



CONTRACT NUMBER: 2019-000053A

AMENDMENT TO THE CONTRACT BETWEEN
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES)
and
PLAN DE SALUD MENONITA, INC.
to
ADMINISTER THE PROVISION OF PHYSICAL
AND BEHAVIORAL HEALTH SERVICES UNDER THE GOVERNMENT HEALTH PLAN

THIS AMENDMENT TO THE CONTRACT BETWEEN ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES) AND PLAN DE SALUD MENONITA, INC. FOR THE PROVISION OF PHYSICAL AND BEHAVIORAL HEALTH SERVICES UNDER THE GOVERNMENT HEALTH PLAN (the "Amendment") is by and between **Plan de Salud Menonita, Inc.** ("the Contractor"), a managed care organization duly organized and authorized to do business under the laws of the Government of Puerto Rico, with employer identification number **66-0636242** represented by its Executive Director, Mr. Pedro Luis Meléndez Rosario, of legal age, married, resident of Cayey, Puerto Rico and the **Puerto Rico Health Insurance Administration** (Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, hereinafter referred to as "ASES" or "the Administration"), a public corporation of the Government of Puerto Rico, with employer identification number 66-0500678, represented by its Executive Director, Angela M. Avila Marrero, of legal age, married and resident of Guaynabo, Puerto Rico.

WHEREAS, the Contractor and ASES executed a Contract for the provision of Physical Health and Behavioral Health Services under the Government Health Plan for the Commonwealth of Puerto Rico, on September 13, 2018 (hereinafter referred to as the "Contract");

WHEREAS, the Contract provides, pursuant to Article 55, that the Parties may amend such Contract by mutual written consent; and

WHEREAS, all provisions of the Contract will remain in full force and effect as described therein, except as otherwise provided in this Amendment.

NOW, THEREFORE, and in consideration of the mutual promises herein contained and other good and valuable consideration, the receipt and sufficiency of which is hereby acknowledged, the parties agree to clarify and/or amend the Contract as follows:

I. AMENDMENTS

- A.H.A.H.*
1. All references within the Contract to "MI Salud" shall be deleted and replaced with "Vital."
 2. Section 5.2.1.1 shall be amended and replaced in its entirety as follows:
 - 5.2.1.1 The Contractor shall accept all Potential Enrollees into its Plan without restrictions, unless otherwise authorized by CMS. The Contractor shall not discriminate against
- pena*

individuals eligible to enroll on the basis of religion, race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, or disability, and will not use any policy or practice that has the effect of discriminating on the basis of religion, race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, or disability on the basis of health, health status, pre-existing condition, or need for health care services.

3. Section 5.2.4.1 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

5.2.4.1 The Foster Care Population and Domestic Violence Population will be Auto-Enrolled in one contractor's plan and are not eligible to enroll into another contractor's plan unless the Enrollee experienced a change in his or her eligibility as a member of the Domestic Violence or Foster Care Populations.

4. Section 5.2.5.1 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

5.2.5.1 Initial Auto-Enrollment Enrollees. Initial Auto-Enrollment Enrollees will have one (1) opportunity to change contractors without cause during their Open Enrollment Period, which shall begin on November 1, 2018 and end on January 31, 2019. The date of notification of Enrollment for Initial Auto-Enrollment Enrollees must occur prior to the Effective Date of Enrollment of all Initial Auto-Enrollment Enrollees as set forth in Section 5.2.2.1.1.



5.2.5.1.1 Services provided during the Open Enrollment period starting November 1, 2018 shall be governed by the requirements established in ASES Normative Letter 18-1003, as amended, which is included in Attachment 13 to this Contract.

5. Section 5.2.5.2 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

5.2.5.2 New Enrollees. New Enrollees to the GHP will have the opportunity to select a contractor during the Medicaid eligibility process with the Puerto Rico Medicaid Program. If the New Enrollee does not select a contractor, the Puerto Rico Medicaid Program will select a contractor on behalf of the New Enrollee. New Enrollees shall be permitted to select a different contractor once without cause, regardless of how the initial selection of contractor was made, during their Open Enrollment Period, which shall begin on the New Enrollee's Effective Date of Enrollment or on the date of notification of Enrollment, whichever is later.

6. Sections 5.2.5.4 and 5.2.5.5 shall be deleted in their entirety, and the remaining Section 5.2.5 shall be renumbered accordingly, including any references thereto.

7. Section 5.3.1 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

5.3.1 Disenrollment occurs only when the Medicaid Program determines that an Enrollee is no longer eligible for the GHP; or when Disenrollment is requested by the Contractor or Enrollee (or his or her representative), and approved by ASES, as provided in Sections 5.3.4 and 5.3.5. ASES may also delegate disenrollment decisions and processing as set forth under this Section 5.3 to its representative.

The Foster Care Population and Domestic Violence Populations may not disenroll from their Auto-Enrolled GHP Plan.

8. Section 5.3.2.1 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

5.3.2.1 Disenrollment decisions and processing are the responsibility of the Puerto Rico Medicaid Program and ASES (or its representative); however, notice to Enrollees of Disenrollment shall be issued by the Contractor. The Contractor shall issue such notice in person or via surface mail to the Enrollee within five (5) Business Days of a final Disenrollment decision, as provided in Sections 5.3.4 and 5.3.5.

9. Section 5.3.5.2 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

5.3.5.2 An Enrollee wishing to request Disenrollment or his or her representative must submit an oral or written request to ASES or to the Contractor. If the request is made to the Contractor, the Contractor shall forward the request to ASES, within five (5) Business Days of receipt of the request, with a recommendation of the action to be taken.

10. Section 5.3.5.4 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

5.3.5.4 An Enrollee may request Disenrollment from the Contractor's Plan for cause at any time. The Enrollee's request must be processed in accordance with this Section 5.3.5. ASES shall determine whether the reason constitutes a valid cause. The following constitute cause for Disenrollment by the Enrollee:

5.3.5.4.1 The Enrollee moves outside of Puerto Rico;

5.3.5.4.2 The Contractor's Plan does not, due to moral or religious objections, cover the health service the Enrollee seeks.

5.3.5.4.3 The Enrollee needs related services to be performed at the same time, and not all related services are available within the network. The Enrollee's PCP or another Provider in the Contractor's Network have determined that receiving services separately would subject the Enrollee to unnecessary risk.

5.3.5.4.4 Other acceptable reasons for Disenrollment at Enrollee request, per 42 CFR 438.56(d)(2)(v), including, but not limited to, poor quality of care, lack of Access to Covered Services, or lack of Providers experienced in dealing with the Enrollee's health care needs; and

5.3.5.4.5 The Enrollee has become eligible for a Platino Program, or has experienced a change in his or her eligibility as a member of the Domestic Violence or Foster Care Populations.

11. Section 5.3.7 shall be amended and replaced in its entirety as follows:



A.H.H.

PLAN

5.3.7 ASES shall ensure, through the obligations of the Contractor under this Contract that Enrollees receive the notices contained in Section 5.2.8 (Contractor Notification Procedures Related to Redeterminations and Open Enrollment Periods). While these notices shall be issued by the Contractor, per Section 5.2.8, ASES shall provide the Contractor with the information on Certifications and Negative Redetermination Decisions (see Section 5.1.5.1) needed for the Contractor to carry out this responsibility.

12. Section 6.1.8 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

6.1.8 The Contractor shall provide instructions to Enrollees and Potential Enrollees in its Enrollee Handbook and notices approved by ASES on how to access continued services pursuant to its transition of care process as specified in Section 5.5 and in accordance with 42 CFR 438.62.

13. Section 6.10.8 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

6.10.8 Any Enrollee Information required under 42 CFR 438.10, including the Enrollee Handbook, Provider Directory, FMC and LME, and Enrollee notices, may not be provided electronically or on the Contractor's website unless such Information (1) is readily accessible, (2) is placed on the Contractor's website in a prominent location, (3) is provided in a form that can be electronically retained and printed, and (4) includes notice to the Enrollee that the Information is available in paper form without charge and can be provided upon request within five (5) Business Days. Enrollee Information provided to Enrollees electronically must also comply with content and language requirements as set forth in 42 C.F.R. § 438.10.



14. Section 7.1.5 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

7.1.5 The Contractor shall make a best effort to conduct an initial screening, consistent with 42 CFR 438.208(b)(3), of each Enrollee's needs within ninety (90) days of the Effective Date of Enrollment for all new Enrollees, including subsequent attempts if the initial attempt to contact the Enrollee is unsuccessful.

15. Section 7.4.2 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

7.4.2 The Contractor may cover services or settings for Enrollees that are in lieu of those covered under the State plan if ASES has approved the in lieu of service or setting as a medically appropriate and cost effective substitute. If approved by ASES, the Contractor may offer the in lieu of service or setting to Enrollees, as appropriate and at the option of Contractor, but shall not require an Enrollee to use an in lieu of service or setting. The utilization and actual cost of approved in lieu of services or settings will be taken into account in developing the component of the PMPM Payment that represents the covered Medicaid State Plan services or settings, unless a statute or regulation explicitly requires otherwise. Approved in lieu of services or settings shall be identified and incorporated into this Contract through

A.H.A.H.

Puma

subsequent amendment, and will be communicated to Contractors via a Normative Letter or other standard method of communication of formal GHP policy.

16. Section 7.5.6.4 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

7.5.6.4 Abortions are covered if the mother suffers from a physical disorder, physical injury, or physical illness, including a life-endangering physical condition caused by or arising from the pregnancy itself, which would, as certified by a physician, place the woman in danger of death unless an abortion was performed, or in the following instances: (i) life of the mother would be in danger if the fetus is carried to term; (ii) when the pregnancy is a result of rape or incest; and (iii) long lasting damage would be caused to the mother if the pregnancy is carried to term, as certified by a physician.

17. Section 7.5.11.6.7 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

7.5.11.6.7 The Contractor shall work with ASES and other Government agencies to ensure that all Enrollees are provided access to a set of services that meets the requirements of 42 CFR part 438, subpart K and 42 C.F.R. § 438.910(d) regarding parity in Behavioral Health services, regardless of what Behavioral Health services are provided by the Contractor.

18. Immediately following Section 7.5.12.7.3, a new Section 7.5.12.7.4 shall be inserted stating as follows:

7.5.12.7.4 Synthroid. Prescriptions for Synthroid shall be processed and reimbursed in accordance with Normative Letter 17-0614 while such arrangement as described remains in effect.

19. Section 9.1.5 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

9.1.5

The provider's facilities must comply with Federal and Puerto Rico laws regarding the physical condition of medical facilities and the Provider's facilities, and must also comply with ASES's requirements including, but not limited to, physical accessibility, reasonable accommodations, accessible equipment for Enrollees with physical or mental disabilities, cleanliness and proper hygiene. ASES reserves the right to evaluate the appropriateness of such facilities to provide the Covered Services. After receiving a written notice from ASES, the Contractor must timely notify the Provider, propose and enforce a corrective plan to be completed within ninety (90) Calendar Days to make the facilities appropriate to provide the Covered Services.



Plan A



- 9.1.5.1 The Contractor shall collaborate with the Providers to provide integrated GHP physical and Behavioral Health Services in order to achieve a fully integrated and holistic approach to providing Enrollee care.
- 9.1.5.2 The Contractor shall implement procedures in conjunction with the Providers to ensure that each GHP Enrollee has Access to both physical and Behavioral Health outpatient and inpatient services.
- 9.1.5.3 The Contractor shall develop policies and procedures that ensure timely Access to physical and Behavioral Health Services and integration of care.
- 9.1.5.4 The Contractor shall submit its policies and procedures to ASES for prior written approval according to the timeframe set forth in Attachment 12 to this Contract.
- 9.1.5.5 The Contractor must sub-contract ASSMCA to be a Behavioral Health Services provider.

20. Section 9.2.4.1 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

- 9.2.4.1 Contractors shall ensure that all Network Providers, when initially contracted and as periodically revalidated thereafter, are Medicaid-enrolled Providers consistent with the Provider disclosure, screening and enrollment requirement of 42 CFR part 455, subparts B and E as incorporated in 42 CFR 438.608(b).

21. Immediately following Section 9.4.9, a new Section 9.4.10 shall be inserted stating as follows:

- 9.4.10 ASES reserves the right to modify the Network Adequacy requirements herein based on the health needs of Enrollee populations, for example, increased Access to Providers specializing in certain medical conditions in response to a higher incidence of such conditions in these populations.

22. Section 10.3.1.34 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

- 10.3.1.34 Require that Medically Necessary Services shall be available twenty-four (24) hours per day, seven (7) days per Week;

23. Section 10.4.3 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

- 10.4.3 Unless otherwise specified by ASES, the Contractor shall, within fifteen (15) Calendar Days after receipt or issuance of a notice of termination to a Provider, provide written notice of the termination to Enrollees who received his or her Primary Care from, or was seen on

A.H.A.H.
P.L.A.

a regular basis by, the terminated Provider, and shall assist the Enrollee as needed in finding a new Provider.

24. Section 10.5.2 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

10.5.2 Payments to FQHCs and RHCs. When the Contractor negotiates a contract with an FQHC and/or an RHC, as defined in Section 1905(a)(2)(B) and 1905(a)(2)(C) of the Social Security Act, the Contractor shall pay to the FQHC or RHC rates that are not less than the rates paid to other similar Providers providing similar services. The Contractor shall cooperate with ASES and the Department of Health in ensuring that payments to FQHCs and RHCs are consistent with Sections 1902(a)(15) and 1902(bb)(5) of the Social Security Act.

25. Section 13.2.2.7 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

13.2.2.7 Ensure internal monitoring and auditing with provisions for prompt response to potential offenses, along with the prompt referral of any such offenses to MFCU, and for the development of corrective action initiatives relating to the Contractor's Fraud, Waste, and Abuse efforts;

26. Section 13.3.1.11 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

13.3.1.11 Include procedures for the confidential reporting of potential Fraud, Waste, and Abuse, including potential Contractor violations, to the appropriate agency, including the prompt referral of potential Fraud, Waste, and Abuse to MFCU; and

27. Immediately following Section 13.4.2, a new Section 13.4.3 shall be inserted stating as follows:

13.4.3 If ASES learns that a Contractor has a prohibited relationship with an individual or entity that is debarred, suspended, or otherwise excluded from participating in procurement activities under the Federal Acquisition Regulation or from participating in non-procurement activities under regulations issued under Executive Order No. 12549 or under guidelines implementing Executive Order No. 12549, or if the Contractor has relationship with an individual who is an Affiliate of such an individual, this Contract may continue unless the Secretary directs otherwise. However, this Contract may not be renewed or otherwise extended in duration unless the Secretary provides to ASES and to Congress a written statement describing compelling reasons that exist for renewing or extending this Contract despite the prohibited affiliations.



28. Section 13.5.2 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

13.5.2 The Contractor shall have methods for identifying, investigating, and referring suspected Fraud, Waste, and Abuse pursuant to 42 CFR 455.1, 42 CFR 455.13, 42 CFR 455.14 and 42 CFR 455.21 and Immediately notifying ASES. All suspected or confirmed instances of Provider Fraud and Enrollee abuse and neglect shall be referred Immediately by the Contractor to ASES, the Puerto Rico Medicaid Program, and the Medicaid Fraud Control Unit.

29. Section 14.1.15 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

14.1.15 The Contractor shall ensure that punitive action is not taken against a Provider who requests a Grievance, Appeal or an Administrative Law Hearing, requests an expedited resolution, or supports an Enrollee's Grievance, Appeal or Administrative Law Hearing.

30. Section 14.4.4.1 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

14.4.4.1 For termination, suspension, or reduction of previously authorized Covered Services, at least ten (10) Calendar Days before the date of Adverse Benefit Determination. However, notice must be mailed no later than the date of Adverse Benefit Determination, unless otherwise specified, if one of the following exceptions applies:

14.4.4.1.1 The Contractor has factual Information confirming the death of an Enrollee.

14.4.4.1.2 The Contractor receives a clear written statement signed by the Enrollee that he or she no longer wishes to receive services or gives Information that requires termination or reduction of services and indicates that he or she understands that this must be the result of supplying that Information.

14.4.4.1.3 The Enrollee is accepted for Medicaid services by another local jurisdiction, state, territory or commonwealth.

14.4.4.1.4 The Enrollee has been admitted to an institution where he or she is ineligible for further services.

14.4.4.1.5 The Enrollee's whereabouts are unknown and the post office returns the Contractor's mail directed to the Enrollee indicating no forwarding address (refer to 42 CFR 431.231(d) for procedures if the Enrollee's whereabouts become known).

14.4.4.1.6 The Enrollee's Provider prescribes a change in the level of medical care.

14.4.4.1.7 The notice involves an Adverse Benefit Determination with regard to the preadmission screening requirements set forth in Section 1919(e)(7) of the Social Security Act.

14.4.4.1.8 The transfer or discharge from a facility will occur in an expedited fashion.

14.4.4.1.9 The Contractor may shorten the period of advance notice to five (5) Calendar Days before the date of Adverse Benefit Determination if the



A.H.H.
P.L.M.

Contractor has facts indicating that Adverse Benefit Determination should be taken because of probable Enrollee Fraud and the facts have been verified, if possible, through secondary sources.

31. Section 14.5.2 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

14.5.2 Oral inquiries seeking to appeal an Adverse Benefit Determination are treated as Appeals (to establish the earliest possible filing date for the Appeal). Enrollees must confirm oral requests for Appeals in writing unless the Enrollee requests expedited resolution.

32. Section 14.5.7 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

14.5.7 The Appeals process shall provide the Enrollee, the Enrollee's Authorized Representative, or the Provider acting on behalf of the Enrollee with the Enrollee's written consent, opportunity, before and during the Appeals process, to examine the Enrollee's case file, including Medical Records, and any other documents and records considered during the Appeals process as well as any new or additional evidence considered, relied upon or generated by Contractor, and provide copies of documents contained therein without charge and sufficiently in advance of the resolution timeframe for the Appeal.



33. Section 14.7.3.2 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

14.7.3.2 The Enrollee does not request an Administrative Law Hearing with continuation of Benefits within ten (10) Calendar Days from the date the Contractor sends the Notice of Adverse Benefit Determination.

34. Section 18.2.4.2.2 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

18.2.4.2.2 Preventable Conditions. Information as defined in Sections 7.1.1.1.1 and 7.1.1.1.2 of this Contract. The report shall be provided on a quarterly basis as part of the *Executive Director and Utilization Data Report* and shall include, at minimum, a description of each identified instance of a Provider Preventable Condition, the name of the applicable Provider, and a summary of corrective actions taken by the Contractor or Provider to address any underlying causes of the Provider Preventable Condition.

35. Section 18.3.1.7 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

18.3.1.7 The Contractor shall submit an annual *Provider Network Development and Management Plan* setting forth how Contractor shall comply with timely access requirements set forth in 42 CFR 438.206(c)(1)(i)-(vi), taking into account the urgency of the need for services. This *Plan*, at a minimum, shall include: (i) summary of Network Providers, by type and geographic location in Puerto Rico; (ii) demonstration of monitoring activities to ensure that access standards are met and Enrollees have timely access to services, per the requirements of this Contract; (iii) a summary of Network Provider capacity issues by service and municipality,

A.H.H.
Plan

the Contractor's remediation and quality management/quality improvement activities and the targeted and actual completion dates for those activities; (iv) network deficiencies by service and by geographical area and interventions to address the deficiencies; and (v) ongoing activities for Provider network development and expansion taking into consideration identified participating provider capacity, network deficiencies, service delivery issues and future needs, and (vi) if an exception has been granted, an update on recruiting initiatives.

36. Section 19.1.4.7 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

19.1.4.7 Subject to Article 35 of this Contract, in lieu of imposing a sanction allowed under this Article 19, ASES may terminate this Contract, and place Enrollees with a different Contractor or provide GHP benefits through another state plan authority, without any liability whatsoever (but subject to making any payments due under this Contract through any such date of termination), if the terms of a Corrective Action Plan implemented pursuant to this Article 19 to address a failure specified in Category 1 or Category 2 of this Article 19 are not implemented to ASES's approval or if such failure continues or is not corrected, to ASES's satisfaction.

37. Section 22.1.2 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

22.1.2 ASES shall provide PMPM Payments that may be retained by the Contractor only for those eligible Enrollees for whom ASES has received adequate notification of Enrollment from the Contractor as of the date specified by ASES, per Section 5.2.2. ASES will work with the Contractor to establish the amount of any PMPM Payments that are due to the Contractor for any Enrollee that has retroactive coverage per Section 5.1.3.1.

38. Section 22.1.3 shall be amended and replaced in its entirety as follows, though, for clarity, all other subsections of Section 22.1.3 shall remain:

22.1.3 Risk Adjustment. PMPM Payments for the rate cells specified in Section 22.1.3.1 shall be risk adjusted, using publicly available risk adjustment software, on a semi-annual basis by rate cell against all other Contractors to the same population category.

39. Section 22.2.2 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

22.2.2 The Contractor shall calculate its MLR and related data based on the methodology set forth in 42 CFR 438.8 and any other instructions issued by CMS or ASES. Effective November 1, 2018, the Contractor shall achieve a minimum MLR, as calculated per 42 CFR 438.8, of at least ninety-two percent (92%) for the MLR reporting year. Contractor must require any third party vendor providing claims adjudication services to provide all underlying data associated with MLR reporting within one hundred and eighty (180) days of the end of the MLR reporting year, or within thirty (30) Calendar Days of Contractor's request, regardless of contractual limitations, whichever sooner, to calculate and validate the accuracy of this reporting. If a retroactive change to capitation payments for a MLR reporting year



is made and the MLR report has already been submitted to ASES, the Contractor must re-calculate the MLR for all MLR reporting years affected by the change and submit a new MLR report that meets the applicable requirements.

40. Section 35.2.1 shall be amended and replaced in its entirety as follows:



35.2.1

In the event ASES determines that the Contractor has defaulted by failing to carry out the terms or conditions of this Contract or by failing to meet the applicable requirements in sections 1932 and 1903(m) of the Social Security Act, or in the event that ASES determines that the Contractor falls within the prohibitions stated in Section 29.1 or 29.6, ASES may terminate the Contract and place Enrollees with a different Contractor or provide GHP benefits through another state plan authority, in addition to or in lieu of any other remedies set out in this Contract or available by law.

II. RATIFICATION

All other terms and provisions of the original Contract, as amended by Contracts Number 2019-000053A, and of any and all documents incorporated by reference therein, not specifically deleted or modified herein shall remain in full force and effect. The Parties hereby affirm their respective undertakings and representations as set forth therein, as of the date thereof. Capitalized terms used in this Amendment, if any, shall have the same meaning assigned to such terms in the Contract.

III. EFFECT; CMS APPROVAL

The Parties acknowledge that this Amendment is subject to approval by the United States Department of Health and Human Services Centers for Medicare and Medicaid Services ("CMS"), and ASES shall submit the Amendment for CMS approval. Pending CMS approval, this Amendment shall serve as a binding letter of agreement between the Parties.

IV. AMENDMENT EFFECTIVE DATE

Unless a provision contained in this Amendment specifically indicates a different effective date, for purposes of the provisions contained herein, this Amendment shall become effective retroactively to the Effective Date of the Contract, as defined in the Contract as the day the Contract is executed by both Parties.

V. ENTIRE AGREEMENT

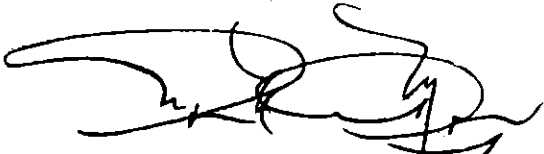
This Amendment constitutes the entire understanding and agreement of the Parties with regards to the subject matter hereof, and the parties by their execution and delivery of this Amendment to the Contract hereby ratify all of the terms and conditions of the Contract, as amended by Contract Number 2019-000053A, and as supplemented by this Agreement.

The Parties agree that ASES will be responsible for the submission and registration of this Amendments in the Office of the Comptroller General of the Commonwealth, as required under law and applicable regulations.

*A.H.A.H.
penn*

ACKNOWLEDGED BY THE PARTIES by their duly authorized representatives on this 31 day of December, 2018.


ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES)



Ms. Angela M. Avila Marrero, Executive Director
EIN: 66-05000678

12/31/18
Date

PLAN DE SALUD MENONITA, INC.



Pedro Luis Meléndez Rosario, Executive Director
EIN: 66-0537624

12/31/18
Date

Account No. 256-5325 to 5330



Va. P. 12/24/2018
CANC

ATTACHMENT 13

This Attachment contains Normative Letters referenced throughout the Contract. It is not an exhaustive list of all ASES Normative Letters. Contractor must abide by all ASES Normative Letters, regardless of whether they are included in this Attachment.

A.A.A.H.

Plan





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevárez
Gobernador

Sra. Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva



20 de octubre de 2017

A TODAS LAS UNIONES Y ORGANIZACIONES SINDICALES QUE PROVEEN EL BENEFICIO DE PLAN MEDICO A SU MATRICULA AL AMPARO DE LA LEY NÚM. 158-2006

Saludos. La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia facultada al amparo de la Ley Núm. 95-1963, según enmendada, para la reglamentación, fiscalización, negociación y contratación de los planes médicos que los empleados públicos seleccionan mediante su aportación patronal según las disposiciones de la mencionada Ley 95. La Ley Núm. 158-2006 es una enmienda a la Ley 95 que le permite a las uniones debidamente constituidas al amparo de la Ley 45 negociar y contratar el beneficio para los constituyentes de su matrícula. La Ley Núm. 158 no establece, sin embargo, un calendario de trabajo autónomo, por lo que se mantiene sujeto al establecido por ASES para los procesos de Ley 95.

Para el año contrato 2018, ASES se encontraba en un proceso de Solicitud de Propuestas (RFP) mediante el cual se escogerían las entidades aseguradoras que ofrecerían al beneficio de plan médico a esta población a partir del 1 de enero de 2018. Sin embargo, ante la catástrofe generada por el paso de los huracanes Irma y María por Puerto Rico fue imposible cumplir con el calendario de trabajo establecido para este menester.

Por esto, y a los fines de que la población de Ley 95 tenga continuidad de servicios bajo las mejores condiciones posibles, ASES les ha comunicado a las entidades aseguradoras que ofrecen el beneficio actualmente la activación de la Cláusula 51 del contrato vigente entre las partes. Esta cláusula le permite a ASES hacer una extensión de los contratos vigentes por un periodo de hasta 90 días bajo las mismas condiciones. Entiéndase, con el mismo beneficio y primas que habían sido negociadas hasta el 31 de diciembre de 2017.

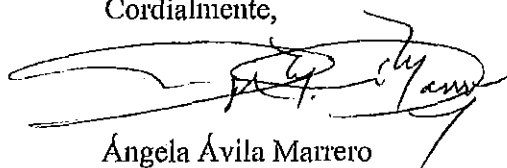
A.H. A.H.
plm



Ante este panorama y por las razones expuestas en el primer párrafo de este comunicado, orientamos a las uniones para que mediante su corredor de seguros o persona designada hagan el arreglo correspondiente con la entidad aseguradora que les provee el servicio de plan médico para que se haga el ajuste correspondiente en la extensión de cubiertas hasta el 31 de marzo de 2018. Estaremos enviando un nuevo comunicado con el calendario de fechas de procesos administrativos.

De tener cualquier duda o pregunta en relación a este particular puede comunicarse con el Sr. Carlos Guzmán, Gerente de Proyecto de Ley 95, al teléfono 787-474-3300 ext. 2344 o por correo electrónico a la dirección cguzman@asespr.org.

Cordialmente,



Ángela Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

A.H. A.H.
p.c.m.





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
 Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
 Directora Ejecutiva



20 de julio de 2018

CARTA CIRCULAR 18-07-20

Secretarios, Directores, Jefes de Agencias, Departamentos, Oficinas, Comisiones, Administraciones, Organismos, Entidades, Corporaciones Públicas, Municipios, Entidades Aseguradoras Contratadas por ASES para brindar servicios a los empleados públicos al amparo de la Ley Número 95 de 29 de junio de 1963 y Entidades Aseguradoras que brindan el beneficio de plan médico a los empleados unionados del Gobierno de Puerto Rico al amparo de la Ley Núm. 158-2006

PROTOCOLO MEMORANDO OATRH 2018-001

Se emite la siguiente Carta Circular para establecer protocolos cónsonos con el Memorando Especial Conjunto Núm. 2018-01 y 2018-02 de la Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico (OATRH). Dichos memorandos informativos enviados a todas las agencias, instrumentalidades y corporaciones públicas del Gobierno de Puerto Rico dan a conocer la opinión del Tribunal Supremo Federal en el caso de *Janus v. American Federation of State, County, and Municipal Employees*, Council 31, No. 16-1466, 585 U.S. ___ (2018), ("*Janus v. AFSCME*") y cómo la misma será de aplicación en el Gobierno de Puerto Rico.

Según se desprende del Memorando 2018-01 y 2018-02 de la OATRH, a partir del 16 de julio de 2018, los servidores públicos del Gobierno de Puerto Rico, sus instrumentalidades y corporaciones públicas tendrán el derecho de autorizar y desautorizar el cobro de cargos por servicio si éstos no se encuentran afiliados a un representante exclusivo. También, aquellos empleados públicos que no deseen ser miembros de una unión, tendrán el derecho de presentar libre y voluntariamente una solicitud de desafiliación en cualquier momento. Luego de presentada dicha solicitud, las agencias, corporaciones públicas y/o instrumentalidades del Gobierno de Puerto Rico tendrán que hacer los trámites necesarios para detener los descuentos salariales de cuotas por membresías y/o cargos relacionados, salvo que el empleado público presente autorización escrita para lo mismo. Ningún empleado público podrá ser incentivado o presionado a ejercer su derecho a pertenecer o desafilarse de una unión laboral.

La determinación del Tribunal Supremo Federal en *Janus v. AFSCME* también es de aplicabilidad a las organizaciones bonafide constituidas al amparo de la *Ley sobre cuotas de agrupaciones de servidores públicos*, Ley Número 134 de 19 de julio de 1960, según enmendada. En la mencionada Ley se establece que las aportaciones de los empleados públicos que pertenezcan a estas "...podrán revocarse un año después de la fecha de su efectividad" (Artículo 2. — [Cuotas de agrupaciones de servidores públicos, deducciones] [3 L.P.R.A. § 702 Inciso (b)]). Dicha disposición ya no es de aplicabilidad, por lo que también se aceptarán revocaciones de autorizaciones de cobro para las organizaciones bonafide en cualquier momento, sin necesidad de esperar un año.

A.H. A.H.

Plan



Para atemperar los procedimientos de ASES a la determinación del Tribunal Supremo Federal en *Janus v. AFSCME* y los Memorandos 2018-01 y 2018-02 de la OATRHH, por la presente se modifican las disposiciones sobre las aportaciones patronales de aquellos empleados que ejerzan su derecho de desafiliación de su representante sindical y deseen recibir su cubierta de servicios de salud a través de la Ley Número 95 de 29 de junio de 1963, ("Ley Núm. 95-1963") administrada por ASES.

Específicamente, la Carta Circular 2017-11-06, en su Sección "LEY 158 DE AGOSTO DE 2006", Art. 7, inciso (d) actualmente dispone:

"d. El empleado no desee acogerse a la entidad aseguradora seleccionada. De ser así, este no tendrá su aportación patronal disponible para acogerse a ninguna de las entidades contratadas por ASES ni para pago de cubierta de pago directo."

Conforme a las instrucciones del Memorando 2018-01 y 2018-02 de la OATRHH, a partir de la omisión de esta Carta Circular los empleados públicos que libre y voluntariamente ejerzan el derecho de desafiliación de su representante sindical se tratarán bajo las mismas condiciones que se presentan en la mencionada Carta Circular en la sección "LEY 158 DE AGOSTO DE 2006", Art. 9 que establece lo siguiente:

"9. Si durante la vigencia del contrato el asegurado es reclasificado y pasa a ser gerencial, este dejará de ser el elegible al plan médico negociado al amparo de la Ley 158. En estos casos, el empleado tendrá los próximos treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que tiene conocimiento del cambio para cogerse a cualquiera de las entidades aseguradoras contratadas por ASES al amparo de la Ley 95. El empleado debe presentar a la aseguradora la certificación de la agencia evidenciando que ya no es unionado y la evidencia de la cancelación de la cubierta de servicios de salud que tenía bajo la Ley 158..."

Aunque no se configura el cambio de unionado a gerencial, la desafiliación de un empleado público de su representante sindical es un evento que inhabilita al empleado de continuar recibiendo el beneficio de plan médico según negociado por su representante al amparo de la Ley Núm. 158-2006. Así las cosas, se utilizará el mismo procedimiento establecido en el citado Artículo 9 para estos casos. Es decir, el empleado que opte por la desafiliación de su representante sindical tendrá los próximos treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que se notifique la desafiliación para acogerse a cualquiera de las entidades aseguradoras contratadas por ASES al amparo de la Ley Núm. 95-1963. El empleado debe presentar a la aseguradora la certificación de la agencia evidenciando que ya no es empleado unionado y la evidencia de la cancelación de la cubierta de servicios de salud adquirida bajo la Ley Núm. 158-2006.

Solicitamos el fiel cumplimiento de las Disposiciones de esta Carta Circular. De tener cualquier duda o pregunta puede comunicarse con el Sr. Carlos E. Guzmán Otero, Gerente de Proyecto de Ley 95, por correo electrónico a la dirección cguzman@asespr.org o por teléfono al (787) 474-3300 ext. 2344.

Cordialmente,

Yolanda García Lugo, MS, MBA
Subdirectora Ejecutiva





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

CARTA NORMATIVA 15-1012 Enmendada
(Para enmendar Carta Normativa 15-03-25-A y Carta Normativa 15-03-25-B)

13 de octubre de 2015

**A: Entidades de Salud,
Administrador del Beneficio de Farmacia,
Grupos Médicos Primarios, incluyendo Obstetras/
Ginecólogos Participantes del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG)**



**Asuntos: Modelo de Prestación de Servicios de Anticonceptivos para toda la población
en edad reproductiva del PSG**

Atendiendo los cambios de la legislación establecidos en el "Patient Protection and Affordable Care Act", el Plan de Salud del Gobierno amplía el acceso a los métodos anticonceptivos para toda su población participante en edad reproductiva, libre de costo. A continuación se detallan las nuevas directrices para el acceso a estos métodos. Los mismos fueron efectivos el 1 de abril del 2015 bajo el modelo de contratación con aseguradoras para las distintas regiones de salud establecidas por ASES.

Los servicios para el acceso y despacho de anticonceptivos serán provistos por las clínicas de planificación familiar contratadas para estos propósitos y establecidas en los distintos municipios de las regiones del Plan de Salud del Gobierno.

Los siguientes métodos anticonceptivos serán provistos de acuerdo a las distintas categorías cubiertas:

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones
A.A. A.H. Pastillas anticonceptivas	Lutera, Ortho Micronor, Cyclen, Tri-cyclen/ Tri-Sprintec, Ortho-Tri Cyclen Low	Tres paquetes para noventa días con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de evaluación médica o nueva receta.	Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad sintomática de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historial de cáncer de mama
AW Inyección Hormonal	Depo- Provera	Tres paquetes para noventa días con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de evaluación médica o nueva receta.	No más de dos (2) años consecutivos Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad sintomática de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis

			Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historial de cáncer de mama
Dispositivo Intrauterino (Copper T)	DIU-Paragard	Uno cada 10 años	Pap anormal Positivo a enfermedades venéreas Enfermedad de Wilson

Los siguientes métodos anticonceptivos están disponibles a través de las clínicas de planificación contratados, sin embargo no estarán cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno.

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones
Metodos de barrera	Condón latex, con espermicida	Deben ser pagados por el asegurado.	Alergia al látex o espermicida
Métodos de emergencia	Plan B	Deben ser pagados por el asegurado.	Peso corporal mayor de 164 libras Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de mas de 20 años Enfermedad sintomática de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historial de cáncer de mama

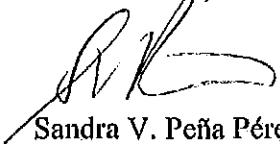
A. H. A. H.

*La ASES estará evaluando periódicamente la costo-efectividad de los métodos disponibles para mantener las opciones viables a la población servida. Cualquier cambio en producto será notificado mediante carta normativa a los proveedores participantes.

En el Anejo 1, se detalla el protocolo de referido a las clínicas de planificación familiar incluyendo el formato de referido establecido como requisito para referir los asegurados que cualifican e interesan acceder los métodos anticonceptivos.

Solicitamos la cooperación de todos los proveedores para el cumplimiento de la normativa.

Cordialmente,



Sandra V. Peña Pérez, PT, MHSA
 Sub Directora Ejecutiva

c Lcda. Maria del Carmen Rosario
 Directora Oficina de Asuntos Legales / Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos





FAMILY PLANNING CLINIC

Information Patient

PMG

Contract Num / MPI _____ Age _____ Gender _____ F _____ M

Referring Physician Information (PMG)

Physician Name _____ Signature _____

NPI _____ License number _____ Date _____
mm/dd/yyyy

Medical History

Blood Pressure: _____ / _____ Height: _____ Weight: _____ BMI: _____

Last Menstrual Period: ____ / ____ / ____ Gravidity: ____ Parity: ____ Abortion: ____ Cesarean: ____

Menstrual History: __ Normal __ Abnormal (Explain): # _____ (days); Regular: Yes (), No (),

Painful: Yes (), No ()

Pregnancy Test Done: ____ No ____ Yes (Weeks of Pregnancy) _____

1. History contraceptive Method? ____ No ____ Yes Date ____ / ____ / ____

Current Contraceptive Method: _____

2. Record of STD infections: ____ No ____ Yes Date ____ / ____ / ____

Type of disease _____

3. Currently Breastfeeding: ____ No ____ Yes

Additional Information Required

1. Select significant Co-morbidity Contraindication for Hormonal Methods:

- Uncontrolled or Malignant Blood Pressure
- Migraine Headache
- Active smoker >35 y/old
- Symptomatic gallbladder disease
- Liver Disease
- Recent surgery with prolonged immobilization
- Diabetes mellitus with vascular disease
- Record of Thrombosis or Thrombophilia disorder
- Record of Stroke
- Record of Myocardial Infarction
- Postpartum and Breastfeeding
- Record of breast cancer, Explain: _____
- Other active cancer, Explain: _____

Recommended Contraceptive Method:

- Pills: _____
- Depo-Provera (injection)
- IUD-Paragard

Plu-N

A.A. A.H.

REFERRAL FORM FAMILY PLANNING CLINIC (PMG)

Page 2/2

2. Is the patient taking any of the following medications contraindicated for Hormonal Methods:

- Any of the following, Rifampin, Rifabutin, Griseofulvin, Phenobarbital / Barbiturates, Primidone, Phenytoin, Carbamazepine, Felbamate, Topiramate, Vigabitrin
- Antiretroviral medication
- None of the above

3. Is at risk sexual activity:

- Non safe sex
- Violence or sexual violence
- Multiple Partners
- Record of Sexual Transmitted Disease
- Not at risk

4. Identify Considerations for Contraceptive Prescription

- Mental health disorder
- Substance Abuse
- Other: _____

***PAP Test Result**

Date: ___ / ___ / ___

Normal

Abnormal

Explain (If Abnormal) _____

*Please attach copies of PAP Smear results with this referral.

5. Diagnostic Test Required:

- Pregnancy Test (If at risk)
- PAP Test (If at risk)
- Chlamydia Test /GC Test (If at risk)
- HIV Test (If at risk)
- VDRL



I certify no medical condition affect the client eligibility criteria for contraception methods.

Physician Signature : _____

Use for Family Planning Clinic

Comments:

Nurse name: _____ Signature: _____

Confidentiality Notice: This message is intended only for the use of individual or entity to which it is addressed and may contain information that is privileged, confidential and exempt from disclosure under applicable law. If you are not the intended recipient, please contact the sender and destroy all copies of the original.

pink

A.H. A.H.



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)



CARTA NORMATIVA 15-1112
12 de noviembre de 2015

**A LAS ENTIDADES DE SALUD CONTRATADAS, GRUPOS MEDICOS PRIMARIOS, Y
PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO (PSG)**

A.H. A.H.

REVISION DE CUBIERTA Y DIAGNOSTICO ICD10

La Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos adscrita a la Administración de Seguros de Salud (ASES), ha validado la codificación de la Cubierta Especial de ICD-9 a ICD-10 para los Anejos 7, el Anejo 13, la Carta Normativa 15-0617 (Códigos de Diagnósticos de Niños con Necesidades Especiales), y los códigos en el Manual de Calidad de ASES.

Es importante aclarar que la utilización de los nuevos códigos de diagnósticos ICD10 CM no aumenta la cantidad de enfermedades si no la especificidad y descripción de la enfermedad misma. La validación se realizó para los códigos generales de las familias que agrupan diagnósticos.

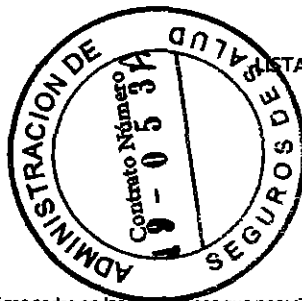
El anejo que se acompaña con esta Carta Normativa incluye los códigos de diagnósticos en ICD10 CM revisados y aprobados por ASES con la colaboración del Departamento de Salud para ser aplicados a los documentos antes mencionados. Se les enviará electrónicamente un archivo con las listas que se acompañan como anejos. Las hemos nombrado: *Special Need Childrens, Special Coverage Adults, HIV ICD10 y Quality Program Incentive* en el archivo que se envía para que los puedan identificar.

Es importante que las entidades contratadas validen la configuración de todos sus sistemas y de las áreas operacionales que procesan códigos de diagnóstico acorde con la revisión de ASES. La utilización del código general de la familia puede ser aplicada siempre y cuando no se omita o se altere la regla de especificidad establecida en la regulación por CMS.

Cordialmente,

Sandra V. Pena, MHSA, PT
Subdirectora Ejecutiva

c Maria del C. Rosario, Directora
Oficina de Asuntos Legales / Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos



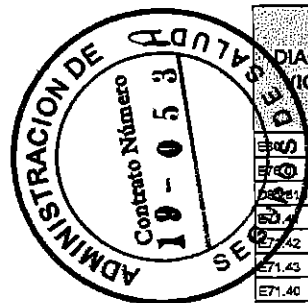
LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

Nota: Se utilizaron los códigos padre en las condiciones que necesitan de las especificidades de la condición por ejemplo, leg and righ, Uper right, congenital, other specified, unspecified. La codificación en ICD10CM no aumenta el número de enfermedades, determina la especificidad misma de la enfermedad.

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20-years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK -Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
E22.0	Acromegaly and gigantism	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E23.0	Pituitary dwarfism	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E25	Adrenogenital disorders	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E34.3	Dwarfism NEC	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
Other Metabolic and Immunity Disorders							
E72	Amino-acid transport dis	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E70.00	Phenylketonuria - PKU	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E70.20	Arom amino-acid metab NEC	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E71	Bran-chain amino-acid dis	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E72.10	Sulph amino-acid met dis	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E70.41	Dis histidine metabolism	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E72.20	Dis urea cycle metabol	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E71.20	Straig amle-acid met NEC	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E72.8	Dis amino-acid metab NEC	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E72.9	Dis amino-acid metab NOS	NNE	Metabólico		✓	Cubierto Total	todo
E74	Glycogenosis	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E74.20	Galactosemia	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E73.0	Disaccharidase defmalab	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E74.8	Renal glycosuria	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E74.9	Dis carbohydr metab NOS	NNE	Metabólico		✓	Cubierto Total	Todo
E78.6	Lipoprotein deficiencies	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E75	Lipidoses	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E88.0	Disorders of Plasma Protein Metabolism	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
M10	Gout	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E83.00	Dis copper metabolism	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E83.40	Dis magnesium metabolism	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E83.30	Dis phosphorus metabol	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E83.50	Dis calcium metabolism NOS	NNE	Metabólico		✓	Cubierto Total	Todo
E83.59	Dis calcium metabolism NEC	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E83.81	Hungry bone syndrome	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E83.89	Dis mineral metabol	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E83.9	Dis mineral metabol NOS	NNE	Metabólico		✓	Cubierto Total	Todo
E87.2	Acidosis lática	NNE	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E84.9	Cystic fibros w/o ileus	Fibrosis Cística	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E84.11	Cystic fibrosis w ileus	Fibrosis Cística	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E84.0	Cystic fibros w pul man	Fibrosis Cística	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E84.19	Cystic fibrosis w GI man	Fibrosis Cística	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo
E84.8	Cystic fibrosis NEC	Fibrosis Cística	Metabólico	✓		Cubierto Total	Todo

Handwritten signature and initials

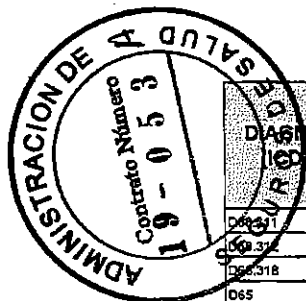
LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)



DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK -Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
E60	Dis bilirubin excretion	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
E60	Mucopolysaccharidosis	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
E60.1	Other deficiencies circulating enzymes	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
E67	Primary carnitine defncy	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
E70.42	Creatine def d/t no met	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
E71.43	Iatrogenic carnitine def	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
E71.40	Sec carnitine defncy NEC	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
E71.310	Disorders acid oxidation	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
E88	Dis mitochondrial metab	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
E71.39	Metabolism disorder NEC	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
E89.9	Metabolism disorder NOS	NNE	Metabólico		v	Cubierto Total	Todo
Disorder of the Immune Mechanism							
D80.1	Hypogammaglobulinem NOS	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D80.2	Selective Iga immunodef	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D80.4	Selective Igm immunodef	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D80.3	Selective Ig defic NEC	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D80.0	Cong hypogammaglobulinem	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D80.5	Immunodef w hyper-igm	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D83	Common variabl immunodef	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D80.7	Humoral immunity def NEC	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D83.1	Immunodef t-cell def NOS	NNE	Metabólico		v	Cubierto Total	Todo
D82.1	DiGeorge's syndrome	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D82.0	Wiskott-aldrich syndrome	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D81.4	Nezelof's syndrome	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D80.6	Defic cell immunity NOS	NNE	Metabólico		v	Cubierto Total	Todo
D81	Combined immunity defic	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D84	Immunity deficiency NOS	NNE	Metabólico		v	Cubierto Total	Todo
D86.82	Autoimmun lymphprof synd	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
D89.89	Autoimmune disease NEC	NNE	Metabólico	v		Cubierto Total	Todo
Diseases of the Blood and Blood Forming Organs							
D66.9	Thalassemia, unspecified	NNE	Hematológico	v		Cubierto Total	Todo
D57.1	Sickle cell disease NOS	NNE	Hematológico	v		Cubierto Total	Todo
D59.9	Acquired hemolytic anemia NOS	NNE	Hematológico	v		Cubierto Total	Todo
D61.01	Constitution RBC aplasia	Anemia Aplástica	Anemia Aplástica	v		Cubierto Total	Todo
D61.09	Const aplastic anemia NEC	Anemia Aplástica	Anemia Aplástica	v		Cubierto Total	Todo
D61.810	Anti h chemo indct pancyt	NNE	Hematológico	v		Cubierto Total	Todo
D61.811	Oth drg indctd pancytopena	NNE	Hematológico	v		Cubierto Total	Todo
D61.818	Other pancytopenia	NNE	Hematológico	v		Cubierto Total	Todo
D61.82	Myelophthisis	NNE	Hematológico	v		Cubierto Total	Todo
D60	Red cell aplasia	NNE	Hematológico	v		Cubierto Total	Todo
D61.89 / D61.1 /D61.2 /D61.3	Aplastic anemias NEC	Anemia Aplástica	Anemia Aplástica	v		Cubierto Total	Todo
D61.9	Aplastic anemia NOS	Anemia Aplástica	Anemia Aplástica	v		Cubierto Total	Todo
D66	Cong factor viii dlord	Hemofilia	Hemofilia	v		Cubierto Total	Todo
D67	Cong factor IX disorder	Hemofilia	Hemofilia	v		Cubierto Total	Todo
D68.1	Cong factor xI disorder	Hemofilia	Hemofilia	v		Cubierto Total	Todo
D68.2	Cong def clot factor NEC	Hemofilia	Hemofilia	v		Cubierto Total	Todo
D68.0	Von willebrand's disease	Hemofilia	Hemofilia	v		Cubierto Total	Todo

H.A.H.
A.H.H.
A.H.H.

LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
 DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)



DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK-Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
D66.1	Acquired hemophilia	Hemofilia	Hemofilia	✓		Cubierto Total	Todo
D66.3	Antiphospholipid w hemor	Hemofilia	Hemofilia	✓		Cubierto Total	Todo
D66.318	Of hem at circ anticoag	Hemofilia	Hemofilia	✓		Cubierto Total	Todo
D65	Defibrination syndrome	Hemofilia	Hemofilia	✓		Cubierto Total	Todo
D68.4	Acq coagul factor defic	Hemofilia	Hemofilia	✓		Cubierto Total	Todo
D68.8	Coagulat defect NEC/NOS	Hemofilia	Hemofilia	✓		Cubierto Total	Todo
Behavioral and Neurodevelopmental Disorders							
F66.1	Catatonia associated with another mental disorder	Mental	Mental		✓	Cubierto Total	Todo
F25	Schizoaffective Disorder	Mental	Mental	✓		Cubierto Total	Todo
F20.3	Schizophrenia	Mental	Mental	✓		Cubierto Total	Todo
F33.1	Major depressive disorder, Recurrent, Moderate	Mental	Mental		✓	Cubierto Total	Todo
F33.2	Major depressive disorder, severe	Mental	Mental		✓	Cubierto Total	Todo
F33.3	Major depressive disorder, Recurrent w Psych	Mental	Mental		✓	Cubierto Total	Todo
F31	Bipol I curmt manic-mod	Mental	Mental	✓		Cubierto Total	Todo
F31.13	Bipol I manic-sev w/o psy	Mental	Mental	✓		Cubierto Total	Todo
F31.2	Bipol I manic-sev w psy	Mental	Mental	✓		Cubierto Total	Todo
F31.32	Bipol I cur depress-mod	Mental	Mental	✓		Cubierto Total	Todo
F31.4	Bipol I cur dep w/o psy	Mental	Mental	✓		Cubierto Total	Todo
F31.5	Bipol I curmt dep w psy	Mental	Mental	✓		Cubierto Total	Todo
F31.81	Bipolar disorder II	Mental	Mental	✓		Cubierto Total	Todo
F84.0	Autism Spectrum Disorder	Mental	Autismo	✓		Cubierto Total	Todo
Hereditary and Degenerative Diseases of the CNS Disorders of Sphingolipid Metabolism and Other Storage							
E75	Leukodystrophy	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
E75	Cerebral lipidoses	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G93.89	Cereb degen in Epidosis	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G93.9	Cereb deg child in oth dis	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
F84.2 /G31.81 /G31.82	Cereb degen in child NEC (Exclten 3 tipo Rett's Syndrome, Alpers and Le	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G91.1	Obstructiv hydrocephalus	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G25.0	Essential tremors	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G20	Paralysis agitans	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G25.4	Chorea NEC	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G11.1	Spinocerebellar disease	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G12	Anterior Horn Cell Diseases	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G36.0	Neuromyelitis optica	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G37.0	Schilder's disease	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G36	Other demyelinating diseases of the CNS	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G37	Other demyelinating diseases of the CNS,NOS	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G81.00	Flced hmiplegia unsp side	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G81.10	Spate hmiplegia unsp side	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G81.90	Unsp hmiplegia unsp side	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G80.1	Congenital diplegia	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G80.2	Congenital hemiplegia	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G80.0	Congenital quadriplegia	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G81.80	Infantile hemiplegia	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G80	Cerebral palsy NEC	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G80.9	Cerebral palsy NOS	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G82.90	Quadriplegia, unspacific	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo

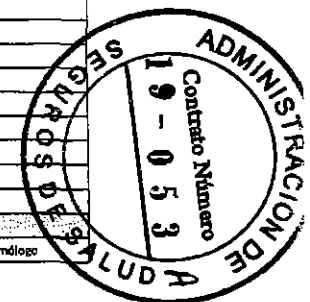
H
 A
 Y
 Y
 C

LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK - Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
G82.51	Quadriplegia c1-c4, complete	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G82.52	Quadriplegia c1-c4, incompl	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G82.53	Quadriplegia c5-c7, complete	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G82.54	Quadriplegia c5-c7, incompl	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G82.50	Other quadriplegia	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G82	Paraplegia	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G83	Monoplegia of lower limb	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G83	Monoplegia of upper limb	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G83.4	Cauda equina syndrome	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G40	Gen nonconv ep w/o intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Gen nonconv ep w intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Gen conv epil w/o intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Gen conv epil w intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Petit mal status	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Grand mal status	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Psychomotor epil w/o intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Psychomotor epil w intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Part epil w/o intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Part epil w intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Inf spasm w/o intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G40	Inf spasm w intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G40	Epil par cont w/o intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Epil par cont w intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Epilep NEC w/o intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G40	Epilep NOS w/o intr ep	NNE	CNS	✓		Cubierto Parcial	Medicamentos y visitas a neurólogo
G93.0	Cerebral cysts	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G93.40	Encephalopathy NOS	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G60	Hered periph neuropathy	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G60	Peroneal muscle atrophy	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G60	Hered sensory neuropathy	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G60.1	Refaum's disease	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G60.3	Idio prog polyneuropathy	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G60.8	Idio periph neuropathy NEC	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G60.9	Idio periph neuropathy NOS	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G61.0	Ac infect polyneuritis (Guillain-Barre)	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G71.2	Cong hered musc dystrophy	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G71.0	Hered prog musc dystrophy	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
G71.11	Myotonic musc dystrophy	NNE	CNS	✓		Cubierto Total	Todo
Disorders of Eye and Adnexa							
H35	Retinopg prematurity NOS	NNE	Oftalmológico	✓		Cubierto parcial	Visitas a Oftalmólogo

Handwritten initials: N.M.M.

Handwritten signature: p...



LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)



DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER_DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK - Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
H54.0	Both eyes blind-uno def	NNE	Ceguera	✓		Cubierta parcial	Visitas a Oftalmólogo y servicios relacionados al problema visual
H54.2	Moderate/severe impairment both eyes	NNE	Ceguera	✓		Cubierta parcial	Visitas a Oftalmólogo y servicios relacionados al problema visual
H54.8	Legal blindness-uno def	NNE	Ceguera	✓		Cubierta parcial	Visitas a Oftalmólogo y servicios relacionados al problema visual
H50.00	Estrabismo NOS	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios oftalmológicos relacionados
H50.10	Exotropia NOS	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios oftalmológicos relacionados
H60.80	Mechanical strabism NOS	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios oftalmológicos relacionados
H50.B11	Right eye H50.B12 Left eye (9)	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios oftalmológicos relacionados
Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissues							
M33	Dermatomyositis	NNE	Colágena	✓		Cubierta total	Todo
M33	Polymyositis	NNE	No específico		✓	Cubierta total	Todo
M91	Juv osteochondritis pelvis	NNE	MSK	✓		Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M92	Juv osteochondritis upper extremity	NNE	MSK	✓		Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M92	Juv osteochondritis leg	NNE	MSK	✓		Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M93	Osteochondritis dissecans	NNE	MSK	✓		Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M21	Acq. Urep. Disorder of ankle and foot	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M21	Acq. Equinovarus deformity	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M21B39	Equinus deformity of foot, acquired	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M21	Acq ankle-foot def NEC	NNE	No específico		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M40.00	Adoles postural kyphosis	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M40	Kyphosis NOS	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M40	Lordosis NOS	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M41	Idiopathic scoliosis	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M41	Idiopathic scoliosis	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M41	Idiopathic scoliosis, resolving infantile	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M88.5	Idiopathic scoliosis, progressive	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M41	Scoliosis due to radiation	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
M41	Thoracogenic scoliosis	NNE	MSK		✓	Cubierta Parcial	Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados
Congenital Anomalies							
Q02.2	Intelligence	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q01	Spin bif w hydroceph NOS	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q05.0	Spin bif w hydroceph-cerv	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo

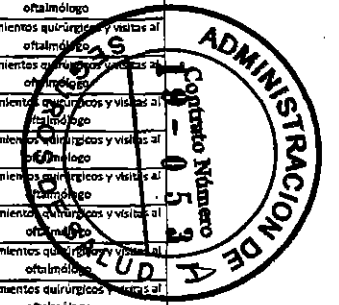
A.H.A.H.

LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER_DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK -Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q05.1	Spin bil w hydroceph-dors	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q05	Spin bil w hydroceph-lumb	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q05	Spina bifida	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q05.5	Spina bifida-carv	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q05.6	Spina bifida-dorsal	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q05.7	Spina bifida-lumbar	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q01	Encephalocele	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q02	Microcephalus	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q04	Reduction deform. brain	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q03	Congenital hydrocephalus	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q04	Brain anomaly NEC	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q06.2	Diastratomyella	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q06.4	Hydromyelia	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Q11.1	Clinic anophthalmos NOS	NNE	Oftalmológico	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q11.0	Congen cystic eyeball	NNE	Oftalmológico	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q11.2	Cryptophthalmos	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q11.2	Microphthalmos NOS	NNE	Oftalmológico	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q11.2	Microphthalmos w other anomalies of eye/adnexa	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q15.0	Buphthalmos NOS	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q15.0	Buphthalmos w other anomalies	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q12.0	Congenital cataract NOS	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q12.3	Congenital aphakia	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q12	Anomalies of lens shape	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q12.1	Congenital ectopic lens	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q12.9	Cong cataract lens anom NEC	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q13.4	Anom corneal size/shape	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q13.3	Cong cornea opac aff vis	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q13.3	Cong corneal opact NEC	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q13	Anom anter chamber-eye	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q13.1	Aniridia	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q13.2	Anom iris & cil body NEC	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q13.5	Anomalies of sclera	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q13.89	Multi anom anter seg-eye	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
74351+A238:A247	Vitreous anomalies	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q14	Fundus coloboma	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo

A.H.A.H.

ALVA



LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

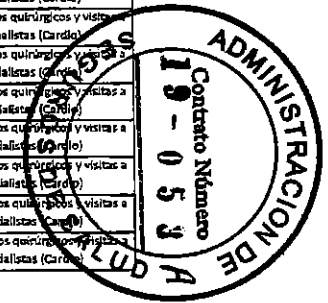
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER-DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK -Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q14.0	Cong chorioretinal degen	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q14.1	Cong retinal changes NEC	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q14.2	Optic disc anomalies	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q14	Vascular anom post eye	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q14	Post segment anom NEC-eye	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q10.0	Congenital ptosis	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q10	Congenital eyelid deform	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q10.3	Spec anom of eyelid NEC	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q10.6	Spec lacrimal gland anom	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q10	Spec lacrimal pass anom	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q10.7	Spec anomaly of orbit	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q11.3	Eye anomalies NEC	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q15.9	Eye anomaly NOS	NNE	Oftalmológico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo
Q16.9	Ear anom NOS;impair hear	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q16.0	Cong absence ext ear	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q16.1	Ex ear anom NEC;imp hear	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q16.4	Middle ear anomaly NEC	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q16.3	Anomalies ear ossicles	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q16.5	Anomalies of inner ear	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q16.9	Ear anom NEC;impair hear	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q17.0	Accessory auricle	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q17.8	Cong absence of ear lobe	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q17.1	Macrotia	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q17.2	Microtia	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q16.2	Eustachian tube anom NEC	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q17.9	Ear anomaly NOS	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q18.2	Cervical auricle	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q18.1	Preauricular cyst	NNE	ENT		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas al ENT
Q18.2	Branched left anom; NEC	NNE	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Oftalmólogo)
Q18.3	Webbing of neck	NNE	SURG	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Oftalmólogo)



LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK -Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q18.6	Macrocheilia	NNE	SURG		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Oral/Max)
Q18.7	Microcheilia	NNE	SURG		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Oral/Max)
Q18.4	Microstomia	NNE	SURG		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Oral/Max)
Q18.5	Microstomia	NNE	SURG		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Oral/Max)
Q18.9	Cong face/neck anom NOS	NNE	SURG		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Oral/Max)
Q20	Common truncus	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q20.3	Compl transpos great ves	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q20.1	Double outlet rt ventric	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q20.5	Correct transpos ort ves	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q20	Transpos great vess NEC	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q21.3	Tetralogy of fallot	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q20.4	Common ventricle	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q21.0	Ventricular sept defect	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q21.1	Secundum atrial sept def	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q21.2	Endocard cushion def NOS	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q21.2	Ostium primum defect	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q21.2	Endocard cushion def NEC	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q20.8	Cor biloculare	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q20.6	Septal closure anom NEC	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q21.9	Septal closure anom NOS	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q21	Other congenital anomalies of heart	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q22..3	Pulmonary valve anom NOS	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q22.0	Cong pulmon valv atresia	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q22.1	Cong pulmon valve stenosis	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q22.2	Pulmonary valve anom NEC	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q22	Cong tricuspid atres/sten	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q22.5	Ebstein's anomaly	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q23.0	Cong aorta valv stenosis	NNE	Congénito		√	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)

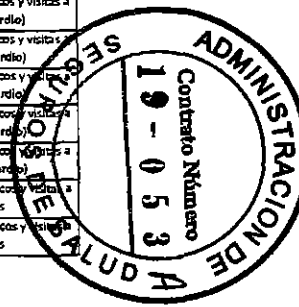
A.H. A.H.
[Handwritten signature]



LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK -Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q23.1	Cong aorta valv insuffic	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q23.2	Congen mitral stenosis	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q23.3	Cong mitral insufficienc	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q23.4	Hypoplas left heart synd	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q24.4	Cong subaortic stenosis	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q24.2	Cor triatriatum	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q24.3	Infundib pulmon stenosis	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q24.8	Obstruct heart anom NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q24.5	Coronary artery anomaly	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q24.6	Congenital heart block	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q24	Malposition of heart	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q24	Cong heart anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q24	Cong heart anomaly NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q24	Other congenital anomal circulatory syst	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q25.0	Patent ductus arteriosus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q25.1	Coarctation of aorta	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q25.2	Interrupt of aortic arch	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q25.4	Cong anom of aorta NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q25.4	Anomalies of aortic arch	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q25	Aortic abasia/stenosis	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q25	Cong anom of aorta NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q25	Pulmon art coarct/aeros	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q25.7Z	Pulmonary AV malformatn	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q25	Oth anom pul artery/circ	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q26.9	Great vein anomaly NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q26.2	Total anom pulm ven connec	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q26	Part anom pulm ven conn	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q26	Great vein anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio)
Q27.0	Umbilical artery absence	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q27.9	Unsp prpheri vasc anomal	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas

Handwritten notes:
A.H.
A.H.
A.H.

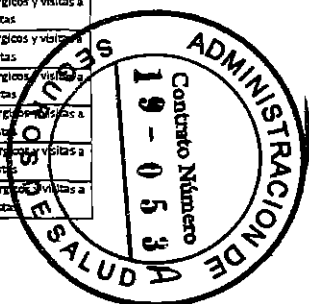


LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER_DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK-Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q27.1	Renal vessel anomaly	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q27.31	Upper limb vessel anomaly	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q27.32	Lower limb vessel anomaly	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q27	Anom other periph vascular system	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q28	Cerebrovascular anomaly	CARDIO	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q27.9	Spinal vessel anomaly	CARDIO	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
P29.3	Persistent fetal circ	CARDIO	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q28	Aneurysm, congenital	CARDIO	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q30.0	Choanal atresia	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q30	Nose anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q31.0	Laryngeal web	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q31	Laryngotrach anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q33.0	Congenital cystic lung	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q33	Agensis of lung	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q33.9	Lung anomaly NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q33.4	Congen bronchiectasia	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q34	Respiratory anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q35	Cleft palate NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q35.9	Unilat cleft palate-comp	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q35	Unilat cleft palate-inc	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q35	Bilat cleft palate-compl	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q35	Bilat cleft palate-inc	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q36.9	Cleft lip NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q36	Unilat cleft lip-compl	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q36.9	Unilat cleft lip-incompl	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q36	Bilat cleft lip-complete	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q36	Bilat cleft lip-incompl	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q37.9	Cleft palate & lip NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q37	Unil cleft palate/lip-com	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q37	Unil cleft palate/lip-inc	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas

Handwritten marks and scribbles on the left margin.

Handwritten mark on the left margin.

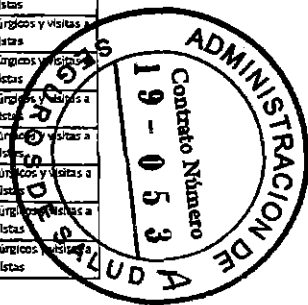


LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK-Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q37	Bilat cleft palat/ lip-com	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q37	Bilat cleft palat/ lip-loc	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q37	Cleft palate & lip NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q38.1	Tongue tie	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q38.2	Tongue anomaly NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q38.2	Cong macroglossia	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q38	Orn spec anomalies mouth and pharynx	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q38.6	Mouth anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q38.7	Diverticulum of pharynx	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q38.8	Pharyngeal anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q39	Cong esoph fistula/atres	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q39	Esophageal anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q40	Cong pyloric stenosis	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q40.1	Congenital hiatus hernia	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q40	Gastric anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q40.8	Upper GI anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q43.0	Meckel's diverticulum	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q41	Atresia small intestine	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q42	Atresia large intestine	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q43	Hirschsprung's disease	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q43.3	Anomalies of internal fixation	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q43	Intestinal anomaly NEC	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q44	Biliary & liver anom NOS	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q44	Biliary atresia	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q44.6	Cong cystic liver dis	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q44	Biliary & liver anom NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q45	Pancreas anomalies	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q45.9	Anom digestive syst NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q50	Anomalies of ovaries	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q50	Anom fallopian tubes/broad ligament	NNE	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas

A.A.H.

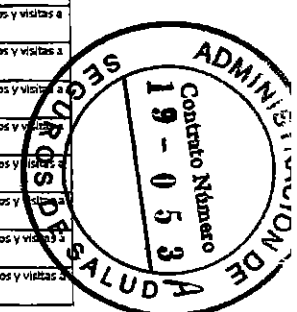
Plus



LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER_DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK-Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q50.5	Tubal/broad lig anom NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q50	Embryonic cyst of adnexa	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q50.6	Tubal/broad lig anom NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q51	Doubling of uterus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q51	Oth anomalies of uterus	NNE	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q51.0	Agenesis of uterus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q51.811	Hypoplasia of uterus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q51.4	Unicornuate uterus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q51.3	Bicornuate uterus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q51.2	Septate uterus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q51.810	Arcuate uterus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q51	Anomalies of uterus NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q52.9	Anom cervix, vagina, ext. genitalia	NNE	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q51	Cervix/tem gen anom NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q53	Undescended testis	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q53	Hipospadia/epispadia and oth penile anom	NNE	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q54	Hypospadias	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q54	Epispadias	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q54.4	Congenital chordee	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q55.62	Micropenis	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q55	Penile anomalies NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q56	Indeterminate sex	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q55	Oth spec anomalies of genitals	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q55.23	Scrotal transposition	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q55 (Male) Q52 (Female)	Anomalies of genital organs NOS (El código depende de sexo)	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q60	Renal agenesis	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q61	Cystic kidney disease	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q61	Cystic kidney disease NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q61	Congenital renal cyst	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q61.3	Polycystic kidney NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas

A.A.A.H.
P.S.M.

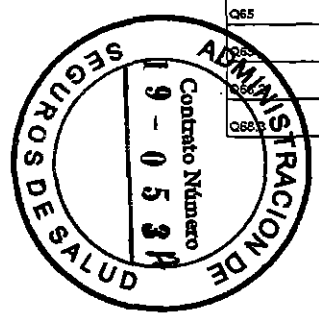


LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER_DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK -Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q61.2	Polycyst kid-autosom dom	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q61	Polycyst kid-autosom rec	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q61.4	Renal dysplasia	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q61.5	Medullary cystic kidney	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q61.5	Medullary sponge kidney	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q61.02	Cystic kidney disease NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q61.8	Obst. Defects renal pelvis, ureter	NNE	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q62.39	Obs difct ren plv&urt.NCS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q62.29	Congen obst uteroplv jnc	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q62	Cong obst ureteroves jnc	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q62	Congenital ureteroceles	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q62	Obst def ren plv&urt NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q63	Kidney anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q62	Ureteral anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q64	Bladder exstrophy	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q64	Congen urethral stenosis	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q64.4	Anomalies of urachus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q64	Cystourethral anom NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q67	Cong skull/face/jaw def	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q68.0	Congenital torticollis	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q76	Cong postural deformity	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q65	Cong hip disloc, unilat	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q65.1	Congen hip disloc, bilat	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q65	Cong hip sublux, unilat	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q65.4	Cong hip sublux, bilat	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q65	Cong hip disloc w sublux	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q65	Cong genu recurvatum	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q65	Cong genu recurvatum	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66	Cong knee dislocation	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q68.9	Congen bowing of femur	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas

A.H.A.H.

Handwritten signature

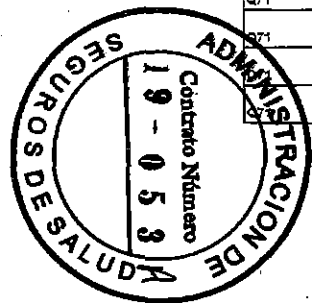


LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER_DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK -Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q68.4	Cong bowing tibiafibula	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q68.5	Cong bowing leg NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66	Varus deformities of foot	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q65	Talipes varus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66	Talipes equinovarus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66.0	Metatarsus primus varus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66.0	Metatarsus varus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66	Cong varus foot def NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66.4	Talipes valgus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66	Congenital pes planus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66.4	Talipes calcaneovalgus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66.6	Cong valgus foot def NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66.7	Talipes cavus	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q66	Cong foot deform NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q67.6	Pectus excavatum	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q67.7	Pectus carinatum	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q67	Nonteratogenic anem NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q70.4	Polydactyly NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q69	Polydactyly, fingers	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q68.2	Polydactyly, toes	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q70	Syndactyly, multiple/NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q70	Syndactyl fing-no fusion	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q70	Syndactyl fing w fusion	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q70	Syndactyl toe-no fusion	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q70	Syndactyl toe w fusion	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q71	Reduction deformities of upper limb	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q71	Reduc deform up limb NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q71	Transverse defic arm	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
	Combin longit defic arm	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
	Longitud defic radius	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas

A.A.A.H

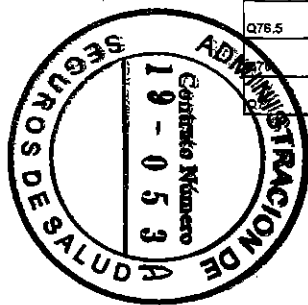
Pues



LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER_DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK-Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q71	Longitudinal defic una	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q71	Longitud defic phalanges	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q71	Reduction deformities of lower limb	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q71	Reduction deform leg NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q71	Transverse defic leg	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q71	Longitudinal defic femur	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q72	Tibiofibula longit defic	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q72	Longitudin defic fibula	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q73	Reduct deform limb NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q74	Oth anom of upper limb, shoulder girdle	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q87.0	Acrocephalosyndactyly	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q74	Oth anom of lower limb, pelvic girdle	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q74.8	Accessory carpal bones	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q74.0	Macrodactyly (fingers)	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q71	Congenital cleft hand (Utilice la especificidad del lado)	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q74	Upper limb anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q74	Lower limb anomaly NOS	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q65.81	Congenital coxa valga	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q68.2	Cong knee deformity	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q75	Anomal skull/face bones	Oral/Max	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q76.49	Anomaly of spine NOS	NeuroSx	No específico		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q76.2	Lumbosacr spondylolysis	NeuroSx	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q76.2	Spondylolsthesis	NeuroSx	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q76	Cong absence of vertebra	NeuroSx	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q76	Hemivertebra	NeuroSx	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q76.49	Congen fusion of spine	NeuroSx	SURG		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q76.1	Klippel-Feil syndrome	NeuroSx	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q76.5	Cervical rib	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
	Rib & sternum anomal NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
	Chondrodystrophy	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas

A.H.A.H.
Punk

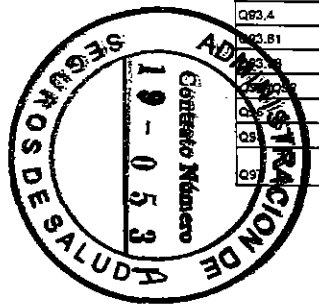


LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER_DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK-Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q78.0	Osteogenesis imperfecta	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q78.2	Osteopetrosis	NNE	Congénita	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q78.3	Osteopikloleis	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q78.1	Polyostotic fibros dyspl	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q77.6	Chondroectoderm dysplasia	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q78.3	Mult epiphyseal dysplasia	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q78	Osteodystrophy NEC	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q79	Anomalies of diaphragm	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q79.51	Phune belly syndrome	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q79.2	Omphalocele	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q79	Gastroschisis	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q79.3	Congen anomal abd wall NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q79.6	Ehlers-danlos syndrome	NNE	Congénito	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q82.0	Hereditary edema of legs	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q80	Ichthyosis congenita	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q82.8	Dermatoglyphic anomalies	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q82.4	Cong ectodermal dysplasia	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q82.5	Vascular hamartomas	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q82	Cong skin pigment anomal	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q81	Skin anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierto por excepción	Código no registra, solo por excepción
Q84	Hair anomalies NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierto por excepción	Código no registra, solo por excepción
Q84	Nail anomalies NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierto por excepción	Código no registra, solo por excepción
7576	Cong breast anomaly NEC	NNE	Congénito		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Chromosome anomalies							
Q90	Down's syndrome	NNE	Genético	✓		Cubierta Total	Todo
Q91	Patau's syndrome	NNE	Genético	✓		Cubierta Total	Todo
Q91	Edwards' syndrome	NNE	Genético	✓		Cubierta Total	Todo
Q92.4	Cri-du-chat syndrome	NNE	Genético	✓		Cubierta Total	Todo
Q92.81	Veilo-cardio-facial synd	NNE	Genético	✓		Cubierta Total	Todo
Q92.82	Other microdeletions	NNE	Genético	✓		Cubierta Total	Todo
Q92.83	Autosomal anomalies NEC	NNE	Genético	✓		Cubierta Total	Todo
Q92.84	Gonadal dysgenesis	NNE	Genético	✓		Cubierta Total	Todo
Q93	Klinefelter's syndrome	NNE	Genético	✓		Cubierta Total	Todo
Q93	Other cond due to sex chrom	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas

A.H.A.H.

plum

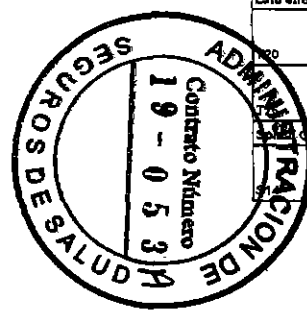


LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK-Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
Q99.9	Conditions due to chromosome anomaly, NOS	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q89.01	Anomalies of spleen	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q89.1	Adrenal gland anomaly	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Other and unspecified congenital anomalies							
Q89.09	Anomalies of spleen	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q89.2	Endocrine anomaly NEC	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q89.3	Situs inversus	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q89.4	Conjoined twins	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q85.1	Tuberous sclerosis	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q85	Hamartomas NEC	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q89.7	Multi congen anomaly NEC	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q87.1	Prader-will syndrome	NNE	Genético	✓		Cubierta Total	Todo
Q87	Marfan syndrome	NNE	Genético	✓		Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Q99.2	Fragile x syndrome	NNE	Genético	✓		Cubierta Total	Todo
E78	Specified cong anomaly NEC	NNE	Genético	✓		Cubierta por excepción	Código no registra, solo por excepción
Certain conditions originating in the Perinatal Period							
P043	Fetal alcohol syndrome	NNE	Perinatal	✓		Cubierta Total	Todo
P0700/P07001	Extreme immature wtNOS	NNE	Perinatal	✓		Cubierta Total	Todo
P04	Brach plexus inj-birth	NNE	Perinatal		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
P84	Birth asphyxia NOS	NNE	Perinatal	✓		Cubierta Total	Todo
P14	Intravent hemorrhage (Grade IV)	NNE	Perinatal	✓		Cubierta Total	Todo
P57	NB kernicterus	NNE	Perinatal	✓		Cubierta Total	Todo
P912	Periventric leukomalacia	NNE	CNS	✓		Cubierta Total	Todo
Symptoms, Signs and ill-Defined Conditions							
R62	Lack norm physio dev NOS	NNE	Desarrollo		✓	Cubierta Parcial	Visitas a especialistas
R6251	Failure to thrive-child	NNE	Desarrollo		✓	Cubierta Parcial	Visitas a especialistas
R620	Delayed milestones	NNE	Desarrollo		✓	Cubierta Parcial	Visitas a especialistas
R6252	Short stature	NNE	Desarrollo	✓		Cubierta Parcial	Visitas a especialistas
R491	Aphonia	NNE	Desarrollo-Habla		✓	Cubierta Parcial	Visitas a especialistas
Late effects of Injuries, Poisonings, Toxic Effects and Other External Causes							
S80	Late effect of burn NOS	NNE	Quemaduras		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
S81	Burn eye & adnexa NOS	NNE	Quemaduras		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas
Spinal Cord Injury							
S72	Spinal cord injury NOS	NNE	Msk		✓	Cubierta Parcial	Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas

A.A.A.H

Plaza



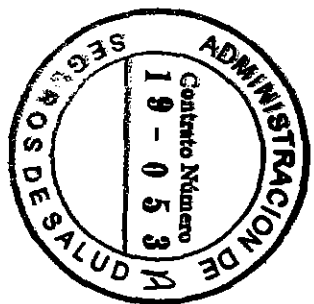
LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES
 DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

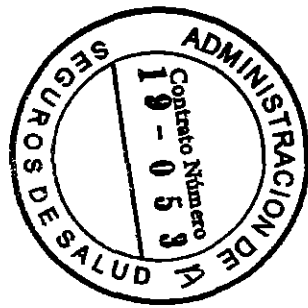
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK-Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
-----------------------------------	----------------------------	------------------	----------------	--	------------------------------------	----------	--

Nota: Se utilizaron los códigos padre en las condiciones que necesitan de las especificidades de la condición por ejemplo, leg and righ, Uper right, congenital, other specified, unspecified.
 La codificación en ICD10CM no aumenta el número de enfermedades, determina la especificidad misma de la enfermedad.

A.A.A.H.

plink





LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE ADULTOS CON CUBIERTA ESPECIAL
 DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

Nota: Se utilizaron los códigos padre en las condiciones que necesitan de las especificidades de la condición según el diagnóstico final del criterio médico; como por ejemplo, leg and righ, Uper right, congenital, other specified, unspecified. La codificación en ICD10CM no aumenta el número de enfermedades, determina la especificidad misma de la enfermedad.

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	Coverage Adults	Comentarios
Anemia Aplástica		
D61.9	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Artritis Reumatoide		
M05	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Cancer		
Range: C00 - C43, C4A, C44 - C75, C7A - C7B, C80 - C96, D00 - D09, D37 - D44, D47, D48 - D49, E31, E34, G13, G73	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Cancer de Piel Carcinoma INSITU		
D04	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Cancer de piel como melanoma invasivo o los de Celulas Escamosa (Con evidencia de Metástasis)		
C44.92	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Enfermedad Renal Crónica		
N18.1	A. Nivel 1 y 2	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
N18.3	B. Nivel 3 y 4	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
N18.5	C. Nivel 5 y 6	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Escleroderma		
M34	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Esclerosis Multiple		
G35	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Esclerosis Lateral Amiotrofica		
G12.21	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Fibrosis Quística		
E84.0	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Hemofilia		
D65, D66, D67, D68	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Lepra		
A30	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Lupus Eritematoso Sistemico		
M32.9	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
Obstetricia		
Range: O00-O09A, Z33 - Z37, Z39	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico

A.A.A.
 P

LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE ADULTOS CON CUBIERTA ESPECIAL
 DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	Coverage Adults	Comentarios
Tuberculosis		
Range A 15 - A18	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico
HIV-SIDA		
B20, B97, O98, Z11, Z20, Z21, Z71, Z83	Special Coverage	Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico

Nota: Se utilizaron los códigos padre en las condiciones que necesitan de las especificidades de la condición por ejemplo, leg and righ, Uper right, congenital, other specified, unspecified.
 La codificación en ICD10CM no aumenta el número de enfermedades, determina la especificidad misma de la enfermedad.

A.A.A.H.

puer



LISTA DE DIAGNOSTICOS HIV
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)



Nota: Se utilizaron los códigos padre en las condiciones que necesitan de las especificidades de la condición según el diagnóstico final del criterio médico. La codificación en ICD10CM no aumenta el número de enfermedades, determina la especificidad misma de la enfermedad.

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	Description	Comments
Z00.00	Routine general medical examination at a health care facility	Encounter For General Adult Medical Exam W/O Abnormal Findings
Z00.01	Routine general medical examination at a health care facility	Encounter For General Adult Medical Exam W Abnormal Findings
Z11.4	Special screening for other specified viral diseases	Encounter For Screening For Human Immunodeficiency Virus
Z11.59	Special screening for other specified viral diseases	Encounter For Screening For Other Viral Diseases
Z72.0	Other problems related to lifestyle	Tobacco Use
Z72.821	Other problems related to lifestyle	Inadequate Sleep Hygiene
Z72.89	Other problems related to lifestyle	Other Problems Related To Lifestyle
Z73.0	Other problems related to lifestyle	Burn-Out
Z73.1	Other problems related to lifestyle	Type A Behavior Pattern
Z73.2	Other problems related to lifestyle	Lack Of Relaxation And Leisure
Z73.3	Other problems related to lifestyle	Stress, Not Elsewhere Classified
Z71.7	HIV counseling	Human Immunodeficiency Virus [Hiv] Counseling
Z21	Asymptomatic HIV infection status	Asymptomatic Human Immunodeficiency Virus Infection Status
B20	HIV disease	Human Immunodeficiency Virus [Hiv] Disease

Nota: Se utilizaron los códigos padre en las condiciones que necesitan de las especificidades de la condición.



Revisados octubre 2015 elaboración Departamento de Salud

pink
A.A.A.H.

QUALITY PROGRAM INCENTIVE
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)



A.H. A.H.



Quality Prog_Incen 2015

PLW

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	ICD-10-DESCRIPTION
O24011	Pre-existing diabetes mellitus, type 1, in pregnancy, first trimester
O24012	Pre-existing diabetes mellitus, type 1, in pregnancy, second trimester
O24013	Pre-existing diabetes mellitus, type 1, in pregnancy, third trimester
O24019	Pre-existing diabetes mellitus, type 1, in pregnancy, unspecified trimester
O2402	Pre-existing diabetes mellitus, type 1, in childbirth
O2403	Pre-existing diabetes mellitus, type 1, in the puerperium
O24111	Pre-existing diabetes mellitus, type 2, in pregnancy, first trimester
O24112	Pre-existing diabetes mellitus, type 2, in pregnancy, second trimester
O24113	Pre-existing diabetes mellitus, type 2, in pregnancy, third trimester
O24119	Pre-existing diabetes mellitus, type 2, in pregnancy, unspecified trimester
O2412	Pre-existing diabetes mellitus, type 2, in childbirth
O2413	Pre-existing diabetes mellitus, type 2, in the puerperium
O24311	Unspecified pre-existing diabetes mellitus in pregnancy, first trimester
O24312	Unspecified pre-existing diabetes mellitus in pregnancy, second trimester
O24313	Unspecified pre-existing diabetes mellitus in pregnancy, third trimester
O24319	Unspecified pre-existing diabetes mellitus in pregnancy, unspecified trimester
O2432	Unspecified pre-existing diabetes mellitus in childbirth
O2433	Unspecified pre-existing diabetes mellitus in the puerperium
O24811	Other pre-existing diabetes mellitus in pregnancy, first trimester
O24812	Other pre-existing diabetes mellitus in pregnancy, second trimester
O24813	Other pre-existing diabetes mellitus in pregnancy, third trimester
O24819	Other pre-existing diabetes mellitus in pregnancy, unspecified trimester
O2482	Other pre-existing diabetes mellitus in childbirth
O2483	Other pre-existing diabetes mellitus in the puerperium
O24911	Unspecified diabetes mellitus in pregnancy, first trimester
O24912	Unspecified diabetes mellitus in pregnancy, second trimester
O24913	Unspecified diabetes mellitus in pregnancy, third trimester
O24919	Unspecified diabetes mellitus in pregnancy, unspecified trimester
O2492	Unspecified diabetes mellitus in childbirth
O2493	Unspecified diabetes mellitus in the puerperium
I25812	Atherosclerosis of bypass graft of coronary artery of transplanted heart without angina pectoris
I253	Aneurysm of heart
I2541	Coronary artery aneurysm
I2542	Coronary artery dissection
I2582	Chronic total occlusion of coronary artery
I2583	Coronary atherosclerosis due to lipid rich plaque
I2589	Other forms of chronic ischemic heart disease
I259	Chronic ischemic heart disease, unspecified
F0150	Vascular dementia without behavioral disturbance
F0151	Vascular dementia with behavioral disturbance
F0390	Unspecified dementia without behavioral disturbance
F0391	Unspecified dementia with behavioral disturbance
F05	Delirium due to known physiological condition
F060	Psychotic disorder with hallucinations due to known physiological condition
F061	Catatonic disorder due to known physiological condition
F062	Psychotic disorder with delusions due to known physiological condition
F0630	Mood disorder due to known physiological condition, unspecified
F0631	Mood disorder due to known physiological condition with depressive features
F0632	Mood disorder due to known physiological condition with major depressive-like episode
F0633	Mood disorder due to known physiological condition with manic features
F0634	Mood disorder due to known physiological condition with mixed features
F064	Anxiety disorder due to known physiological condition
F068	Other specified mental disorders due to known physiological condition
F04	Amnesic disorder due to known physiological condition
F0280	Dementia in other diseases classified elsewhere, without behavioral disturbance
F0281	Dementia in other diseases classified elsewhere, with behavioral disturbance
F200	Paranoid schizophrenia
F201	Disorganized schizophrenia
F202	Catatonic schizophrenia
F203	Undifferentiated schizophrenia
F205	Residual schizophrenia
F2091	Schizophreniform disorder
F2089	Other schizophrenia

A.H. A.H.

QUALITY PROGRAM INCENTIVE
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)



primo

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	ICD-10-DESCRIPTION
F209	Schizophrenia, unspecified
F21	Schizotypal disorder
F22	Delusional disorders
F23	Brief psychotic disorder
F24	Shared psychotic disorder
F250	Schizoaffective disorder, bipolar type
F251	Schizoaffective disorder, depressive type
F258	Other schizoaffective disorders
F259	Schizoaffective disorder, unspecified
F3010	Manic episode without psychotic symptoms, unspecified
F3011	Manic episode without psychotic symptoms, mild
F3012	Manic episode without psychotic symptoms, moderate
F3013	Manic episode, severe, without psychotic symptoms
F302	Manic episode, severe with psychotic symptoms
F303	Manic episode in partial remission
F304	Manic episode in full remission
F308	Other manic episodes
F309	Manic episode, unspecified
F310	Bipolar disorder, current episode hypomanic
F3110	Bipolar disorder, current episode manic without psychotic features, unspecified
F3111	Bipolar disorder, current episode manic without psychotic features, mild
F3112	Bipolar disorder, current episode manic without psychotic features, moderate
F3113	Bipolar disorder, current episode manic without psychotic features, severe
F312	Bipolar disorder, current episode manic severe with psychotic features
F3130	Bipolar disorder, current episode depressed, mild or moderate severity, unspecified
F3131	Bipolar disorder, current episode depressed, mild
F3132	Bipolar disorder, current episode depressed, moderate
F314	Bipolar disorder, current episode depressed, severe, without psychotic features
F315	Bipolar disorder, current episode depressed, severe, with psychotic features
F3160	Bipolar disorder, current episode mixed, unspecified
F3161	Bipolar disorder, current episode mixed, mild
F3162	Bipolar disorder, current episode mixed, moderate
F3163	Bipolar disorder, current episode mixed, severe, without psychotic features
F3164	Bipolar disorder, current episode mixed, severe, with psychotic features
F3170	Bipolar disorder, currently in remission, most recent episode unspecified
F3171	Bipolar disorder, in partial remission, most recent episode hypomanic
F3172	Bipolar disorder, in full remission, most recent episode hypomanic
F3173	Bipolar disorder, in partial remission, most recent episode manic
F3174	Bipolar disorder, in full remission, most recent episode manic
F3175	Bipolar disorder, in partial remission, most recent episode depressed
F3176	Bipolar disorder, in full remission, most recent episode depressed
F3177	Bipolar disorder, in partial remission, most recent episode mixed
F3178	Bipolar disorder, in full remission, most recent episode mixed
F3181	Bipolar II disorder
F3189	Other bipolar disorder
F319	Bipolar disorder, unspecified
F320	Major depressive disorder, single episode, mild
F321	Major depressive disorder, single episode, moderate
F322	Major depressive disorder, single episode, severe without psychotic features
F323	Major depressive disorder, single episode, severe with psychotic features
F324	Major depressive disorder, single episode, in partial remission
F325	Major depressive disorder, single episode, in full remission
F328	Other depressive episodes
F329	Major depressive disorder, single episode, unspecified
F330	Major depressive disorder, recurrent, mild
F331	Major depressive disorder, recurrent, moderate
F332	Major depressive disorder, recurrent severe without psychotic features
F333	Major depressive disorder, recurrent, severe with psychotic symptoms
F3340	Major depressive disorder, recurrent, in remission, unspecified
F3341	Major depressive disorder, recurrent, in partial remission
F3342	Major depressive disorder, recurrent, in full remission
F338	Other recurrent depressive disorders
F339	Major depressive disorder, recurrent, unspecified
F22	Delusional disorders
F4000	Agoraphobia, unspecified
F4001	Agoraphobia with panic disorder
F4002	Agoraphobia without panic disorder
F4010	Social phobia, unspecified
F4011	Social phobia, generalized
F40210	Arachnophobia

A. H. A. H.

QUALITY PROGRAM INCENTIVE
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)



plm

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	ICD-10-DESCRIPTION
F40218	Other animal type phobia
F40220	Fear of thunderstorms
F40228	Other natural environment type phobia
F40230	Fear of blood
F40231	Fear of injections and transfusions
F40232	Fear of other medical care
F40233	Fear of Injury
F40240	Claustrophobia
F40241	Acrophobia
F40242	Fear of bridges
F40243	Fear of flying
F40248	Other situational type phobia
F40290	Androphobia
F40291	Gynephobia
F40298	Other specified phobia
F408	Other phobic anxiety disorders
F409	Phobic anxiety disorder, unspecified
F410	Panic disorder (episodic paroxysmal anxiety) without agoraphobia
F411	Generalized anxiety disorder
F413	Other mixed anxiety disorders
F418	Other specified anxiety disorders
F340	Cyclothymic disorder
F42	Obsessive-compulsive disorder
F341	Dysthymic disorder
F348	Other persistent mood [affective] disorders
F349	Persistent mood [affective] disorder, unspecified
F39	Unspecified mood [affective] disorder
F488	Other specified nonpsychotic mental disorders
F481	Depersonalization-derealization syndrome
F600	Paranoid personality disorder
F601	Schizoid personality disorder
F602	Antisocial personality disorder
F603	Borderline personality disorder
F604	Histrionic personality disorder
F605	Obsessive-compulsive personality disorder
F606	Avoidant personality disorder
F607	Dependent personality disorder
F6081	Narcissistic personality disorder
F6089	Other specific personality disorders
F609	Personality disorder, unspecified
F341	Dysthymic disorder
F520	Hypoactive sexual desire disorder
F521	Sexual aversion disorder
F5221	Male erectile disorder
F5222	Female sexual arousal disorder
F5231	Female orgasmic disorder
F5232	Male orgasmic disorder
F524	Premature ejaculation
F525	Vaginismus not due to a substance or known physiological condition
F526	Dyspareunia not due to a substance or known physiological condition
F528	Other sexual dysfunction not due to a substance or known physiological condition
F529	Unspecified sexual dysfunction not due to a substance or known physiological condition
F918	Other conduct disorders
F911	Conduct disorder, childhood-onset type
F909	Attention-deficit hyperactivity disorder, unspecified type
F800	Phonological disorder
F801	Expressive language disorder
F802	Mixed receptive-expressive language disorder
F803 G40.802 (S1)	Acquired aphasia with epilepsy (Landau-Kleffner) NO
F804	Speech and language development delay due to hearing loss
F8081	Childhood onset fluency disorder
F8089	Other developmental disorders of speech and language
F809	Developmental disorder of speech and language, unspecified
F82	Specific developmental disorder of motor function
F88	Other disorders of psychological development
F89	Unspecified disorder of psychological development



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)



CARTA NORMATIVA 15-0612
(Enmendando la #09-0505A)

12 de junio de 2015

**A LAS ENTIDADES DE SALUD CONTRATADAS, GRUPOS MEDICOS PRIMARIOS, Y
PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO (PSG)**

**PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE
CON DIAGNOSTICO POSITIVO DE VIH/SIDA**

La Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos adscrita a la Administración de Seguros de Salud (ASES), ha determinado actualizar el protocolo clínico que se utiliza para solicitar la cubierta especial y estandarizar el servicio que se proveerá a todo beneficiario diagnosticado con la condición de VIH/SIDA.

Los procedimientos aquí establecidos serán efectivos a la fecha en la que fue emitida esta normativa, los mismos se detallan a continuación:

- A.H. A.H.*
para
- A. **Procedimiento para personas que no son beneficiarios del PSG y que son diagnosticados por primera vez con VIH/SIDA:**
 - a. El personal diestro que labora en los Centros CPTETS del Departamento de Salud, Centros Clínicos especializados en el manejo de pacientes VIH/SIDA o cualquier Organización Comunitaria ya sea pública o privada que reciban fondos Ryan White Partes A, B/ADAP, C y D en adelante denominadas clínicas o centros especializados en VIH/SIDA, serán responsables de proveer el acceso a cualquier persona interesada en realizarse una prueba para la detección del virus del VIH.
 - b. En caso de haber un diagnóstico de VIH, el manejador de caso o el personal diestro designado será el responsable de orientar a la persona acerca de los servicios provistos por alguna de las clínicas o centros especializados en VIH/SIDA.
 - c. El manejador de caso o personal diestro orientará a la persona sobre los servicios que el PSG provee para su condición de salud. Además, el manejador de caso o personal diestro coordinará la cita de la persona con la Oficina de Medicaid para la evaluación de elegibilidad para el PSG e indicarle los documentos que debe presentar el día de su cita y que son necesarios para el proceso, además coordinará una cita de seguimiento en la clínica o centro especializado en VIH/SIDA que la persona elija para tratar la condición.
 - B. **Procedimiento para personas diagnosticada por primera vez con VIH/SIDA y que a su vez son elegibles por primera vez en el PSG:**
 - a. El programa Medicaid luego de evaluar a la persona y determinar que es elegible para recibir servicios de salud a través del PSG emitirá el documento conocido como MA-10 y el beneficiario será orientado a acudir a la oficina regional de la entidad de salud correspondiente a su área geográfica para completar el proceso de elegibilidad bajo el PSG.



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
P U E R T O R I C O

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

- Una vez el asegurado complete el proceso de elegibilidad con la entidad de salud de la región a que pertenezca, podrá comenzar a recibir servicios. La fecha de efectividad de la elegibilidad debe coincidir con la que otorga el programa Medicaid.
- b. El manejador de caso, médico primario (PCP) o médico tratante de VIH procederá a tramitar la cubierta especial del beneficiario enviando a la entidad de salud correspondiente el formulario aprobado por la ASES para dicho propósito, firmado por el médico (PCP) o cualquier médico tratante de VIH, la evidencia de que la persona ha sido elegible para el PSG de acuerdo al protocolo clínico para registro de condiciones especiales revisado, ver (tabla 1), además de una copia de la MA-10 o copia de la tarjeta de plan médico de estar disponible y una copia de la identificación con foto del beneficiario.
 - c. Una vez la entidad de salud reciba los documentos en donde se solicita la cubierta especial para el beneficiario, la carta de cubierta especial, deberá ser emitida en un periodo no mayor de 72 horas laborables según se establece en el contrato y conforme a las instrucciones impartidas por la ASES en donde se establece que esta no deberá tener fecha de expiración. La carta de cubierta especial será enviada por correo regular al beneficiario y al manejador de caso de la clínica o centro especializado en VIH/SIDA que realizó la solicitud. De igual manera la entidad de salud será la responsable de asegurarse que la cubierta especial ha sido registrada en su sistema de manera tal que garantice que le serán prestados todos los servicios de salud al beneficiario.
 - d. La entidad de salud será responsable de activar la cubierta de farmacia para que el beneficiario pueda acceder a sus medicamentos en cuanto le sean recetados conforme a la cubierta del PSG. En los casos en los que el beneficiario del PSG posea un plan médico privado, este deberá gestionar una carta o certificación de dicho plan médico en la cual indique si el mismo tiene o no cubierta de farmacia. En cuyo caso, el plan médico privado tenga cubierta de farmacia, la carta deberá contener el detalle de la cubierta, incluyendo si cubre medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA. Será responsabilidad del beneficiario entregar dicha carta al manejador de caso de la clínica o centro especializado en VIH/SIDA en donde recibirá servicios quien a su vez enviará la misma al Departamento de Farmacia de la entidad de salud o el beneficiario podrá acudir a la oficina regional de la entidad de salud a hacer entrega de la carta. De esta forma se garantiza que el beneficiario pueda tener acceso a los medicamentos para tratar la condición de VIH/SIDA permitiendo a su vez la coordinación de servicios. ASES se reserva el derecho de auditar a la entidad de salud para garantizar que las cubiertas de farmacia de los beneficiarios se encuentren activas y se esté realizando la coordinación de beneficios en los casos en los cuales aplique.
 - e. Se entiende que el grupo médico primario (GMP) no tiene exclusividad y ha tenido una intervención limitada en el proceso de solicitar la cubierta especial a cualquier beneficiario diagnosticado con VIH/SIDA. Sin embargo, se reconoce la función de orientación por parte del PCP para garantizar el acceso al servicio en alguna de las clínicas o centros especializados en VIH/SIDA debido a que el riesgo de la cubierta especial es de la entidad.

A. H. A. H.
para





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)



C. Procedimiento para beneficiarios que hayan perdido su elegibilidad:

La cubierta especial se mantendrá efectiva mientras el beneficiario se mantenga elegible al PSG. Si el beneficiario pierde su elegibilidad y vuelve a certificarse como elegible en un periodo no mayor de seis (6) meses, entonces la cubierta especial será reactivada sin necesidad de realizarse nuevas pruebas diagnósticas, evaluaciones o sin el envío de documentos según establecidos en el protocolo clínico aprobado por ASES. Cuando el periodo sin elegibilidad exceda los seis (6) meses, el manejador de caso, PCP o médico tratante de VIH que le provee servicios al beneficiario, estará obligado a enviar a la aseguradora una certificación del tratamiento actual.

D. Acceso a servicio y manejo de recetas:

- a. No es requisito que las recetas expedidas a estos pacientes sean otorgadas por un médico infectólogo. Estas pueden ser expedidas por un médico tratante de VIH o cualquier otro médico que preste sus servicios en alguna de las clínicas o centros especializados en VIH/SIDA siempre y cuando se encuentre debidamente acreditado por la entidad de salud para ofrecer servicios para el PSG.
- b. Será responsabilidad de cada entidad de salud notificar al PBM de todo médico contratado y que esté autorizado a tratar beneficiarios con VIH/SIDA de manera tal que el mismo sea reconocido por el sistema, garantizando el acceso a los medicamentos recetados por estos proveedores.
- c. Las clínicas o centros especializados en VIH/SIDA serán responsables de mantener a los proveedores que prestan sus servicios credencializados con las entidades de salud de acuerdo a lo establecido contractualmente entre ambas partes.
- d. Las entidades de salud serán responsables de configurar en sus sistemas a todo paciente diagnosticado por primera vez con VIH/SIDA así como también a todo paciente existente en registro, garantizando así que estos accedan a los servicios médicos que necesitan para tratar su condición sin necesidad de referido y a los medicamentos incluidos en la cubierta de farmacia del PSG.
- e. Todas las entidades de salud contratadas para brindar servicios bajo el PSG están obligadas a contratar a todas las clínicas o centros especializados en VIH/SIDA sean públicas o privadas y aunque no se encuentre en el área geográfica a la cual prestan servicio.
- f. Las entidades de salud serán responsables de circular esta carta normativa y educar a todo el personal de los Departamentos de Farmacia, Manejo de Casos, o cualquier otro personal que ofrezca servicio directo a los beneficiarios del PSG Centros de Servicio al beneficiario ubicados en oficinas centrales como en oficinas regionales diagnosticados con VIH/SIDA de manera tal que se garantice el acceso.

E. Excepciones:

- a. Cuando el beneficiario se encuentre en estado crítico de salud debido a su condición de VIH/SIDA o haya perdido su elegibilidad y sea necesario medicarlo de forma inmediata según criterio clínico, el Programa ADAP o cualquiera de las clínicas o centros especializados en VIH/SIDA que son recipientes de fondos Ryan White A, B/ADAP, C o D, proveerán los medicamentos al beneficiario, si este cumple con los criterios de elegibilidad establecidos por dicha ley, previo a someterse al proceso de elegibilidad de Medicaid, y conforme a la disponibilidad de fondos.

A. H. A. H.
Plus



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

- b. El costo de los medicamentos que hayan sido despachados a cualquier paciente en una fecha previa a ser certificado en la cubierta especial del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, podría ser responsabilidad de ADAP o de cualquiera de los centros clínicos y organizaciones comunitarias públicas/privadas que son recipientes (grantees) o sub-recipientes (sub-grantees) de fondos bajo la Ley Ryan White Partes A, B, C y D, según enmendada, siempre y cuando dicho paciente haya resultado elegible bajo la Ley Ryan White. Sin embargo, el costo recaerá en ASES desde la fecha en que se otorgó la elegibilidad bajo la cubierta especial del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Esta excepción se establece para que los recipientes y sub-recipientes de fondos bajo la Ley Ryan White cumplan con el precepto legal del pagador de último recurso (payer of last resort), establecido en dicha ley.
- c. El despacho de los inhibidores de proteasa a la población elegible al PSG será responsabilidad del Departamento de Salud (ADAP) según el *Puerto Rico Medicaid State Plan*, así como su costo.
- d. Si el beneficiario tuviera otro plan de salud y resultara elegible al PSG, según el artículo VI-Secondary Payor del contrato suscrito entre ASES y las entidades de salud, la cubierta especial se activará cuando se agote la cubierta que tenga (farmacia, laboratorios, entre otros) de cualquier otro plan primario que posea brindando los mismos servicios comprendidos en esta cubierta.

A. H. A. H.

Primer

De tener alguna pregunta relacionado a esta normativa deberá comunicarse con la Sra. Milagros Soto Mejía de la Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos de ASES, a través del siguiente correo: msoto@asespr.org. Se adjunta el protocolo revisado y aprobado para el manejo del paciente VIH/SIDA bajo cubierta especial.

Cordialmente;

William Ruiz Alejandro
Director
Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos



C: Dra. Ana Rius Armendáriz, Secretaria del Departamento de Salud de Puerto Rico
Ing. Ricardo Rivera Cardona-Director Ejecutivo de ASES
Lcda. Sandra V. Peña Pérez-Sub directora Ejecutiva de ASES

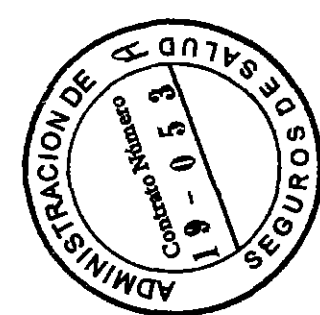
Anejos:

Tabla 1: Protocolo para el manejo del paciente VIH/SIDA

Tabla 1
 CARTA NORMATIVA 15-0612
 (Enmendando la #09-0505A)

Condición Especial	Criterios de Diagnósticos definitivos para inclusión en la cubierta	Efectividad y duración de la Cubierta Especial	Servicios incluidos en Cubierta Especial	Asignación de Riesgos
VIH/SIDA	<p>A- Evidencia del resultado de alguno de los siguientes laboratorios;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Western Blot positivo 2- Carga Viral VIH 3- Prueba de 4ta generación positiva con validación de subtipos de anticuerpos o antígeno para infección aguda. <p>El registro puede solicitarse por uno de los siguientes proveedores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico primario • Médico de clínica de VIH/SIDA • Manejador de Caso de Clínica de VIH/SIDA 	<p>Efectividad: la cubierta dará comienzo desde la fecha en la cual se establece el diagnóstico definitivo.</p> <p>Duración: la cubierta especial para todo paciente con VIH/SIDA estará vigente mientras se mantenga elegible en el PSG.</p>	<p>Todo tipo de servicio mientras este activo en el registro.</p>	<p>Aseguradora: servicios incluidos para la condición en cubierta especial o cualquier otro servicio contemplado bajo cubierta especial independientemente de esta categoría diagnóstica.</p> <p>GMP/PCP: recibe capitación mensual correspondiente al asegurado, según establecido en modelo de contratación del MCO.</p>

M. V. V. V.
M. V. V. V.





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

Carta Normativa 17-0619

19 de junio de 2017



A: Entidades de Salud contratadas bajo *Mi Salud*

Asunto: Nuevas Instrucciones sobre depósito J-Codes

Actualmente, se les requiere a las entidades contratadas bajo *Mi Salud* que sometan los datos relacionados a los medicamentos con *Códigos J*, según establecido en la Carta Normativa 16-1129. Comenzando con este trimestre (Q4) en adelante, todas las entidades deberán depositar los J-Codes en el FTP de ASES, y también en el FTP de la compañía Abarca. Para facilitar y uniformar el proceso, se creó un archivo en el *Share File (FTP)* en Abarca para que cada entidad deposite sus Informes en cumplimiento con las siguientes instrucciones:

- Enviar a Abarca y a la ASES la utilización trimestral por la parte médica de los productos de marca (Códigos J) estipulados en la normativa usando el formato (file layout) que se incluye en el anejo 1.
- Depositar los archivos no más tarde de 15 días posteriores al cierre del trimestre.
 - Fecha Límite:
 - Q1: 15 de abril
 - Q2: 15 de julio
 - Q3: 15 de octubre
 - Q4: 15 de enero
- Identificar los reportes a ser depositados con la siguiente nomenclatura: JCODES, año, mes y número de versión.
 - JCODESAAMMV#

Ejemplo: JCODES1701V1
- La dirección del FTP de Abarca es: **ftp.abarcahealth.com**. En el FTP de Abarca encontrará un archivo colocado con el nombre de J-Code & Rebates en el que realizará el depósito.

A. H. A. H.
puma



- Cada entidad recibirá individualmente su Información de *username* y *password*. Igualmente, se le hará llegar el documento *Installation Instructions FileZilla Open Source Software* el cual contiene las instrucciones de cómo configurar el FTP para conectarse al servidor de Abarca.

El incumplimiento del depósito de este informe por parte de las entidades contratadas bajo Plan de Salud del Gobierno puede suponer multas y sanciones por parte de ASES.

De tener dudas relacionadas al informe de *J-Codes*, puede comunicarse con la licenciada Nayda Rivera, de Abarca, llamando al 787-523-1225, o enviando correo electrónico a Nayda.Rivera@AbarcaHealth.com. Agradecemos el respaldo de todas las entidades contratadas por *Mi Salud* en la implementación de estas instrucciones y el envío inmediato de los datos de los *códigos J* que puedan adeudar.

Cordialmente,

A.H. A.H. Milagros Soto Mejía

Milagros Soto Mejía, MHSA, MMHC
Directora Interina
Oficina de Planificación, Calidad y Asuntos Clínicos

anejos (2)

- PLW*
- c Nayda Rivera, Abarca Health
Nélida Luna, MC-21
Jesús Hernández, Director de Cumplimiento, ASES





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
 Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
 Directora Ejecutiva

Carta Normativa 18-0813

Fecha: 13 de agosto de 2018

A: Todas las Entidades Contratadas,
 Administrador del Beneficio de Farmacia (PBM),
 Administrador del Beneficio de Farmacia (PPA),
 Grupos Médicos Primarios,
 Proveedores Participantes del Plan de Salud de Gobierno (PSG)-Mi Salud



Asunto: Nueva Instrucción sobre depósito data de J-Codes

Esta nueva normativa deja sin efecto y sustituye las Cartas Normativas 16-1129 y 17-0619. Efectivo inmediato se requiere a todas las aseguradoras contratadas del PSG-Mi Salud:

*A.A.A.H.
 P.L.M.*

1. Que depositen toda la data de medicamentos J- Codes administrados a los beneficiarios del PSG.
2. Depositará la data en el "Share File" (FTP) de ASES y también en el FTP de la compañía Abarca Health. La dirección del FTP de Abarca Health es: <ftp.abarcahealth.com>. En el FTP de esta compañía encontrará un archivo colocado con el nombre de: *J-Code & Rebates* en el que realizará el depósito. El archivo se preparará utilizando el formato que se incluye como anejo de esta normativa. Cada entidad recibirá individualmente su información de *username* y *password* por parte de Abarca Health. Se les enviará a las aseguradoras via correo electrónico las instrucciones para configurar el acceso al FTP de abarca health.
3. Depositarán los archivos no más tarde de 15 días posteriores al cierre del trimestre. La fecha limite son las siguientes:

Q1	(enero a marzo)	- 15 de abril
Q2	(abril a junio)	- 15 de julio
Q3	(julio a septiembre)	- 15 de octubre
Q4	(octubre a diciembre)	- 15 de enero
4. Identificar los reportes a ser depositados con la siguiente nomenclatura: JCODES, año, mes y número de versión.
 1. JCODESAAMMV#; Ejemplo: JCODES1701V1
5. En adelante toda reclamación de J-Codes que se reporte a la ASES debe incluir el NDC del producto y la cantidad de unidades dispensadas de ese NDC según fue administrado por lo que se les requiere se repase esta instrucción con los proveedores de servicio y que se aseguren que el formato de su respectivo programa de facturación incluya esta información.



El incumplimiento por parte de las entidades contratadas de depositar a tiempo en los FTP requeridos, con los datos correctos y completos podrá conllevar multas y sanciones por parte de ASES.

Los siguientes medicamentos se continuarán manejando a través de receta médicas y solamente bajo el beneficio de farmacia de los beneficiarios del PSG-Mi Salud de Puerto Rico:

J - CODE	DRUG NAME	J - CODE	DRUG NAME
J7192	Advate	J2505	Neulasta
J0881	Aranesp	J1442	Neupogen
J1826	Avonex	J2941	Genotropin
J1830	Betaseron	J0129	Orencia
J1595	Copaxone, Glatiramer	J0885/J0886	Procrit
J0135	Humira	J1745	Remicade, Inflectra, Renflexis
J7192	Kogenate	J1565	Synagis
J1950/J9217/J9218	Lupron, Eligard	J2323	Tysabri
J9155	Firmagon	J2350	Ocrevus

A.A.A.A.

Así mismo, les recordamos que solo los hematólogos-oncólogos podrán facturar los siguientes productos tanto por farmacia como por la parte médica. Otros proveedores, deberán entregar una receta al paciente para que sea dispensado por su farmacia de preferencia.

Plan

CODIGO HCPCS	DESCRIPCION	NOMBRE DE MARCA	GUIA DE REFERENCIA
J0881	Darbepoetin alfa, non - ESRD	ARANESP	PA,P
J0885	Epoetin alfa, non - ESRD	PROCIT	PA,P
J1442	Inj, Filgrastim G -CSF 1 mg	NEUPOGEN	PA,P
J2505	Injection, Peg- filgrastim 6 mg	NEULASTA	PA,P

De tener dudas relacionadas al Informe de J-Codes, puede comunicarse con esta servidora o con la licenciada Nayda Rivera, de Abarca, llamando al 787 523-1225, o enviando un correo electrónico a nayda.Rivera@abarcahealth.com.

Agradecemos el respaldo a todas las entidades contratadas por Mi Salud en la implementación de estas instrucciones y el envió a tiempo de la data de J-Codes.

Cordialmente,

Milagros Soto Mejía
Milagros Soto Mejía, MHSA, MMHC

Directora Interina
Oficina de Planificación, Calidad y Asuntos Clínicos





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

17 de octubre de 2017

A TODAS LAS AGENCIAS, MUNICIPIOS E INSTRUMENTALIDADES DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO CUYOS EMPLEADOS TIENEN EL BENEFICIO DE PLAN MEDICO AL AMPARO DE LA LEY NÚM. 95-1963 SEGÚN ENMENDADA

RE: EXTENSION DE CUBIERTAS DE PLANES MÉDICOS

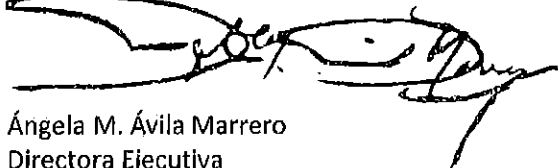
La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia facultada al amparo de la Ley Núm. 95-1963, según enmendada, para la reglamentación, fiscalización, negociación y contratación de los planes médicos que los empleados públicos seleccionan mediante su aportación patronal según las disposiciones de la mencionada Ley 95.

Para el año contrato 2018, ASES se encontraba en un proceso de Solicitud de Propuestas (RFP) mediante el cual se escogerían las entidades aseguradoras que ofrecerían al beneficio de plan médico a esta población a partir del 1 de enero de 2018. Sin embargo, ante la catástrofe generada por el paso de los huracanes Irma y María por Puerto Rico fue imposible cumplir con el calendario de trabajo establecido.

Por esto, y a los fines de que la población de Ley 95 tenga continuidad de servicios bajo las mejores condiciones posibles, ASES les ha comunicado a las entidades aseguradoras que ofrecen el beneficio actualmente la activación de la Cláusula 51 del contrato vigente entre las partes. Esta cláusula le permite a ASES hacer una extensión de los contratos vigentes por un periodo de hasta 90 días bajo las mismas condiciones. Entiéndase, con el mismo beneficio y primas que habían sido negociadas hasta el 31 de diciembre de 2017. La campaña de suscripción se estará llevando a cabo desde mediados de diciembre de 2017 hasta finales del mes de febrero de 2018; y la fecha de efectividad será al 1 de abril de 2018. Se emitirá un nuevo comunicado con los detalles específicos de la campaña, así como la invitación general a los coordinadores de planes médicos de las agencias, municipios e instrumentalidades del Gobierno de Puerto Rico.

De tener cualquier duda o pregunta en relación a este particular puede comunicarse con el Sr. Carlos Guzmán, Gerente de Proyecto de Ley 95, al teléfono 787-474-3300 ext. 2344 o por correo electrónico a la dirección: cguzman@asespr.org.

Cordialmente,


Ángela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

21 de octubre de 2015

A.A.A.H.

FE DE ERRATA
A LA CARTA NORMATIVA 15-1012 ENMENDADA



**A: Entidades de Salud,
Administrador del Beneficio de Farmacia,
Grupos Médicos Primarios
y Proveedores Participantes del Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

PLAN

Se hace de manera oficial la siguiente corrección, a la Carta Normativa 15-1012 enmendada emitida el día martes, 13 de octubre de 2015 sobre el Modelo de Prestación de Servicios de Anticonceptivos para toda la población en edad reproductiva del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

BAJO LA CATEGORIA DE INYECCION HORMONAL INDICA:

Categoría	Nombre de marca	Despacho	Limitaciones
Inyección Hormonal	Depo- Provera	Tres paquetes para noventa días con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de evaluación médica o nueva receta.	No más de dos (2) años consecutivos Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad sintomática de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historial de cáncer de mama

DEBE LEER COMO SIGUE:

Categoría	Nombre de marca	Despacho	Limitaciones
Inyección Hormonal	Depo- Provera	Una cada tres meses	No más de dos (2) años consecutivos Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad sintomática de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historial de cáncer de mama

A. H. A. M.

Cordialmente,

Peña

Sandra V. Peña Pérez, PT, MHSA
Sub directora Ejecutiva

- c María del Carmen Rosario, Esq.
Directora Oficina de Asuntos Legales / Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

CARTA NORMATIVA 15-1012 Enmendada
(Para enmendar Carta Normativa 15-03-25-A y Carta Normativa 15-03-25-B)

13 de octubre de 2015

A: Entidades de Salud,
Administrador del Beneficio de Farmacia,
Grupos Médicos Primarios, incluyendo Obstetras/
Ginecólogos Participantes del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG)



Asuntos: Modelo de Prestación de Servicios de Anticonceptivos para toda la población en edad reproductiva del PSG

Atendiendo los cambios de la legislación establecidos en el "Patient Protection and Affordable Care Act", el Plan de Salud del Gobierno amplía el acceso a los métodos anticonceptivos para toda su población participante en edad reproductiva, libre de costo. A continuación se detallan las nuevas directrices para el acceso a estos métodos. Los mismos fueron efectivos el 1 de abril del 2015 bajo el modelo de contratación con aseguradoras para las distintas regiones de salud establecidas por ASES.

Los servicios para el acceso y despacho de anticonceptivos serán provistos por las clínicas de planificación familiar contratadas para estos propósitos y establecidas en los distintos municipios de las regiones del Plan de Salud del Gobierno.

Los siguientes métodos anticonceptivos serán provistos de acuerdo a las distintas categorías cubiertas:

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones
Pastillas anticonceptivas	Lutera, Ortho Miconor, Cycelen, Tri-cyclen/ Tri-Sprintec, Ortho-Tri Cyclen Low	Tres paquetes para noventa días con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de evaluación médica o nueva receta.	Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad automática de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historial de cáncer de mama
Inyección Hormonal	Depo- Provera	Tres paquetes para noventa días con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de evaluación médica o nueva receta.	No más de dos (2) años consecutivos Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad automática de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis

			Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historial de cáncer de mama
Dispositivo Intrauterino (Copper T)	DIU-Paragard	Uno cada 10 años	Pap anormal Positividad enfermedades venéreas Enfermedad de Wilson

Los siguientes métodos anticonceptivos están disponibles a través de las clínicas de planificación contratados, sin embargo no estarán cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno.

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones
Métodos de barrera	Condón latex, con espermicida	Deben ser pagados por el asegurado.	Alergia al látex o espermicida
Métodos de emergencia	Plan B	Deben ser pagados por el asegurado.	Peso corporal mayor de 164 libras Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad sintomática de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial trombofiliás Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historial de cáncer de mama

*A.A. A.H.
Plan B*

*La ASES estará evaluando periódicamente la costo-efectividad de los métodos disponibles para mantener las opciones viables a la población servida. Cualquier cambio en producto será notificando mediante carta normativa a los proveedores participantes.

En el Anexo 1, se detalla el protocolo de referido a las clínicas de planificación familiar incluyendo el formato de referido establecido como requisito para referir los asegurados que cualifican e interesan acceder los métodos anticonceptivos.

Solicitamos la cooperación de todos los proveedores para el cumplimiento de la normativa.

Cordialmente,

[Signature]
 Sandra V. Peña Pérez, PT, MHA
 Sub Directora Ejecutiva

c Leda. María del Carmen Rosario
 Directora Oficina de Asuntos Legales / Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos





FAMILY PLANNING CLINIC

Information Patient PMG

Contract Num / MPI _____ Age _____ Gender _____ F _____ M

Referring Physician Information (PMG)

Physician Name _____ Signature _____

NPI _____ License number _____ Date _____

mm/dd/yyyy

Medical History

Blood Pressure: _____ / _____ Height: _____ Weight: _____ BMI: _____

Last Menstrual Period: ___/___/___ Gravidity: ___ Parity: ___ Abortion: ___ Cesarean: ___

Menstrual History: ___ Normal ___ Abnormal (Explain): # _____ (days); Regular: Yes (), No (),

Painful: Yes (), No () _____

Pregnancy Test Done: ___ No ___ Yes (Weeks of Pregnancy) _____

1. History contraceptive Method? ___ No ___ Yes Date ___/___/___

Current Contraceptive Method: _____

2. Record of STD Infections: ___ No ___ Yes Date ___/___/___

Type of disease _____

3. Currently Breastfeeding: ___ No ___ Yes

Additional Information Required

1. Select significant Co-morbidity Contraindication for Hormonal Methods:

- Uncontrolled or Malignant Blood Pressure
- Migraine Headache
- Active smoker >35 y/old
- Symptomatic gallbladder disease
- Liver Disease
- Recent surgery with prolonged immobilization
- Diabetes mellitus with vascular disease
- Record of Thrombosis or Thrombophilia disorder
- Record of Stroke
- Record of Myocardial Infarction
- Postpartum and Breastfeeding
- Record of breast cancer, Explain: _____
- Other active cancer, Explain: _____

Recommended Contraceptive Method:

Pills:

Depo-Provera (Injection)

IUD-Paragard

REFERRAL FORM FAMILY PLANNING CLINIC (FPC)

Page 2/2

2. Is the patient taking any of the following medications contraindicated for Hormonal Methods:

- Any of the following, Rifampin, Rifabutin, Griseofulvin, Phenobarbital / Barbiturates, Primidone, Phenytoin, Carbamazepine, Felbamate, Topiramate, Vigabatrin
- Antiretroviral medication
- None of the above

3. Is at risk sexual activity:

- Non safe sex
- Violence or sexual violence
- Multiple Partners
- Record of Sexual Transmitted Disease
- Not at risk

4. Identify Considerations for Contraceptive Prescription

- Mental health disorder
- Substance Abuse
- Other: _____

5. Diagnostic Test Required:

- Pregnancy Test (If at risk)
- PAP Test (If at risk)
- Chlamydia Test /GC Test (If at risk)
- HIV Test (If at risk)
- VDRL

***PAP Test Result**
Date: ___/___/___
Normal
Abnormal
Explain (If Abnormal) _____

*Please attach copies of PAP Smear results with this referral.



I certify no medical condition affect the client eligibility criteria for contraception methods.

Physician Signature : _____

Use for Family Planning Clinic

Comments:

Nurse name: _____ Signature: _____

Confidentiality Notice: This message is intended only for the use of individual or entity to which it is addressed and may contain information that is privileged, confidential and exempt from disclosure under applicable law. If you are not the intended recipient, please contact the sender and destroy all copies of the original.



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

Normative Letter 18 – 0807 (Amendment Normative Letters 13-1212 and 13-1216)



Date: August 7, 2018

To: All Managed Care Organizations contracted by the Puerto Rico Health Insurance Administration (PRHIA) to provide benefits and services for MI Salud

Subject: Marketing and Educational Materials - Marketing Activity Guides

This Normative Letter amends Normative Letters 13-1212 and 13-1216, dated January 21, 2014 for updating the guidelines related to the evaluation of content, image, development and distribution of the materials used for marketing, education, promotion and press that directly or indirectly affect MI Salud beneficiaries. The following is mandatory as of October 1, 2018:

PLM

I. Marketing Materials:

A. Applicability:

A.H. R.H.

The art and content of all marketing materials (e.g. writing, images, sound, videos) that include information regarding MI Salud benefits and services.

Examples: brochures, marquees, exhibitions, presentations, posters, banners, loose sheets, posters, promotional items, street banners, shirts, announcements and/or press release for media (traditional, digital, social networks, internet), and others.

B. Scope:

All materials addressed to MI Salud beneficiaries and providers, municipal and state government employees and officials, and the general community and public, that are generated by the Managed Care Organizations (MCOs) contracted by PRHIA, or their subcontractors.

C. Definition of Marketing Materials:



Marketing means the activities and use of materials that are conducted with the intent to draw a beneficiary's attention and to influence a beneficiary's decision-making process when selecting an MCO for enrollment or deciding to stay enrolled in a plan (that is, retention-based marketing). Additionally, marketing includes any materials that contain information about the MCO's benefit structure, cost sharing, and measuring or ranking standards.

D. Content Guidelines:

1. Messages included in the materials (e.g., communications, announcements, notifications):

- a. Must not contain third parties or provider's specific names, logos, trademarks, slogan, etc.
- b. Will refer to the Government Health Plan (GHP or PSG for its Spanish initials) as MI Salud.
- c. In the case of documents addressed to beneficiaries, must be simple and suitable such that a beneficiary of 4th grade schooling can understand its content.
- d. Must not contain protected health information or any other unauthorized disclosure of information when materials are used in the marketing context. HIPAA laws and regulations, as well as the contractual agreement with PRHIA, establish the responsibility of both the covered entity and the business associate regarding unauthorized disclosures. Any communication, announcement, notification or material related to disclosures of information must be submitted to the PRHIA Privacy Officer for approval.

The specific content of the materials will depend on its final purpose, so it will be the responsibility of the MCO to ensure that it complies with the messages endorsed by PRHIA and corresponding state and federal authorities.

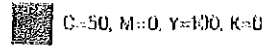
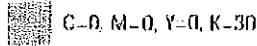
2. Images: Messages will use cohesive graphic images for MI Salud, adapted to the colors used institutionally by PRHIA:

a. Colors:

- i. Primary colors to be used in all parts (75%):



a) "White", "Dark Grey", "Light Grey" and "Green Pantone 368C"



- ii. Secondary colors can be used to highlight areas of interest (25%), as long as they do not predominate over primary colors.

b. Institutional Logo (PRHIA), MCO Logo and header:

- i. PRHIA's logo must be used with green and gray, and cannot be altered.
- ii. PRHIA's logo must be located in the header and on the cover of all materials.
- iii. PRHIA's logo must be used in its color or black and white version, according to the purpose of the piece.
- iv. The MCO's logo will be placed on the bottom or back of each piece, as applicable, but smaller than the PRHIA logo.
- v. All headings must have: MI Salud logo, PRHIA logo, and title of the material.
- vi. Each material will include in the lower or back part, as applicable, a button with PRHIA's customer service number (image is included). They must also include provider and beneficiary customer service contact numbers for the MCO, and the web portal information.
- vii. Banners and tents shall be identified with the name of MI Salud and the PRHIA logo in the foreground. The MCO's logo may be placed in the background and smaller than PRHIA's logo.

c. General Templates: For the best use of resources, each entity is required to develop a general template per piece (e.g., single sheet, PowerPoint presentations), which will be used for all similar materials that are developed.

i. Mandatory Requirements:

a) Header and Cover Page:





- i. PRHIA's logo and MCO's logo
- ii. MI Salud logo

- b) Footer or back, as applicable: MCO customer service contact numbers for providers and beneficiaries, and internet address (website).

E. Procedure to submit materials that require approval and schedules:

- 1. Each MCO will identify and notify PRHIA's Office of Compliance and Integrity, which reviews and approves the materials mentioned in this document.
- 2. Each MCO will develop the necessary deliverables to comply with requirements related to marketing, promotion, and press, as established in the contract with PRHIA. The content and specific image of the materials will depend on their final use and purpose; they will be the responsibility of the MCO to ensure that all materials comply with the guidelines contained in this letter, the messages endorsed by PRHIA, and any corresponding state and federal authorities.
- 3. Each MCO will develop marketing materials that do not contain comparative or superlative terms such as: better, superior, supreme, great, terrific, best, and other words with similar meanings.
- 4. Marketing materials, including promotions and/or press releases (e.g., writings, sounds, videos, images) addressed to beneficiaries, will be sent to PRHIA's Compliance and Integrity Office for review and approval prior to distribution and/or publication. The methods used by MCOs to send marketing materials (electronic delivery, paper copies, CDs, etc.) must be identified as: "Marketing Material", include the type or category (e.g. presentation, letter, flyer, brochure, banner, billboard) and the name of the document (e.g. Material Marketing_type or category _Name of the document _Version).

Ex. "Material Marketing_Billboard _Name of the Document _Name of the MCO_v1"

If the marketing material needs to be re-submitted due to required correction from ASES, the version of the document will be identified as v2, v3 and subsequently.

Ex. "Material Marketing_Billboard _Name of the Document _Name of the MCO_v2"

Ex. "Material Marketing_Billboard _Name of the Document _Name of the MCO_v3"

5. The primary method for receiving marketing materials in the Compliance and Integrity Office is through the following email address: MaterialMercadeoMISalud@PRHIApr.org.



6. PRHIA will communicate the determination of required correction, approval or denial via email. The time of review for each marketing material will be fifteen (15) working days. MCOs may not re-submit the same material previously denied by the PRHIA to different PRHIA personnel who did not work on the original submission.

7. Approved marketing material will have an authorization number provided by PRHIA that must be placed in the lower or back part of each promotional material in a font size no smaller than 8. Without said authorization number, the marketing material may not be published and/or distributed.

8. Marketing materials may not be published on the MCO's webpage for MI Salud.

9. PRHIA reserves the right to notify the MCOs to discontinue or modify previously approved marketing materials.

F. In accordance with article 12.001 of Act No. 78 of June 1, 2011, as amended (16 L.P.R.A. § 4231), known as the Electoral Code of Puerto Rico for the 21st Century; during general election year and until the day after the election, all marketing materials must also be approved by the Electoral State Commission.

II. Educational Materials:

Health education written materials must complement face-to-face education interventions and patient centered health promotion strategies. MCOs must avoid using written or graphic content that may cause copyright infringement. Information related to mental health diagnoses must comply with current Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) standards. PRHIA reserves the right to audit health education materials (*including PowerPoint presentations*) at any given time and will impose penalties to materials disseminated by MCOs that:

1. Do not portray appropriately the MI Salud or PRHIA logos in terms of collocation, coloring, size, etc. as stated in the marketing guidelines.
2. Contain grammatical errors.
3. Fail to include proper understandability and or actionability elements.

A. The following is a list of evaluation items that will guide (but not limit) audit assessments and must be considered during the preparation of health education / health promotion materials:

1. Understandability:

a. Content:

- i. The material makes its purpose completely evident.
- ii. The material does not include information or content that distracts from its purpose.
- iii. Educational material must not contain comparative or superlative terms and cannot be used to promote the MCO.

A.A.A.H.

b. Word Choice & Style:

- i. The material uses common, everyday language.
- ii. Medical terms are used only to familiarize audience with the terms. Medical terms should be defined when used.
- iii. The material uses the active voice.

P.L.N.

c. Use of Numbers:

- i. Numbers appearing in the material are clear and easy to understand.
- ii. The material does not expect the user to perform calculations.

d. Organization:

- i. The material breaks or "chunks" information into short sections.
- ii. The material's sections have informative headers.
- iii. The material presents information in a logical sequence.
- iv. The material provides a summary.



e. Layout & Design

- i. The material uses visual cues (e.g., arrows, boxes, bullets, bold, larger font, highlighting) to draw attention to key points.

f. Use of Visual Aids

- i. The material uses visual aids whenever they could make content more easily understood (e.g., illustration of healthy portion size).
- ii. The material's visual aids reinforce rather than distract from the content.
- iii. The material's visual aids have clear titles or captions.
- iv. The material uses illustrations and photographs that are clear and uncluttered.
- v. The material uses simple tables with short and clear row and column headings.

A.H. A.H.

2. Actionability

- a. The material clearly identifies at least one action the user can take.
- b. The material addresses the user directly when describing actions.
- c. The material breaks down any action into manageable, explicit steps.
- d. The material provides a tangible tool (e.g., menu planners, checklists) whenever it could help the user take action.
- e. The material provides simple instructions or examples of how to perform calculations.
- f. The material explains how to use the charts, graphs, tables, or diagrams to take actions.
- g. The material uses visual aids whenever they could make it easier to act on the instructions.



B. PRHIA reserves the right to audit health education materials (including PowerPoint presentations) at any given time and will impose penalties to materials disseminated by MCOs that:



1. Include marketing messages within health education/health promotion materials.
 2. Contain a description of benefits not included under covered services of MI Salud.
 3. Promote the MCO, services, or contracted providers as a means to motivate beneficiary enrollment.
- C. Each MCO will send the monthly calendar of programmed educational activities for both beneficiaries and providers to the designated personnel in the PRHIA Office of Planning and Clinical Affairs. Both calendars must be submitted to PRHIA no later than the 25th day of the previous month. MCOs must also send a report of monthly activities carried out, as well as those canceled. This report must be sent on the seventh (7th) day after the month is completed.

A.H. A.H.

III. Guidelines for Marketing Activities:

All MCOs contracted to provide services to GHP Enrollees shall abide by the PRHIA rules for marketing when it involves GHP services or benefits. The PRHIA does not permit the performance of any sales activities, presentations or distribution of marketing materials in any Puerto Rico Government Agencies, Public Corporations or other government facilities. Similarly, PRHIA does not allow any MCO to perform marketing activities within one (1) mile of a Puerto Rico Medicaid Office.

PLW

MCOs are prohibited from conducting sales activities, presentations, and distributing and/or soliciting beneficiaries in areas where individuals primarily receive health care services or are waiting to receive health care services. These restricted areas generally include, but are not limited to: provider office diagnostic and treatment center, exam rooms, hospital patient rooms, dialysis center treatment areas (where individuals interact with their clinical team and receive treatment), medical office building pharmacy counter areas where patients interact with pharmacy providers, including the waiting areas to obtain medications. The prohibition against conducting marketing activities in health care settings extends to activities planned in health care settings outside of normal business hours. This prohibition is not intended to limit health care providers from engaging in independent discussions with beneficiaries should a beneficiary seek advice.

Appointments with beneficiaries residing in long-term care facilities (including nursing homes, assisted living facilities, board and care homes, etc.) are only permitted upon request by the beneficiary. Contracted providers or facilities may be used to distribute marketing materials as long as the provider or facility distributes or makes available marketing materials for all plans in which

the provider or facility participates. Marketing materials may only be distributed to individuals who meet criteria for enrollment.

A. MCOs are prohibited from engaging in the following activities:



1. Directly or indirectly engaging in door-to-door, telephone, email, texting or other cold-call marketing activities.

2. Offering any favors, inducements or gifts, promotions, or other insurance products that are designed to induce enrollment in the MCO's Plan.

3. Distributing plans and materials that contain statements that PRHIA determines are inaccurate, false, or misleading. Statements considered false or misleading include, but are not limited to, any assertion or statement (whether written or oral) that the MCO's plan is endorsed by the Federal Government or the Government of Puerto Rico, or similar entity.

A.A.A.H.

4. Distributing materials that, according to PRHIA, mislead or falsely describe the MCO's Provider Network, the participation or availability of Network Providers, the qualifications and skills of Network Providers (including their bilingual skills); or the hours and location of network services.

PL-1

5. Seeking to influence Enrollment in conjunction with the sale or offering of any private insurance.

6. Asserting or stating in writing or verbally that the enrollee or potential must enroll in the MCO's plan to obtain or retain benefits.

B. MCOs will be permitted to perform the following marketing activities:

1. Distribute general information through mass media (i.e. newspapers, magazines and other periodicals, radio, television, the internet, public transportation advertising, and other media outlets).

2. Make telephone calls, mailings and home visits only to Enrollees currently enrolled in the MCO's plan, for the sole purpose of educating them about services offered by or available through the MCO.

3. Distribute brochures and display posters at Provider offices that inform patients that the Provider is part of the GHP Provider Network;

4. Attend activities that benefit the entire community, such as health fairs or other health education and promotional activities.

If the MCO performs an allowable activity as specified herein and per 42 CFR 438.104, they must conduct that activity island-wide. All materials shall be in compliance with the informational requirements in 42 CFR 438.10.

IV. Provider Marketing Materials:

A. MCOs are responsible for ensuring that not only its marketing activities, but also the marketing activities of its Subcontractors and Providers, meet the above requirements. MCOs shall collect from its Subcontractors and Providers any marketing materials they intend to distribute and submit these to PRHIA for review and written approval prior to distribution. MCOs shall provide for equitable distribution of all marketing materials without bias toward or against any group.

B. PRHIA will sanction or assess monetary penalties on any MCOs that does not comply with this Normative Letter or marketing requirements in the Contract, as permitted by contract and applicable laws and regulations. The sanctions or monetary penalty for noncompliance will be \$5,000 for each event of non-compliance. Repeated instances of non-compliance with a requirement in this Normative Letter or the marketing requirements in the Contract may result in PRHIA's imposition of a sanction or monetary penalty of \$10,000 for each event of non-compliance.

PRHIA may impose additional intermediate sanctions or civil monetary penalties in the Contract between PRHIA and the MCOs for the latter's non-compliance with any of the terms and conditions of the MCO contract. If an employee or authorized representative of PRHIA determines a MCO's sales representative has performed marketing activities in a manner contrary to this Normative Letter, PRHIA's employee or authorized representative may take, but is not limited to, the following actions:

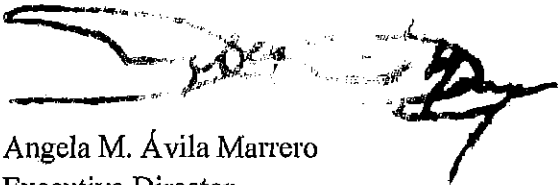
1. Collect the MCO's sales representative's marketing materials;
2. Solicit the name and position of the MCO's sales representative;
3. Verify that the sales representative is informed about this Normative Letter;
4. Take pictures of the MCO's marketing activities or of the sales point;



5. As appropriate, PRHIA's employee or authorized representative may measure the distances between the point of sale activities and the unauthorized areas in steps, to demonstrate noncompliance.
6. Other actions that may be necessary or required.

The PRHIA Compliance Office will notify the MCO's Compliance Officer by e-mail or other written method of any identified instances of noncompliance with this Normative Letter.

We expect strict compliance with the aforementioned guidelines.



Angela M. Ávila Marrero
Executive Director

perw
A.M. A.M.





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva



Carta Normativa 18-1003- Enmendada

30 de octubre de 2018

A: Organizaciones de manejo coordinado de salud (MCOs) contratadas para ofrecer el Plan de Salud del Gobierno (PSG), Vital, efectivo el 1ro de noviembre de 2018: Triple S, Salud; First Medical Health Plan (FMHP); MMM, Molina Healthcare y Plan de Salud Menonita (PSM), Administrador del Beneficio de Farmacia MC-21, LLC (PBM), Administrador del Programa de Farmacia Abarca, Inc. (PBM-PPA), Grupos Médicos Primarios (GMP) y Proveedores Participantes

RE: PERIODO DE TRANSICION AL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO, VITAL

Desde el 1ero de noviembre de 2018 nuestros beneficiarios tendrán más acceso a los servicios médicos y hospitalarios en todo Puerto Rico bajo el nuevo modelo del Plan de Salud del Gobierno, "Vital".

Para garantizar la continuidad de cuidado y tratamientos, los beneficiarios estarán recibiendo una carta de Certificación de Beneficios bajo el Plan de Salud del Gobierno, Vital. Con esta certificación podrán continuar recibiendo servicios con los médicos que le sirven actualmente durante el periodo de inscripción abierta desde el 1ero de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019, mientras reciban la tarjeta nueva.

Si el beneficiario desea efectuar un cambio de organización de manejo de cuidado ("MCO" por sus siglas en inglés) lo podrá realizar desde el 1ro de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019. Los cambios de médico primario ("PCP" por sus siglas en inglés) o grupo médico primario (GMP) también pueden realizarse durante dicho periodo por cualquier razón, y en cualquier otro momento del año por justa causa según definido en el Contrato.

Los MCOs y el manejador de beneficios de farmacia ("PBM" por sus siglas en inglés) habrán de orientar a sus proveedores participantes sobre el proceso y periodo de



transición al nuevo modelo, Vital. Esto con el propósito de garantizar y asegurar los servicios y tratamientos del beneficiario para que no se vean interrumpidos ni afectados por acción u omisión de los MCOs y/o sus proveedores de servicios. Además, previo al 1ro de noviembre de 2018, los MCOs deberán orientar a los proveedores y beneficiarios de Vital, sobre el Periodo de Transición que otorga ASES y en qué consiste. Este comunicado debe alertar que el Periodo de Transición transcurre desde el 1ro de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019 o la efectividad del cambio de MCO o GMP/PCP realizado durante este periodo, de haber alguno, lo que ocurra último. Esta normativa ofrece las instrucciones y reglas necesarias para la preparación de dicha comunicación.

A. H. A. H.
PLM
A continuación, presentamos las instrucciones que habrán de seguir todos los MCOs y proveedores participantes de Vital, para garantizar la continuidad y acceso de todos los beneficiarios a los servicios, cuidados y tratamientos que requiera su condición de salud durante el Periodo de Transición.

I. Servicios a los Beneficiarios Durante el Periodo de Transición

- a. Aplicará un Periodo de Transición de tres (3) meses efectivos desde el 1ro de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019 para los servicios que se delinearán a continuación. Durante dicho periodo, se extenderá la vigencia de cualquier referido, orden médica o Pre-Autorización del 1ro de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019.

Servicios a los cuales le aplica este Periodo de Transición:

- i. Referidos y órdenes médicas
- ii. Pre-Autorizaciones (PA) tales como, pero no limitadas a: "High Tech", equipo médico duradero ("DME" por sus siglas en inglés), ambulancias, cirugías ambulatorias, hospitalizaciones parciales, terapias electroconvulsivas, y medicamentos (incluyendo J Codes).
- iii. Transportación (Servicio No Emergencia autorizado por excepción)

Si algún proveedor recibiera un paciente citado con un referido vigente al 1ro de noviembre de 2018 y que expiró durante el Periodo de Transición, el referido deberá ser honrado. Esto es aplicable aún si el proveedor del beneficiario bajo el PSG previo al 1 de noviembre 2018 no estuviese contratado por el nuevo MCO asignado al beneficiario, según se describe en las Secciones VI y VII de este documento. Del proveedor negarse a atender al paciente con el referido, el MCO deberá intervenir para garantizar el servicio.



Los MCOs son responsables de orientar a sus proveedores sobre el manejo de este proceso.

b. Beneficiarios con tarjeta del Plan de Salud de Gobierno (PSG) "MI Salud" o
Certificación de Beneficios

Previo al 1ro de noviembre 2018, los beneficiarios recibirán una carta de bienvenida al Plan Vital, acompañada de una Certificación de Beneficios. Esta Certificación será suficiente para identificar al miembro como beneficiario de Vital y permitirá el acceso a servicios cubiertos. Del beneficiario sólo tener consigo la tarjeta emitida bajo el modelo de "Mi Salud", el proveedor podrá verificar su elegibilidad y asignación mediante el portal electrónico del Programa de Medicaid utilizando el número Master Patient Index (MPI) cuya disponibilidad será notificada próximamente.

A.A.A.H. **Servicios a los asegurados bajo Cubierta Especial**

PL-17
Los beneficiarios mantendrán su Cubierta Especial en el nuevo MCO que le fue asignado o que el beneficiario voluntariamente seleccionó. El nuevo MCO honrará la Cubierta Especial hasta la expiración de su vigencia, excepto que aquellos beneficiarios cuya Cubierta Especial expira durante los meses de noviembre y diciembre 2018 se les extenderá la vigencia de su Cubierta Especial hasta el 31 de enero 2019. Treinta (30) días antes de su expiración, los MCOs deberán realizar la notificación de la posible expiración de Cubierta Especial al beneficiario y a los médicos primarios y/o especialistas que atienden su condición. Los MCOs no deberán fijar en sus registros una fecha de caducidad o expiración de Cubierta Especial para aquellos beneficiarios que tienen una condición para la cual no existe cura.

Enfatizamos que los beneficiarios en Cubierta Especial tienen libre acceso a especialistas y subespecialistas de acuerdo a su condición, sin necesidad de referidos. Además, y a tenor con las disposiciones de las secciones 7.5.12.7.1.3, 7.5.12.7.1.4 y 7.7.11.15, los MCOs deben credenciar y contratar los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) y otros centros o grupos especializados que participen del programa Ryan White alrededor de la isla para que los beneficiarios puedan continuar sus tratamientos.

III. Servicios de Farmacia

a. Pre-Autorizaciones (PA) de medicamentos

Los MCOs y farmacias honrarán todas las PAs de medicamentos vigentes al 1ro de octubre de 2018. Es decir, si algún paciente tuviera una PA que venció luego del 1 de



octubre 2018, la misma se deberá extender hasta el 31 de enero 2019 sin requerir justificación o documentación adicional para el despacho del medicamento. Esta regla aplica tanto a medicamentos de salud física como a medicamentos de salud mental.

El PBM proveerá asistencia a las farmacias participantes veinticuatro (24) horas, siete (7) días a la semana, a través del Centro de Servicios a Farmacias que incluye el Centro de Manejo de Pre-autorizaciones y preguntas de elegibilidad de los asegurados. El PBM asignará, además, personal experimentado a cada MCO para asistirlos en situaciones relacionadas a pre-autorizaciones y/o el sistema de procesamiento y adjudicación.

El PBM transferirá a los MCOs el historial de medicamentos de los beneficiarios asignados a los mismos antes del 1ro de noviembre de 2018. Esto incluye las PAs aprobadas por el MCO original del beneficiario que aún siguen vigentes o tienen vigencia extendida por haber caducado luego del 1 de octubre 2018.

El PBM apoyará a los MCOs para el manejo de estas PAs existentes. Según la Sección 7.5.12.13.5 del Contrato con ASES, los MCOs deben tener disponible personal para atender PAs de farmacia veinticuatro (24) horas, siete (7) días a la semana. El MCOs y el PBM deberán identificar una persona contacto para facilitar la comunicación entre las partes con cualquier caso relacionado al beneficio de farmacia. El PBM también compartirá con los MCOs el plan de contingencia de farmacia para el Periodo de Transición.

b. Repeticiones de Medicamentos (Refills)

Los MCOs y las farmacias honrarán durante el Periodo de Transición todas las repeticiones de recetas vigentes expedidas por proveedores participantes del PSG que atendían al paciente previo al 1 de noviembre de 2018. Finalizado el Periodo de Transición todo beneficiario que cambie de MCO o médico primario, y necesite repetir medicamentos cuya receta haya caducado requerirá una receta nueva para poder seguir recibiendo sus medicamentos.

Toda receta vencida al 1ro de noviembre de 2018 requerirá receta nueva conforme a la Ley de Farmacia. El paciente deberá acudir a su médico primario para conseguir la misma.

El PBM identificará todos los proveedores por MCO que hayan expedido recetas previo al 1 de noviembre 2018 y que aún continúan vigentes. El MCO deberá incluir estos médicos en el archivo de proveedores enviado al PBM irrespectivamente de su status de contratación durante el Periodo de Transición.



Esta instrucción no aplicará a medicamentos de uso agudo o controlados, los cuales deben ser manejados según las leyes aplicables.

IV. Pacientes Hospitalizados (Salud Física o Mental) Previo al 1 de noviembre 2018

En casos donde un beneficiario se encuentre hospitalizado previo al 1 de noviembre de 2018, el MCO al cual el beneficiario estuvo asignado a la fecha de su admisión deberá garantizar el cuidado de dicho beneficiario hasta la fecha del alta. Este MCO será responsable del pago, aun cuando la fecha de alta sea en o posterior al 1ero de noviembre de 2018. Esto incluye el pago por servicio médico intrahospitalario.

El MCO que reciba la asignación del beneficiario efectivo el 1ro de noviembre de 2018 será responsable de la continuidad de cuidado del beneficiario desde la fecha del alta.

V. Beneficiarias Embarazadas

Los MCOs deberán honrar el pago al médico obstetra que provee servicios a una beneficiaria embarazada previo al 1 de noviembre 2018. Esta relación médico-paciente se mantendrá inalterada hasta sesenta (60) días después de la fecha de parto. La tarifa aplicable a ese proveedor será la acordada con el MCO antes del 1ro de noviembre 2018. Cada MCO deberá certificar a la ASES la modalidad de pago acordada con obstetras previo al Periodo de Transición.

VI. Pacientes Asignados ("Auto-Enrollment")

ASES realizó el proceso de auto-asignación basado en la red de proveedores certificada por cada MCO, utilizando la relación médica-paciente como criterio principal. En la eventualidad de que el GMP/PCP y el MCO posteriormente hayan rescindido sus acuerdos, los MCOs serán responsables de comunicar a todo beneficiario asignado a dicho GMP o PCP que se honrará la continuidad de cuidado de salud desde el 1ro de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019 o la efectividad del cambio de MCO o GMP/PCP, de haber alguno, lo que ocurra último.

Cónsono a lo anterior, el proceso a seguir será el siguiente:

- a. El MCO y GMP y/o PCP honrarán el Periodo de Transición donde el GMP y/o PCP proveerá el servicio y el MCO honrará el pago por servicio.
- b. Los pagos capitados serán calculados de acuerdo al número de beneficiarios asignados al GMP o PCP en o antes de los días quince (15) de cada mes.



- c. El MCO enviará los días dieciséis (16) de cada mes una certificación del pago a cada GMP o PCP donde se detalle la cantidad de los beneficiarios por PCP y el total del pago realizado.
- d. Previo al 1ro de noviembre de 2018, los MCOs enviarán a cada beneficiario, una carta aprobada por ASES previo a su envío donde le informará que el GMP y/o su PCP no es parte de la red de proveedores. Esta comunicación indicará que antes del 31 de enero de 2019 el beneficiario podrá cambiar de MCO y escoger otro GMP y/o PCP de su predilección que sea parte de la red. Del beneficiario no realizar el cambio, se entenderá que su preferencia es permanecer con el MCO asignado.
- e. Del MCO no finalizar la contratación con el GMP, pero el PCP continúe en su red, el MCO realizará el cambio al nuevo GMP manteniendo el PCP del beneficiario. El MCO deberá notificar al beneficiario mediante carta aprobada por ASES previo a su envío.
- f. Por tanto, el MCO enviará una segunda notificación mediante carta aprobada por ASES previo a su envío en o antes del 15 de enero 2019 donde se les informe la asignación temporera de un GMP y PCP que esté contratado en su red de proveedores. En esta misma comunicación se le recordará al beneficiario su derecho de cambiar de MCO en o antes del 31 de enero 2019. Del beneficiario realizar un cambio en o antes del 31 de enero 2019 el cambio realizado por el beneficiario prevalecerá.
- g. Si el beneficiario realiza un cambio durante el periodo de suscripción abierta ("Open Enrollment Period") en o antes del día 20 de cada mes, el cambio será efectivo el día primero del mes siguiente. Si el beneficiario realiza el cambio del día 21 del mes en adelante el cambio será efectivo al mes subsiguiente.
- h. De igual forma, para aquellos especialistas y subespecialistas del PSG que atendían al beneficiario al 31 de octubre 2018, y/o facilidades con cirugías electivas programadas, pero que no son parte de la red actual del MCO, debe mediar una transición de noventa (90) días durante la cual se honrarán los pagos por servicio al proveedor, según la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Los beneficiarios deberán ser notificados de lo anterior.

El no cumplir con el acceso a los servicios y/o el pago por el servicio prestado, así como la negación o aceptación de referidos, conllevará sanciones monetarias y/o penalidades alternas, como la suspensión temporera de suscripción futura por un periodo no mayor de treinta (30) días.

VII. Tarifas

El MCO al cual el beneficiario fue asignado garantizará que, durante el Periodo de Transición, los proveedores del PSG que atendían al beneficiario previo al 1 de noviembre 2018 pero que no fueron contratados por dicho MCO recibirán compensación por servicios ofrecidos al beneficiario durante el Periodo de Transición. El pago por dicho servicio durante el Periodo de Transición deberá ser igual a la tarifa de los proveedores contratados en la red. Esto incluye servicios ancilares como laboratorios y radiología, proveedores de equipo médico duradero, diálisis, hospitales¹, sala de emergencias², etc. De no realizar el pago de acuerdo a esta instrucción, ASES podría retener la cuantía adeudada al proveedor de los pagos pendientes de desembolso al MCO.

VIII. Publicación

Esta carta deberá ser compartida—en su totalidad—con todos los proveedores de su red utilizando todos los medios que el MCO utiliza para enviar cartas circulares a sus proveedores además de ser publicada en la página web del MCO. Se prohíbe compartir extractos de esta comunicación, o comunicar la información aquí incluida, sin anejar una copia fiel y exacta de la misma a la comunicación.

Consideramos como una práctica eficaz que los MCOs contacten a los proveedores de servicios para orientar, canalizar sus preocupaciones y evaluar la necesidad de contratación para la continuidad de los servicios de salud.

Esperamos su colaboración para llevar a cabo estas instrucciones.

Cordialmente,

Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva



¹ Hospital similar y nivel de cuidado (servicio) prestado.

² El pago por servicios de Sala de Emergencias debe ser de acuerdo a facilidades similares, horarios, y la disponibilidad de servicios ancilares tales como laboratorios y rayos x.



CARTA NORMATIVA 18-1116

16 de noviembre de 2018

A: Organizaciones de manejo coordinado de salud (MCOs) contratadas para ofrecer el Plan de Salud del Gobierno (PSG), Vital, efectivo el 1ro de noviembre de 2018: Triple S, Salud; First Medical Health Plan (FMHP); MMM Multihealth; Molina Healthcare; Plan de Salud Menonita (PSM), y el Administrador del Beneficio de Farmacia MC-21, LLC (PBM); Administrador del Programa de Farmacia Abarca, Inc. (PBM-PPA); Grupos Médicos Primarios (GMP) y Proveedores Participantes

A.A.A.H.
PLAN

RE: Addendum Aclaratorio a la Carta Normativa de Transición 18-1003, enmendada, sobre Formularios de Referidos

Durante el periodo del 1ero de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019, los médicos primarios podrán utilizar el formulario de referido para servicios médicos e institucionales distribuidos por las organizaciones de manejo de cuidado (MCOs por sus siglas inglés) contratados para el Plan Vital, independientemente del MCO con quien se encuentre activo el beneficiario. También serán aceptables los referidos emitidos bajo el logo del modelo anterior del Plan de Salud de Gobierno, "MI Salud". Los MCOs aceptarán y procesarán las reclamaciones por servicios prestados a consecuencia de dicho referido hasta el 31 de enero de 2019, estén o no los proveedores contratados por estos, siempre que hayan sido proveedores del Plan de Salud de Gobierno al 31 de octubre 2018, y que sean ordenados por el médico primario del beneficiario.

ASES ha incluido en su página web www.asespr.org, en la sección de "Beneficiarios" y luego "Verificación de Beneficiarios" un portal de búsqueda que permite la verificación rápida del MCO al cual el beneficiario se encuentra asignado utilizando su número de Member Patient Index (MPI). Este número se

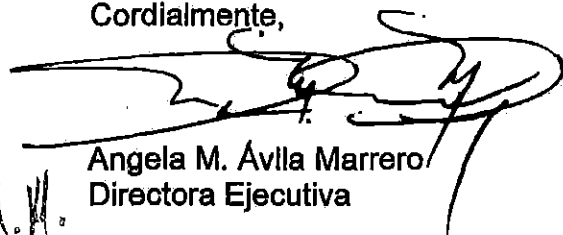


encuentra en la tarjeta del beneficiario, ya sea la tarjeta de MI Salud o Vital, y también en la carta de certificación de cubierta. Debe asegurarse que el número entrado es el correcto ya que es el único elemento necesario para la identificación.

También se encuentra disponible el portal en la página del Programa Medicaid adscrito al Departamento de Salud, www.medicaid.pr.gov, en la sección "Consultas Medicaid", mediante el cual los proveedores pueden aclarar dudas sobre el estatus de los beneficiarios. Debe crear una cuenta en el portal utilizando su número de National Provider Identifier (NPI). Aclaremos que este proceso es solamente para propósitos de acceder al portal del Programa Medicaid, y es independiente y separado del proceso de Registro de Proveedores de ASES.

¡Tu Salud está en Tus Manos!

Cordialmente,



Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

A.A.A.H.
P.L.M.





**A TODOS LOS
PROVEEDORES
DEL PLAN DE
SALUD DEL
GOBIERNO**



PLM

Importante anuncio de la Administración de Seguros de Salud (ASES) sobre el periodo de transición al Plan de Salud VITAL

El periodo de transición al nuevo Plan de Salud del Gobierno, "Vital" transcurrirá desde el 1ro de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019 o la efectividad del cambio de organización de manejo de cuidado (MCO por sus siglas en inglés, o "aseguradoras"), médico primario o grupo médico realizado por el beneficiario durante este periodo, de haber alguno, lo que ocurra último.

A continuación, presentamos las Instrucciones que habrán de seguir todas las aseguradoras y proveedores participantes de Vital, para garantizar la continuidad y acceso de todos los beneficiarios a los servicios, cuidados y tratamientos durante el Periodo de Transición.

- Si usted es hoy proveedor de Mi Salud, podrá continuar ofreciendo servicios a sus pacientes que sean beneficiarios, haya o no finalizado el proceso de contratación con las nuevas aseguradoras asignadas a sus pacientes. Durante el periodo de transición todos los MCOs (aseguradoras) deben pagar por servicios prestados a los beneficiarios del PSG por proveedores que atiendan al paciente previo al 1ro de noviembre 2018 bajo el modelo Mi Salud, estén o no contratados por la aseguradora para el plan Vital.

Los servicios médicos ofrecidos por proveedores no contratados para Vital, pero contratados para Mi Salud, durante el proceso de transición serán compensados por las aseguradoras a una tarifa igual a la de los proveedores ya contratados de acuerdo a su especialidad, o tipo de proveedor, procedimiento, etc.

Si tiene duda sobre cuál es la aseguradora asignada a un beneficiario, debe registrarse en www.medicafd.pr.gov para tener acceso a la información de elegibilidad de dicho beneficiario.

- El MCO (aseguradora) de un beneficiario hospitalizado previo al 1ro de noviembre de 2018 garantizará el pago por su cuidado hasta la fecha de alta, aunque sea posterior al 1ro de noviembre de 2018.
- Los MCOs (aseguradoras) deberán honrar el pago al médico obstetra que previo al 1ro de noviembre de 2018 ya atendía la beneficiaria embarazada y que continúe proveyendo el cuidado prenatal, parto y periodo post parto (60 días después del parto), aunque el médico haya o no finalizado su proceso de contratación con las cinco aseguradoras.

Para más detalles sobre las instrucciones para el proceso de transición al Plan Vital le exhortamos a acceder nuestro portal de Internet asespr.org en la sección de proveedores donde encontrará copia de la Carta Normativa 18-1003 – Enmendada.


Ángela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

**¡Tu Salud está
en Tus Manos!**



PARA MÁS INFORMACIÓN

Visita: PlanVitalPR.com
Servicio TTY en español:
1-866-280-2050

O llama: 1-833-253-7721
Servicio TTY en inglés:
1-866-280-2053

A. H. A. H.