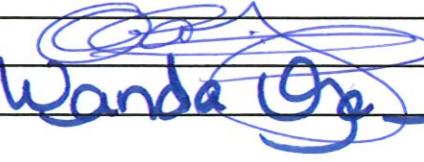
Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida

II. Política

La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), provee servicios médicos y beneficios médico-hospitalarios a los lesionados elegibles por un periodo de hasta dos años desde la fecha del accidente bajo la cubierta básica. El director ejecutivo o el funcionario en quien éste delegue está autorizado a extender provisionalmente los servicios de la cubierta básica por un periodo mayor a los dos (2) años, con el único propósito de culminar los servicios médico-hospitalarios previamente autorizados hasta un máximo de seis (6) meses, conforme las políticas médicas o reglamentos aprobadas por la Administración. Ese periodo se puede extender por un periodo mayor a los dos (2) años a los lesionados cuyas lesiones, a juicio del Comité de Evaluación Médica, requieran atención médica prolongada bajo la cubierta extendida. Este documento describe la Política y el Procedimiento que se debe seguir para la evaluación y autorización de la extensión de la cubierta básica y de la aprobación de la cubierta extendida.

III. Base Legal

Esta política se establece a tenor con el Artículo 4 Inciso G de la Ley Núm. 111 de 14 de agosto de 2020, en vigor el 12 de noviembre de 2020, "Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor" en adelante "Ley Núm. 111-2020" y la Regla 15 y 17 del Reglamento Núm. 9249, aprobado el 29 de diciembre de 2020, según enmendado, conocido como "Reglamento para la Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor", en adelante, "Reglamento 9249". Estas son las fuentes legales principales sobre el tema, pero no excluyen otras con efectos regulatorios sobre el asunto.

Política y Procedimientos	Página: 2 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24-octubre-2025
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- 04	Fecha más reciente de revisión: 24-octubre-2025
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

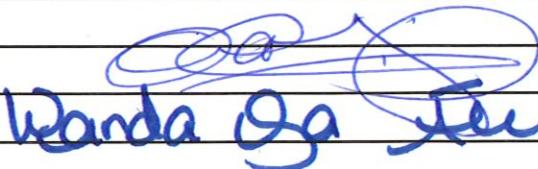
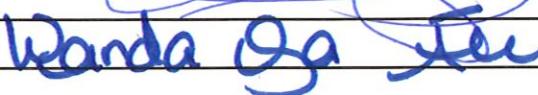
IV. Propósito

Establecer las guías y criterios del Comité de Evaluación Médica para la evaluación y autorización de los beneficios a los lesionados que requieran la extensión de la cubierta básica y de la aprobación de la cubierta extendida, según dispuesto por la Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles, Ley 111 de 14 de agosto de 2020, en vigor el 12 de noviembre de 2020, en adelante Ley Núm. 111-2020.

V. Definiciones

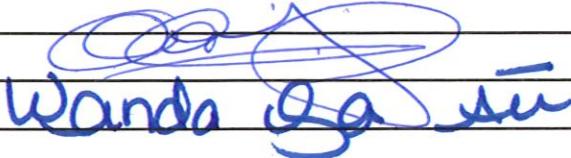
Los siguientes términos, palabras y frases utilizadas en el contexto de la presente política tendrán el significado a continuación especificado, excepto que en el texto se provea otro significado o fuere incompatible con el espíritu y propósito de la disposición. La referencia al tiempo presente incluye el futuro, el género masculino incluye el femenino o cualquier otro y el número singular incluye el plural y viceversa. Para fines de esta política y procedimiento se definen los siguientes términos

- A. **Accidente de Vehículo de Motor** – Suceso atribuido directa o indirectamente al uso normal y corriente de un vehículo de motor como tal vehículo en el que se lesiona una o varias personas.
- B. **Actividades del Diario Vivir** – Para fines de esta política es el conjunto de actividades de la persona encaminadas a su autocuidado, movilidad y a la capacidad de entender, ejecutar órdenes y tareas sencillas, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Entre ellas, se incluyen actividades como: bañarse o ducharse, vestirse, comer, manejo de la vejiga y los intestinos, movilidad funcional y el uso de ayudas técnicas personales.
- C. **Administración** - Se refiere a la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles, identificada por sus siglas "ACAA".
- D. **Beneficio Máximo Esperado** - Es el punto límite en la recuperación de un lesionado cuando se ha estabilizado y no se anticipa una recuperación más allá de ese límite. El punto límite se determina según el criterio médico. En este punto, cualquier discapacidad o lesión que persista es permanente. También conocido como mejoría médica máxima.

Política y Procedimientos	Página: 3 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24-octubre-2025
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- 04	Fecha más reciente de revisión: 24-octubre-2025
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

limitaciones y exclusiones. El beneficio médico-hospitalario se divide en Cubierta Básica y Cubierta Extendida.

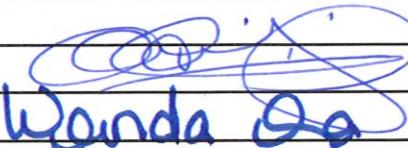
- F. **Comité de Evaluación Médica** - Grupo de al menos tres (3) médicos con diferentes especialidades, el Director Médico y/u otro médico que el director ejecutivo designe para la toma de decisiones clínicas a la luz de la Ley y el Reglamento, políticas y procedimientos médicos que rigen la ACAA y los criterios profesionales de la práctica médica, según regulados.
- G. **Condición crónica** – Toda condición de salud de origen físico, mental o multisistémico que se caracteriza por su duración prolongada, evolución generalmente lenta o progresiva, y la necesidad de intervención clínica continua o prolongada. Incluye, pero no se limita a: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades reumatólogicas, enfermedad renal crónica, VIH, cáncer, enfermedades neurodegenerativas, trastornos autoinmunes, condiciones de salud mental de largo curso y cualquier otra reconocida por el Departamento de Salud como crónica bajo criterios médicos y epidemiológicos.
- H. **Condición de Emergencia Médica** - Condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad que una persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata podría (1) poner en grave peligro la salud de una persona; (2) causar un grave deterioro en las funciones corporales de dicha persona; (3) causar una grave disfunción de cualquier órgano corporal o parte de dicha persona; o (4) desfiguración grave de dicha persona.
- I. **Consultas (Consultas Médicas)** - Nombre con el que se identifican las solicitudes de autorización de servicios o información solicitada por la Oficina Regional al Departamento de Asuntos Médicos, usando las funcionalidades del Sistema Electrónico ACAA 21, fax u otros medios en casos de emergencia o problemas con el sistema.
- J. **Cronicidad** - Se refiere a la duración prolongada o la recurrencia frecuente de una enfermedad, que suele durar más de tres meses y generalmente requiere un tratamiento continuo. Para efectos de la ACAA este término se define como mayor a los seis (6) meses.
- K. **Cubierta Básica** - Conjunto de los servicios médicos-hospitalarios o beneficios autorizados por la ACAA a aquellos lesionados que sean elegibles por Ley, durante el término máximo de

Política y Procedimientos	Página: 4 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24-octubre-2025
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- <u>04</u>	Fecha más reciente de revisión: <u>24-octubre-2025</u>
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

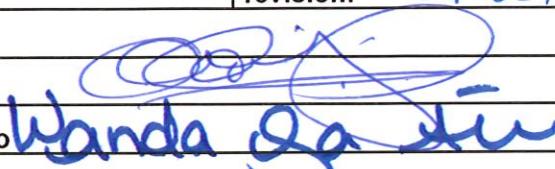
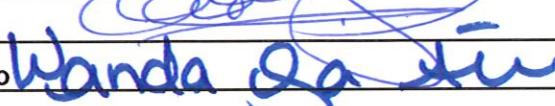
dos (2) años, a partir de la fecha del accidente, que estén disponibles en Puerto Rico y que sean autorizados de conformidad con los políticas, procedimientos y reglamentos de la ACAA.

El director ejecutivo o el funcionario en quien éste delegue está autorizado a extender provisionalmente los servicios de la cubierta básica por un periodo mayor a los dos (2) años, con el único propósito de culminar los servicios médico-hospitalarios previamente autorizados hasta un máximo de seis (6) meses, conforme las políticas médicas o reglamentos aprobadas por la Administración.

- L. **Cubierta Extendida** - Conjunto de los servicios médicos-hospitalarios, según lo determine el Comité de Evaluación Médica, que se extienden por un periodo mayor a los dos (2) años, a partir de la fecha del accidente, a los lesionados con condiciones de paraplejia, cuadriplejia y/o trauma severo y fracturas múltiples con complicaciones como consecuencia de un accidente de automóvil de tal naturaleza que se afecte una o más actividades del diario vivir, entre otros determinados por políticas médicas aprobadas y aprobadas por el Comité de Evaluación Médica.
- M. **Departamento de Asuntos Médicos** - Unidad de trabajo dentro de la estructura organizacional de la ACAA, a la que están adscritas las Áreas de Autorizaciones de Servicios Médicos-Hospitalares, Servicios Quiroprácticos, Manejo de Casos, Farmacia y área de Contratación y Relaciones con Proveedores.
- N. **Extensión de Cubierta Básica** – Es la aprobación de una consulta por el Comité de Evaluación Médica para extender los servicios médicos de la cubierta básica, por un periodo mayor a los dos (2) años desde la fecha del accidente, conforme a las disposiciones de la Ley Núm.111-2020, el Reglamento Núm. 9249 y las políticas y procedimientos médicos que rigen la ACAA. Esta cubierta permite extender provisionalmente los servicios por un período mayor a los dos (2) años, con el único propósito de culminar los servicios médico-hospitalarios previamente autorizados hasta un máximo de seis (6) meses, conforme las políticas médicas o reglamentos aprobadas por la Administración.
- O. **Fracturas Múltiples con Complicaciones** - Lesiones traumáticas músculo-esqueléticas de dos (2) o más áreas anatómicas con daño objetivo que limite la función de algún órgano o Sistema. El daño debe de ser de tal naturaleza que limite al individuo o lo imposibilite marcadamente para llevar a cabo una o más actividades del diario vivir, que requieran a juicio del Comité de Evaluación Médica tratamiento más allá de los dos (2) años.

Política y Procedimientos	Página: 5 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24-octubre-2025
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- 04	Fecha más reciente de revisión: 24-Octubre-2025
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

- P. **Lesionado** - Persona natural que sufra daño corporal, enfermedad o la muerte como consecuencia de un accidente, o durante un mantenimiento de emergencia o uso, por sí mismo o por otra persona, de un vehículo de motor como tal vehículo.
- Q. **Médico** – Doctor en medicina legalmente autorizado a practicar la profesión de médico en Puerto Rico.
- R. **Medicamentos de mantenimiento** - Son medicamentos recetados que se toman regularmente para tratar afecciones crónicas o con un tratamiento prolongado. Estas afecciones suelen requerir el uso diario de medicamentos para mantener los síntomas bajo control.
- S. **Servicios de Mantenimiento** - Servicios que persiguen mantener la función en el estado actual de la salud y no persigue mejoramiento en la función. Solo tienen cubierta los parapléjicos, cuadripléjicos, pacientes con trauma cráneo-cerebral severo y pacientes de trauma severo.
- T. **Servicios Médicos Paliativos** – Servicios médicos que proveen alivio, pero no curan. En la ACAA solo se cubre este servicio en parapléjicos, cuadripléjicos, pacientes con trauma cráneo-cerebral severo y pacientes de trauma severo.
- U. **Sistema de Administración y Manejo de Reclamaciones y Beneficios (Sistema Electrónico ACAA-21 Web)** - Aplicación (software) con múltiples módulos, diseñado para ayudar a realizar los procesos de radicación, adjudicación y administración de una reclamación por servicio médico, equipo médico, procesamiento de pago por incapacidad, por muerte o desmembramiento.
- V. **Trauma Severo** - Lesiones cuyo tratamiento y rehabilitación, a juicio del Comité de Evaluación Médica, requieran un término mayor de dos (2) años y donde exista una o más lesiones médicas postraumáticas con daño objetivo que limite la función de algún órgano o sistema. El daño debe ser de tal naturaleza que limite al individuo o lo imposibilite marcadamente para llevar a cabo una o más actividades del diario vivir.
- W. **Urgencia** - Cuando surge la necesidad de un servicio en presencia de una situación, enfermedad o lesión inesperada que requiere una rápida respuesta y atención médica, pero que su presencia no crea una amenaza inmediata a la salud.

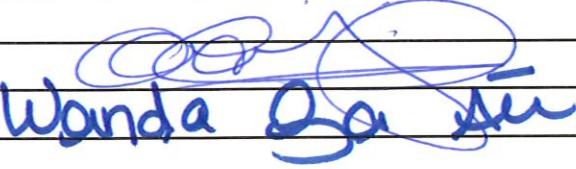
Política y Procedimientos	Página: 6 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: <u>21-octubre-2025</u>
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- <u>04</u>	Fecha más reciente de revisión: <u>21-octubre-2025</u>
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

VI. Estructura Organizacional del Comité de Evaluación Médica

- A. El Comité de Evaluación Médica estará constituido por al menos tres (3) médicos licenciados en diferentes especialidades de la medicina.
- B. Los miembros del Comité serán nombrados por el director ejecutivo, quien designará entre ellos, un presidente para dirigir los trabajos del grupo.
- C. El Comité contará con una secretaria del Departamento de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores, quien, entre otras funciones, asiste a los miembros del Comité y prepara las minutas de las reuniones celebradas.
- D. El Comité de Evaluación Médica tendrá a su cargo los siguientes deberes y funciones:
 - 1. Tomar decisiones clínicas a la luz de la Ley, reglamentación y políticas médicas que rigen la ACAA en aquellos servicios clínicos dispuestos por el Reglamento que están bajo su jurisdicción exclusiva y otros que le delegue el director ejecutivo. Las decisiones clínicas estarán digitalizadas en el Sistema Electrónico (ACAA-21 Web). Los aspectos específicos de las consultas que son contestadas por el Comité de Evaluación Médica se presentan en la Política y Procedimiento de Autorización de Beneficios.
 - 2. Autorizar los servicios en la cubierta básica y la extensión de esta por un periodo no mayor a los seis (6) meses. Además, aprobar la cubierta extendida para los parapléjicos y cuadripléjicos y determinar la aprobación de los servicios en los casos de trauma severo y fracturas múltiples con complicaciones, durante el periodo mayor a los dos (2) años a partir de la fecha del accidente.
 - 3. Asesorar y colaborar en la preparación de Políticas Médicas y Procedimientos.

VII. Diagnósticos y Condiciones que cualifican para la Cubierta Extendida por el Comité de Evaluación Médica

- A. Trauma Severo a médula espinal:
 - 1. Paraplejia
 - 2. Cuadriplejia/Tetraplejia

Política y Procedimientos	Página: 7 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24- octubre-2025
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- 04	Fecha más reciente de revisión: 30 octubre-2025
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

B. Trauma Cerebral Severo

1. Síndrome orgánico cerebral
2. Daño axonal difuso
3. Estado vegetativo

C. Amputación de una o más extremidades.

D. Fracturas múltiples con complicaciones, que requieran atención médica prolongada y cumplan con los criterios de la Ley Núm. 111-2020 y el Reglamento Núm. 9249, según enmendado y de esta Política y Procedimiento. Esta extensión durará el término que dure la condición que limite las actividades básicas o esenciales del diario vivir, es revisable y reversible por el Comité de Evaluación Médica y estará sujeto a revisión por dicho Comité.

E. Quemaduras de segundo o tercer grado y que afecte la cara, las manos y las articulaciones necesarias para desplazarse, coger objetos y realizar actividades del diario vivir; o que se encuentren en proceso de manejo y tratamiento y recibiendo o pendiente de recibir manejo de cirugía plástica reconstructiva o cirugía estética en aquéllos lesionados que le aplique este servicio.

F. Otras lesiones cuyo tratamiento y rehabilitación, no expresamente mencionadas en esta Política y Procedimiento y que a juicio del Comité de Evaluación Médica y como consecuencia del accidente, resultaren en lesiones que de no continuar su tratamiento causen daños incapacitantes e irreversibles en el lesionado. El daño ha de ser de tal naturaleza que limite al individuo o lo imposibilite marcadamente para llevar a cabo una o más actividades del diario vivir.

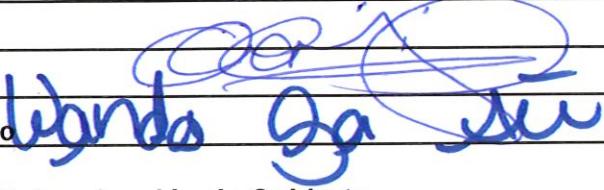
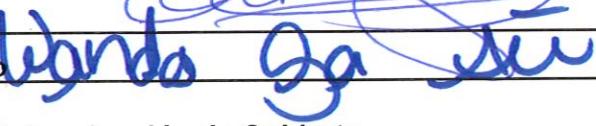
VIII. Documentación requerida para la Evaluación de la Cubierta Extendida

Los casos de Cubierta Extendida serán evaluados por el Comité de Evaluación Médica, a base de la información suministrada, la cual debe estar digitalizada en el Sistema Electrónico (ACAA-21 Web), según aplique, para cada caso en particular. Entre los documentos requeridos están los siguientes:

- A. Radicación y Certificación de Reclamaciones, Forma ACAA C-001.

Política y Procedimientos	Página: 8 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: <u>24-Octubre-2025</u>
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- <u>04</u>	Fecha más reciente de revisión: <u>24 Octubre -2025</u>
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

- B. *Evaluación de Salud Mental* ACAA, Forma ACAA 200-165.
- C. *Datos Médicos que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado*, Forma ACAA 300-53 A.
- D. *Diagrama del Cuerpo Humano para Identificar las Áreas que fueron Impactadas en el Accidente de Automóvil (Hombre o Mujer) (Hombre o Mujer)*, Forma ACAA 300-53 B o C.
- E. *Informe de Evaluación y Tratamiento / Medical Evaluation*, Evaluaciones, Forma ACAA 300-70.
- F. Evaluaciones Médicas de todos los Médicos que han evaluado y tratado a la víctima.
- G. Informe de Accidente de Tránsito de la Policía de Puerto Rico.
- H. Resultados de placas, laboratorios, estudios radiográficos y reportes de cirugías y procedimientos, entre otros, que se le hayan realizado al lesionado.
- I. Órdenes y certificaciones médicas, debidamente acompañadas de los diagnósticos que justifiquen los servicios solicitados para los cuales se está solicitando la extensión de la cubierta básica.
- J. En los casos de cirugías plásticas que puedan ser consideradas reconstructivas, se deberá enviar foto del área afectada.
- K. Para extender el número de terapias, deberá indicar la totalidad de las terapias físicas y otras modalidades de tratamiento que ha recibido el lesionado durante los dos (2) años previos a la solicitud. Estas incluyen los siguientes: terapias ambulatorias, terapias recibidas durante períodos de admisión en facilidades de rehabilitación y en casas de convalecencia (facilidades de cuidado diestro de enfermería) y cualquier tratamiento de bloqueos, infiltraciones, acupuntura, quiropráctica, o acuaterapia, entre otros.
- L. Sesiones de psicoterapia, evaluaciones psiquiátricas y neurosicológicas. La consulta debe indicar el tipo y número de sesiones recibidas.
- M. Si el servicio que se solicita ha sido recibido previamente, indicar las veces previas que ha recibido el servicio y las fechas correspondientes.

Política y Procedimientos	Página: 9 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: <u>24 octubre 2025</u>
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- <u>04</u>	Fecha más reciente de revisión: <u>24 octubre 2025</u>
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

IX. Criterios Adicionales para la Determinación de Cubierta

- A. Agravación - Se autorizarán servicios médico-hospitalarios por la agravación de condiciones preexistentes cuando se puede comprobar que la condición se agravó o exacerbó como resultado del accidente de vehículo de motor. No hay que determinar la razón de la condición preexistente, sino que existe una relación causal entre la agravación y el accidente. Solamente se autorizará tratamiento durante el término que dure la agravación y no por la condición básica antes del accidente. La agravación, para ser considerada por la ACAA, deberá presentarse dentro de los quince (15) días siguientes al accidente. Cualquier agravación posterior a este término deberá ser evaluada para su autorización por el facultativo del Departamento de Asuntos Médicos de la ACAA. Para determinar si proceden los servicios médico-hospitalarios para el manejo clínico de condiciones agravadas por el accidente, se requerirá que el lesionado someta un informe de los médicos que han atendido su condición, de haber sido atendida previamente y copia del expediente médico correspondiente a dos (2) años previos al accidente de vehículo de motor.
- B. Recidiva - No se proveerá tratamiento médico u hospitalización por cuenta de la Administración a un lesionado que haya sido dado de alta previamente por las condiciones físicas o mentales causadas por un accidente de vehículo de motor, a menos que se demuestre que ha surgido una recurrencia o complicación de dichas condiciones y la Administración así lo reconozca y autorice el tratamiento u hospitalización, según los procedimientos establecidos. Es al reclamante a quien le corresponde demostrar, mediante un informe médico, que ha sufrido una recurrencia o complicación de la condición médica original ocasionada por el accidente.
- C. Condiciones Crónicas - No se autorizarán medicamentos o servicios dirigidos a mitigar condiciones crónicas, a consecuencia o secundarias a la lesión original, excepto en parapléjicos, cuadripléjicos, casos de fracturas múltiples con complicaciones y de trauma severo, que afecten una o más actividades del diario vivir según la necesidad médica del caso, y aprobado por el Comité de Evaluación Médica.
- D. Nueva Tecnología - La Administración se mantendrá al tanto de la tecnología médica en uso y adoptará aquella nueva tecnología que entienda necesaria para la recuperación y rehabilitación fisioterapéutica de las lesionados. El Director Médico, el Comité de Evaluación Médica y/u otros médicos de la Administración analizarán los resultados basados en la

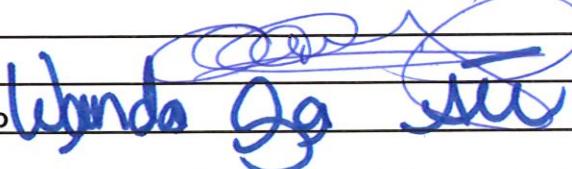
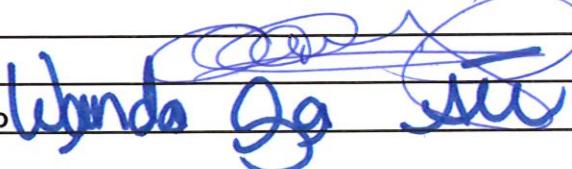
Política y Procedimientos	Página: 10 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: <i>24-octubre-2025</i>
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- <u>04</u>	Fecha más reciente de revisión: <i>24-octubre-2025</i>
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

evidencia científica y médica existente y en el costo efectividad de estas nuevas opciones de tratamiento en el manejo clínico, recuperación y rehabilitación de las lesionados.

- E. Abandono o Incumplimiento de Tratamiento - Ausentarse o incumplir sin justa causa, con el tratamiento médico recomendado por el proveedor médico de la ACAA, por más de noventa (90) días calendario o sin justificación médica del facultativo que atiende el servicio que recibe o solicita. Es responsabilidad del lesionado seguir las recomendaciones médicas y completar su tratamiento de manera que reciba el máximo de beneficios durante la etapa aguda de sus lesiones. El incumplimiento o abandono de tratamiento, sin justificación médica o justa causa, podría conllevar la pérdida de los beneficios provistos por la Ley Núm. 111-2020.

X. Limitaciones y Exclusiones de las Cubiertas Medico-Hospitalarias

- A. Tratamiento de condiciones cuando no exista relación causal entre el accidente y las lesiones para las cuales se solicitan servicios médicos.
- B. Servicios prestados fuera de Puerto Rico (tanto el proveedor de servicios como el lesionado deben estar físicamente en la jurisdicción de Puerto Rico).
- C. Servicios que no sean médicaamente necesarios para el tratamiento del paciente. No estarán cubiertos los gastos médicos y de hospital que no sean aprobados luego de la revisión de necesidad médica por el Comité de Evaluación Médica.
- D. Tratamiento de cirugía electiva en hospital, a solicitud del lesionado o su familia, cuando el servicio pueda prestarse de forma ambulatoria.
- E. Hospitalización, a solicitud del lesionado o su familia, cuando el servicio pueda prestarse de forma ambulatoria.
- F. Servicios que preste una persona no autorizada por ley a prestar los mismos.
- G. Equipo médico y servicios no justificados y no adjudicables al accidente de vehículo de motor.
- H. Cargos por gastos incurridos por familiares inmediatos del paciente.
- I. Comidas servidas a domicilio.
- J. Servicios médicos prestados por lesiones que fueron provocadas por un acto u omisión por

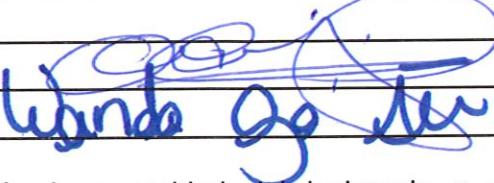
Política y Procedimientos	Página: 11 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: <i>24-octubre-2025</i>
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- <u>04</u>	Fecha más reciente de revisión: <i>24-octubre-2025</i>
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

parte del lesionado, realizado con el propósito de ocasionar daño a su propia persona.

- K. La Administración no cubre servicios médicos paliativos. Solo se podrán conceder estos servicios para lesionados de cubierta extendida, sujeto a la aprobación del Comité de Evaluación Médica.
- L. La Administración no cubre servicios médicos de mantenimiento. Solo se podrán conceder estos servicios para lesionados de cubierta extendida, sujeto a la aprobación del Comité de Evaluación Médica.
- M. No estarán cubiertas lesiones o condiciones secundarias, por ejemplo, caídas a causa de la lesión o condición original, aquéllas a consecuencia de falta de diligencia o negligencia del paciente o de las personas que lo tratan o lo cuidan. No se cubrirán reacciones alérgicas no relacionadas a las lesiones o tratamiento por el accidente.
- N. Tratamiento para lesiones que alcanzaron el nivel óptimo de rehabilitación conforme a las políticas y procedimientos de la administración. En estos casos, se indicará en la denegación de tratamiento para lesiones, que el lesionado ha obtenido el beneficio máximo esperado para la condición.
- O. Servicios médicos para los lesionados que el Departamento de Asuntos Médicos determine que incurrieron en abandono de tratamiento, según definido en este Reglamento y en las políticas médicas aprobadas.
- P. La Administración no aceptará ninguna reclamación por razón de que el accidente informado pueda constituir un accidente del trabajo, a menos que se agoten los remedios administrativos en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado o el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, según corresponda.
- Q. Servicios médicos prestados a personas excluidas de la cubierta o beneficio o ambos según el Artículo 6, Exclusiones, además del Artículo 7 de la Ley Núm. 111-2020.

XI. Procedimiento para Consulta al Comité de Evaluación Médica para la Cubierta Extendida

- A. El Oficial de Orientación de Beneficios al Lesionado de la Oficina Regional correspondiente, genera una consulta de solicitud de servicios y extensión de cubierta a través del Sistema

Política y Procedimientos	Página: 12 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: <u>21-octubre-2025</u>
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- <u>04</u>	Fecha más reciente de revisión: <u>21-octubre-2025</u>
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

Electrónico (ACAA-21 Web) según la necesidad del lesionado y acorde la Política y Procedimientos Autorización de Beneficios:

1. Servicio - Consulta relacionada a un servicio. Esta consulta se genera para casos de cubierta básica y extendida y conlleva la certificación de servicio.
 2. Extensión - Consulta cuyo propósito es solicitar la cubierta extendida. Esta consulta es para casos de más de dos (2) años y genera la autorización de servicio.
 3. Prolongación de cubierta básica – Consulta para extender provisionalmente los servicios de la cubierta básica por un periodo mayor a los dos (2) años, con el único propósito de culminar los servicios médico-hospitalarios previamente autorizados hasta un máximo de seis (6) meses.
- B. El Comité de Evaluación Médica recibe, evalúa, clasifica y toma la determinación correspondiente: extensión de Cubierta Básica (Prolongación) o Cubierta Extendida. Si se aprueba la prolongación de cubierta básica (extensión del servicio solicitado hasta un máximo de seis (6) meses) se incluirá en la respuesta a la consulta, el tiempo o periodo de extensión. Si se aprueba la cubierta extendida, la misma será renovada anualmente mediante Consulta de Extensión.
- C. El miembro del Comité de Evaluación Médica que contesta la consulta firmará la decisión tomada y ésta pasará a ser parte del expediente del lesionado. Toda documentación relacionada, deberá ser digitalizada en el Sistema Electrónico (ACAA-21 Web).
- D. El Comité de Evaluación Médica servirá de enlace en caso de dudas o preguntas que surjan por parte del personal de las Oficinas Regionales respecto a la determinación de los casos por el Comité.

XII. Vigencia

Esta política entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación. Queda derogada cualquier otra política, procedimiento o disposición anterior en conflicto con esta normativa.

XIII. Anejos

1. Radicación y Certificación de Reclamaciones, Forma ACAA C-001
2. Evaluación de Salud Mental ACAA, Forma ACAA 200-165

Política y Procedimientos	Página: 13 de 13
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: <i>24 octubre - 2025</i>
Título: Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de la Cubierta Básica y la Cubierta Extendida	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- <u>04</u>	Fecha más reciente de revisión: <i>24-octubre-2025</i>
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	<i>Luis Martinez Suarez</i>
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	<i>Wanda Ortega Alamo</i>

- 3. Datos Médicos que pueden Ayudar al Manejo Adecuado del Lesionado, Forma ACAA 300-53 A
- 4. Diagrama del Cuerpo Humano para Identificar las Áreas que fueron Impactadas en el Accidente de Automóvil (Hombre), Forma ACAA 300-53 B
- 5. Diagrama del Cuerpo Humano para Identificar las Áreas que fueron Impactadas en el Accidente de Automóvil (Mujer), Forma ACAA 300-53 C
- 6. Informe de Evaluación y Tratamiento/Medical Evaluation, Forma ACAA 300-70

XIV. Control de Cambios

Nombre de la Política y Procedimiento	Fecha:	Cambios:
2016-AM-PP-13 - Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de Cubierta	5 de octubre de 2016	Derogada

RADICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES

NÚMERO DE RECLAMACIÓN: _____

TIPO DE PRIMA: _____

NÚMERO DE QUERELLA: _____

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Núm. de Cuartel o Placa de Policía	Fecha del Accidente (Mes-Día-Año)	Hora	Lugar del Accidente	Pueblo	Fecha de Radicación (Mes-Día-Año)
------------------------------------	-----------------------------------	------	---------------------	--------	-----------------------------------

INFORMACIÓN DEL LESIONADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo
------------------	------------------	--------	---------	------

Número de Seguro Social	Clasificación: Conductor ____ Peatón ____ Pasajero ____ Motora ____ Ciclista ____ Jinete ____	Dirección Residencial	Ciudad	País	Código Postal
-------------------------	---	-----------------------	--------	------	---------------

Dirección Postal:	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular
-------------------	--------	------	---------------	------------------

Teléfono del Trabajo	Teléfono Residencial	Email	Ocupación	Fecha de Nacimiento (Mes-Día-Año)
----------------------	----------------------	-------	-----------	-----------------------------------

Seguro Privado Si ___ No ___	Seguro Social Choferil Si ___ No ___	Nombre de la Aseguradora	Número de Póliza
---------------------------------	---	--------------------------	------------------

INFORMACIÓN DEL TUTOR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo
------------------	------------------	--------	---------	------

Dirección Residencial	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo
-----------------------	--------	------	---------------	----------------------

Dirección Postal	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Residencial
------------------	--------	------	---------------	----------------------

Número de Seguro Social	Relación con el Lesionado	Email:	Teléfono Celular
-------------------------	---------------------------	--------	------------------

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo
------------------	------------------	--------	---------	------

Dirección Residencial:	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo:
				Teléfono Residencial:

Dirección Postal :	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular::
--------------------	--------	------	---------------	--------------------

Número de Seguro Social	Número de Licencia de Conducir	Tipo de Licencia	Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)
-------------------------	--------------------------------	------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

NÚMERO DE RECLAMACIÓN: _____

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR AUTORIZADO ACOMPAÑANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre			Inicial	Sexo	
Dirección Residencial		Ciudad		País	Código Postal	Teléfono del Trabajo	
						Teléfono Residencial	
Dirección Postal		Ciudad		País	Código Postal	Teléfono Celular	
Número de Seguro Social		Número de Licencia de Conducir		Tipo de Licencia		Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)

INFORMACIÓN DEL DUEÑO DEL VEHÍCULO

Nombre Persona o Compañía:					Sexo:		
Dirección Residencial o Negocio		Ciudad		País	Código Postal	Teléfono Persona o Compañía	
						Teléfono Residencial	
Dirección Postal		Ciudad		País	Código Postal	Teléfono Celular:	
Número de Seguro Social	Número de Tablilla de Vehículo	Tipo de Vehículo		Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)		Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)	Número Marbete

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Escriba de manera concisa las lesiones y descripción de cómo ocurrió el accidente. Además, incluya el nombre de todas las personas que estuvieron en ese accidente.

Indique si tiene otra reclamación con ACAA vigente y cuál es el número de caso.

Certifico que la información suministrada es correcta y conociendo las penalidades de Ley por ofrecer información falsa juro y firmo para que así conste.

Nombre del Reclamante y/o Representante :	Fecha: (Mes-Día-Año)
Firma del Reclamante y/o Representante:	
Nombre del Oficial de Reclamaciones:	
Firma del Oficial de Reclamaciones:	
Nombre del Director o Representante Autorizado	Fecha: (Mes-Día-Año)
Firma del Director o Representante Autorizado:	

Evaluación de Salud Mental

I. Información General

Nombre completo: _____ Edad: _____ Número de reclamación: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Estado Civil: _____ Sexo: F _____ M _____
Fecha de accidente: _____ / _____ / _____ Fecha de evaluación: _____ / _____ / _____
Referido por Dr. (a): _____

II. Problemas/Queja Principal: (Describa la condición según el lesionado)

III. Historial Enfermedad Actual: (Cuadro clínico, síntomas, intensidad,tiempo)

IV. Historial Médico: (Incluya traumas físicos)

Alergias: Si No Tratamiento: _____
Cirugías: Si No Tratamiento: _____
Convulsiones: Si No Tratamiento: _____

Circule otras condiciones orgánicas según apliquen: Cuadriplejía, Paraplejía, Amputación, una (1) o más extremidades, Quemaduras más de 50 % 3er grado que afecte funciones, ceguera total y permanente, Fracturas múltiples con complicaciones, no aplica ninguna de las anteriores.

Diabetes: Si No Tratamiento: _____
Hipertensión: Si No Tratamiento: _____
Herniación discal: Si No Tratamiento: _____
Asma bronquial: Si No Tratamiento: _____
Otros: _____

V. Historial Psiquiátrico:

Historial previo: Si No Diagnóstico: _____

Fechas de evaluaciones previas: ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

Historial hospitalización psiquiátrica: Convencional: Si No Fechas: ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
 Parcial: Si No Fechas: ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

Nombre del médico tratante: _____

Medicamentos psicotrópicos: Si No Cuáles: _____

Historial previo de intento suicida: Si No

Cannabis Medicinal: Si No Diagnóstico: _____ Fecha: _____

VI. Historial de Uso y Abuso de Sustancias Controladas

Sustancias	Si	No	Observaciones/Frecuencia de Uso
Alcohol			
Cocaína			
Heroína			
Marihuana			
Crack			
Benzodiazepina			
Café			
Tabaco			
Otros			

VII. Actividades del Diario Vivir:

VIII. Examen Mental:

Apariencia: Edad _____ Salud _____ Higiene: Buena _____ Pobre _____
 Vestimenta: _____

Peso: () Apropiado () Obeso () Sobrepeso () Delgado () Asténico

Actividad Psicomotriz: () Sin Defectos () Usa Bastón () Silla de Ruedas () Encamado

Agitación: Si No Otros: _____



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

IX. Conducta/Actitud:

Conducta/Actitud	Si	No	Observaciones
Contacto Visual			
Cooperador			
Motivado			
Anhedonia			
Evasivo			
Suspicaz			
Retraído			
Seductor			
Agresivo			
Intranquilo			
Lloroso			
Irritable			
Indiferente			
Impulsivo			
Auto Agresivo			

X. Expresión Verbal:

Producción Adecuada: Si No

Volumen: Alto _____ Bajo _____ Tono _____

XI. Proceso de Pensamiento:

Proceso de pensamiento	Si	No	Observaciones
Lógico			
Coherente			
Relevante			
Espontáneo			
Fuga de Ideas			
Circunstancial			
Organizado			
Tangencial			
Bloqueos			
Lentitud en Proceso Mental			



XII. Contenido de Pensamientos:

Contenido de pensamiento	Si	No	Observaciones
Ideas Suicidas			
Homicidas			
Referencias			
Delirios			
Obsesiones			
Compulsiones			
Fobias			

XIII. Percepciones:

Percepciones	Si	No	Observaciones
Distorsión			
Alucinación			
Alucinación Visual			
Alucinación Olfativa			
Alucinación Gustativa			
Alucinación Táctil			
Ilusiones			

XIV. Afecto:

Apropiado: Si No Lábil: Si No Embotado: Si No Restringido: Si No

Talante: Ansioso: Si No Eutímico: Si No Apropiado: Si No

Deprimido: Si No Eufórico: Si No Otros: _____

Memoria Inmediata: Si No Reciente: Si No Remota: Si No

XV. Orientación:

Tiempo: Si No Espacio: Si No Persona: Si No

Atención: Si No Concentración Apropriada: Si No

Distraído: Si No Introspección Apropriada: Si No Pobre: Si No

Menoscabada: Si No

Juicio Apropriado: Si No



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

XVI. Tema Discutidos/Observaciones:

XVII. Diagnóstico según DSM V:

XVIII. Plan Disposición Alta:

XIX. Tratamiento Ofrecido:

XX. Medicamentos y Dosis:

XXI. Lesionado(a) o su encargado fue orientada sobre reacciones a medicación:

Si No

XXII. Lesionado(a) o su encargado manifiesta entender las instrucciones de alta:

Si No

XXIII. Necesidad Hospitalización Convencional o Parcial, Explique:



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

XXIV. Solicitud de Extensión de Tratamiento:

XXV. Cumplimiento con el Tratamiento:

- () Bueno: Ninguna ausencia de citas
Toma medicación según prescritos
- () Moderado: Ausencia de 1-2 citas
- () Pobre: Ausencia de citas
No toma medicación según prescrita

Firma del médico/psicólogo

Número de licencia

Fecha / /

Firma lesionado(a)

Reclamación

Fecha / /



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

Nombre del Lesionado:

Fecha Accidente:

Edad:

Ocupación:

Núm. Solicitud:

Médico Primario y/o IPA: _____

Núm. de Reclamación:

Datos médicos que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado

Firma del lesionado: _____

Firma del familiar/encargado: _____

Relación con el lesionado: _____

Fecha: _____



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

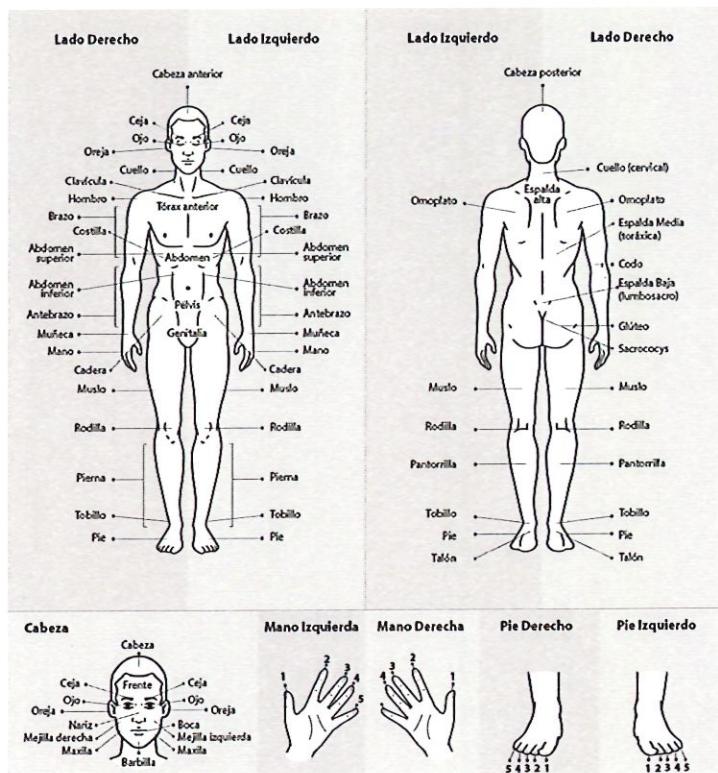
Nombre del Lesionado:

Fecha Accidente:

Núm. de Solicitud:

Núm. de Reclamación:

**DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO
PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN EL ACCIDENTE DEL AUTOMOVIL**



¿Fue a sala de Emergencia? Sí No ¿Dónde? _____
¿Fue hospitalizado? Sí No ¿Dónde? _____

Firma del lesionado _____

Firma del familiar/encargado _____

Relación con el lesionado _____

Fecha: _____



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

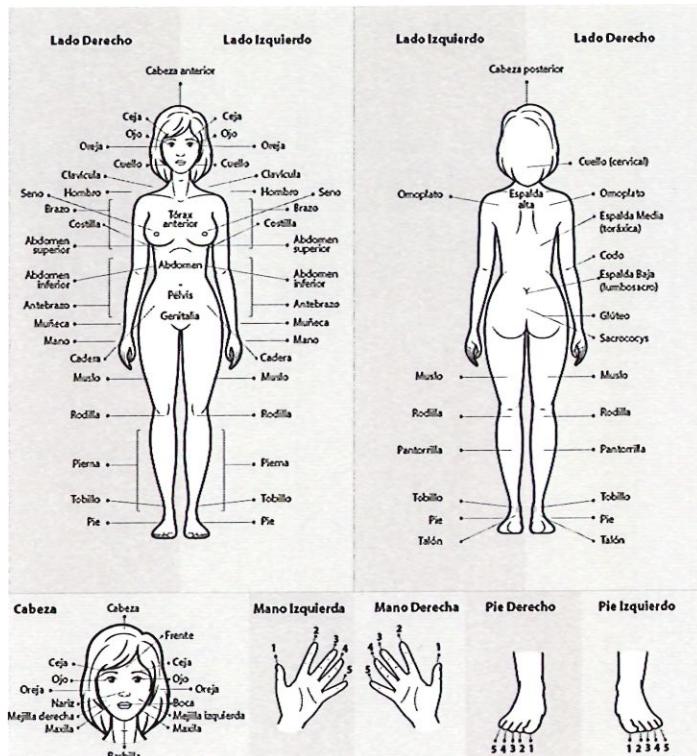
Nombre del Lesionado:

Fecha Accidente:

Núm. de Solicitud:

Núm. de Reclamación:

**DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO
PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN EL ACCIDENTE DEL AUTOMOVIL**



¿Fue a sala de Emergencia? Sí No ¿Dónde? _____
¿Fue hospitalizado? Sí No ¿Dónde? _____

Firma del lesionado _____

Firma del familiar/encargado _____

Relación con el lesionado _____

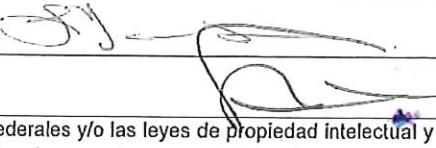
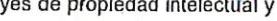
Fecha: _____



INFORME DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO / MEDICAL EVALUATION

Núm. de Reclamación/Claim Number:	Fecha Accidente/Accident Date:		
Nombre/Name:	Edad/Age:		
Lugar de Servicio/Place of Services: <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> OFIC. <input type="checkbox"/> HOSP.			
Queja Principal/Main Complaint:			
Physical Exam: BP _____ P _____ R _____ T _____ Weight _____ Allergies _____			
Gen. Distress: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> severe Nutrition: <input type="checkbox"/> nl <input type="checkbox"/> malnourished <input type="checkbox"/> obese Hydration: <input type="checkbox"/> nl <input type="checkbox"/> dehydrated	CV: <input type="checkbox"/> regular rate, rhythm <input type="checkbox"/> heart sound nl, no murmur <input type="checkbox"/> distal pulses strong and symmetric		
Head: <input type="checkbox"/> no evidence of trauma <input type="checkbox"/> no raccoon eyes <input type="checkbox"/> no battle's sign	Resp. <input type="checkbox"/> no resp. distress <input type="checkbox"/> breath sounds clear and equal <input type="checkbox"/> chest nontender		
Eyes: <input type="checkbox"/> PERRL <input type="checkbox"/> EOMI <input type="checkbox"/> lids, sclera nl	Abd: <input type="checkbox"/> Soft, nontender <input type="checkbox"/> no organomegaly <input type="checkbox"/> rectal nl, heme negative		
ENT: <input type="checkbox"/> external facial exam nl <input type="checkbox"/> no hemotympanum <input type="checkbox"/> nasal exam nl <input type="checkbox"/> no dental injury, no malocclusion	GU: Male: <input type="checkbox"/> inspection nl <input type="checkbox"/> testicular exam <input type="checkbox"/> prostate nl Female: <input type="checkbox"/> inspection nl <input type="checkbox"/> bimanual exam nontender		
Neck: <input type="checkbox"/> nontender <input type="checkbox"/> painless ROM <input type="checkbox"/> trachea midline	Neuro: <input type="checkbox"/> alert and oriented x3 <input type="checkbox"/> cranial nerves intact <input type="checkbox"/> speech nl <input type="checkbox"/> no motor deficit <input type="checkbox"/> sensation intact to light touch <input type="checkbox"/> gait nl		
Psych: <input type="checkbox"/> affect, mood nl <input type="checkbox"/> judgement nl			
Skin: <input type="checkbox"/> warm, dry <input type="checkbox"/> no cyanosis			
Musculoskeletal: <input type="checkbox"/> no thoracic, lumbar, or sacral vertebral tenderness			
Diagnósticos/Diagnosis (code)			
1. 2. 3. 4.			
Tratamiento/Treatment:			
Paciente dado de alta/Discharged: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Fecha de seguimiento/ Follow up:		
<input type="checkbox"/> Certifico que he examinado a este paciente y que las lesiones descritas fueron ocasionadas por el accidente de automóvil. / I certify that the patient has been examined, and the described injuries were caused by the car accident.			
Nombre del Médico/Doctor's name	Firma/Signature	Fecha>Date	#licencia/ license #



Política y Procedimiento	Fecha: <u>24/10/2016</u>	Página: 1 de 14
Departamento: Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores	Efectividad: <u>5 de octubre de 2016</u>	
Título: Política y Procedimiento del Comité de Evaluación Médica para la Autorización de Extensión de Cubierta	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores	
Número: <u>2016-AM-PP- 13</u>	Fecha más reciente revisión: <u>5 de octubre de 2016</u>	
Aprobado por: Lcda. Lynette Yambó Mercado 		
Director Ejecutivo: Lcdo. Ariel Acosta Jusino  Esta política está protegida por derechos de autor bajo las leyes federales y/o las leyes de propiedad intelectual y las regulaciones estatales. Ninguna parte de esta política puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación, transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico, mecánico, fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el permiso escrito del Director Ejecutivo de la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) o la persona por él autorizada.		

I. Política

La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), provee beneficios médico-hospitalarios a las víctimas elegibles por un periodo de hasta dos (2) años desde la fecha del accidente. Ese periodo se puede extender por un periodo mayor a los dos (2) años, a las víctimas cuyas lesiones, a juicio del Comité de Evaluación Médica, requieran atención médica prolongada. Este documento describe la Política y el Procedimiento que se debe seguir para la evaluación y autorización de extensión de cubierta.

II. Propósito

Establecer y definir el funcionamiento y organización del Comité de Evaluación Médica y las guías y criterios que utilizará el Comité para la evaluación y autorización de beneficios a las víctimas que requieran una extensión de cubierta por un término mayor a dos (2) años, según dispuesto por la Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles, Ley 138 de 26 de junio de 1968, según enmendada, en adelante "Ley Núm. 138-1968".

III. Base Legal

Esta política se establece a tenor con la Secciones 5(5) y 14, de la Ley Núm. 138-1968 y la Regla 8 del Reglamento 6911, de la Ley Núm. 138-1968 del 1 de diciembre de 2004, según enmendado, en