

CONTRACT NUMBER: 2019-000052A



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

A.A.A.H.
THIS AMENDMENT TO THE CONTRACT BETWEEN ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES) AND TRIPLE-S SALUD, INC. FOR THE PROVISION OF PHYSICAL AND BEHAVIORAL HEALTH SERVICES UNDER THE GOVERNMENT HEALTH PLAN (the "Amendment") is by and between **Triple-S Salud, 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 **66-0555677** represented by Ms. Madeline Hernández Urquiza, of legal age, married/single, resident of San Juan, 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 21, 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

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 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.



A.A.A.H.
5.

Handwritten signature or initials, possibly 'M.J.', written in black ink.

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. A.H.





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.

A.H. A.H.

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

Handwritten signature

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



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.

A.H. A.H.

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.

mpj

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.





- 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 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;

A.H. A.H.

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. A.H.

[Handwritten signature]



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.

A.H. A.H.

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.

~~MP~~

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,

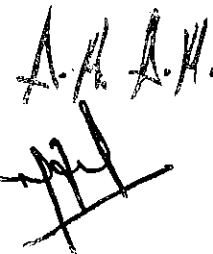


the Contractor's remediation and quality management/quality improvement activities and the targeted and actual completion dates for those activities; (iv) network deficiencies by service and by geographical area and interventions to address the deficiencies; and (v) ongoing activities for Provider network 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.

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 2018-000052A, 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.

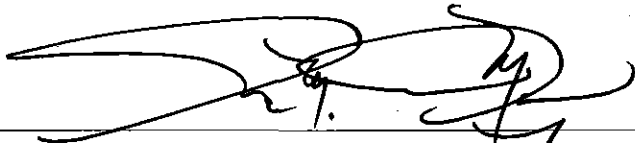
V. ENTIRE AGREEMENT

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 2019-000052A, 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.

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)

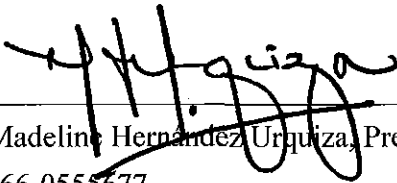


Ms. Angela M. Avila Marrero, Executive Director
EIN: 66-05000678

12/31/18

Date

TRIPLE-S SALUD, INC.



Ms. Madeline Hernández Urquiza, President
EIN: 66-0555677

12/28/2018

Date

Account No. 256-5325 to 5330



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.H. A.H.

[Handwritten signature]





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Neváres
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.

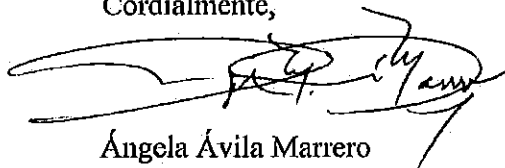
A. H. A. H.



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.





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevaros
 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.

A.A.A.V.

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 desafiliarse 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.

[Handwritten signature]



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 desea 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 reclasificando 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

A.H. A.H.







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: *A.A.A.H.* **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 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 |
| 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 Positlyon 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 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 |

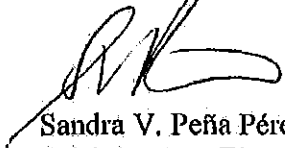
A.A. A.H.

*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 Leda. Matia del Carmén 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

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: _____

Confidentially 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.

[Handwritten signature]



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)**

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.

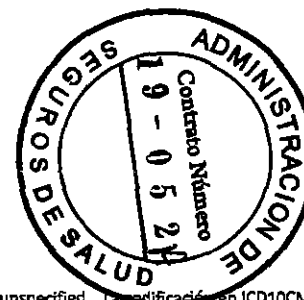
Cordialmente,

Sandra V. Peña, MHSA, PT
Subdirectora Ejecutiva

c Marla 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 modificación en ICD10CM no aumenta el número de enfermedades, determina la especificidad misma de la enfermedad.

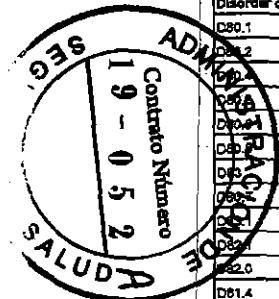
| DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015) | DESCRIPTION-LETTER DS_2008 | Type of Register | Type Condition | Up to 20 years (until before age 21 day) | Temporary (for a specified period) | Comments | RISK-Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG |
|--|--|------------------|----------------|--|------------------------------------|----------------|--|
| 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 amin-acid metab NEC | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E71 | Bran-chain amin-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 |
| E71.120 | Stralg amin-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 def/malab | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E74.3 | 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 | OTH mineral metabol | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E83.9 | Dis mineral metabol NOS | NNE | Metabólico | | ✓ | Cubierto Total | Todo |
| E87.2 | Acidosis láctica | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E84.9 | Cystic fibrosis w/o ileus | Fibrosis Cística | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E84.11 | Cystic fibrosis w ileus | Fibrosis Cística | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E84.0 | Cystic fibrosis 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 |

A.H. A.H.

[Handwritten signature]

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

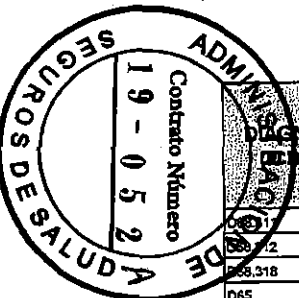
| DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015) | DESCRIPTION-LETTER DS_2008 | Type of Register | Type Condition | Up to 20 years (until before age 21 day) | Temporary (for a specified period) | Comments | RISK -Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG |
|--|--|------------------|------------------|--|------------------------------------|----------------|---|
| E80 | Dis bilirubin excretion | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E76.01 | Mucopolysaccharidosis | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D81.810 | Other deficiencies circulating enzymes | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E71.41 | Primary carnitine defncy | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E71.42 | Carnitine def of nb met | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E71.43 | Iatrogenic carnitine def | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E71.40 | Sec carnitine defncy NEC | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E71.310 | Disorders acid oxidation | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E88 | Dis mitochondrial metab | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E71.39 | Metabolism disorder NEC | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E88.9 | Metabolism disorder NOS | NNE | Metabólico | | ✓ | Cubierto Total | Todo |
| Disorder of the Immune Mechanism | | | | | | | |
| D80.1 | Hypogammaglobulinem NOS | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D80.2 | Selective Iga immunodef | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D80.3 | Selective Igm immunodef | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D80.4 | Selective Ig defic NEC | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D80.5 | Cong hypogammaglobulinem | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D80.7 | Immunodef w hyper-Igm | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D80.8 | Common variabl immunodef | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D80.9 | Humoral immunity def NEC | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D81 | Immunodef T-cell def NOS | NNE | Metabólico | | ✓ | Cubierto Total | Todo |
| D82.0 | DiGeorge's syndrome | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D82.0 | Wiskott-aldrich syndrome | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D81.4 | Nezelof's syndrome | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D80.6 | Defic cell immunity NOS | NNE | Metabólico | | ✓ | Cubierto Total | Todo |
| D81 | Combined immunity defic | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D84 | Immunity deficiency NOS | NNE | Metabólico | | ✓ | Cubierto Total | Todo |
| D89.82 | Autoimmune lymphoprol synd | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D89.89 | Autoimmune disease NEC | NNE | Metabólico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| Diseases of the Blood and Blood Forming Organs | | | | | | | |
| D56.9 | Thalassemia, unspecified | NNE | Hematológico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D57.1 | Sickle cell disease NOS | NNE | Hematológico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D59.9 | Acquired hemolytic anemia NOS | NNE | Hematológico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D61.01 | Constitution RBC aplasia | NNE | Anemia Aplástica | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D61.09 | Const aplastic anemia NEC | NNE | Anemia Aplástica | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D61.810 | Antin chemo indoc pancyt | NNE | Hematológico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D61.811 | Oth drg indocd pancytopna | NNE | Hematológico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D61.816 | Other pancytopenia | NNE | Hematológico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D61.82 | Myelophthiasis | NNE | Hematológico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D60 | Red cell aplasia | NNE | Hematológico | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D61.89 / D61.1 / D61.2 / D61.3 | Aplastic anemias NEC | NNE | Anemia Aplástica | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D61.9 | Aplastic anemia NOS | NNE | Anemia Aplástica | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D66 | Cong factor viii clord | NNE | Hemofilia | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D67 | Cong factor IX disorder | NNE | Hemofilia | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D68.1 | Cong factor XI disorder | NNE | Hemofilia | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D68.2 | Cong def clot factor NEC | NNE | Hemofilia | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D68.0 | Von willebrand's disease | NNE | Hemofilia | ✓ | | Cubierto Total | Todo |



A.A.A.H.

[Handwritten signature]

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



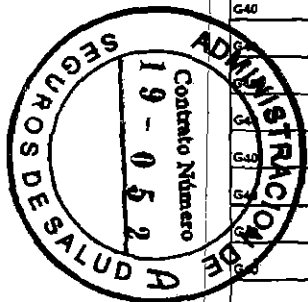
| DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015) | DESCRIPTION-LETTER DS_2008 | Type of Register | Type Condition | Up to 20 years (until before age 21 day) | Temporary (for a specified period) | Comments | RISK - Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG |
|--|---|------------------|----------------|--|------------------------------------|----------------|--|
| D68.1 | Acquired hemophilia | Hemofilia | Hemofilia | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D68.2 | Anti-phospholipid w hemor | Hemofilia | Hemofilia | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D68.318 | Of hem of circ anteoag | Hemofilia | Hemofilia | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| D68.4 | 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: | | | | | | | |
| F06.1 | 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 | Leucodystrophy | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| E75 | Cerebral lipidoses | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G93.89 | Cereb deg en lipidosis | 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 deg en child NEG (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 | Ficcd hemipgia unispl side | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G81.10 | Spstc hemipgia unispl side | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G81.90 | Unsp hemipgia unispl 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 |
| G81.90 | 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 |
| G82.50 | Quadriplegia, unspcfd | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |

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 Registrar | 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 | Quadripleg c1-c4, complete | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G82.52 | Quadripleg c1-c4, incomplt | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G82.53 | Quadripleg c5-c7, complete | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G82.54 | Quadripleg c5-c7, incomplt | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G82.56 | 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 noncv 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 crv epil w/o intr ep | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Parcial | Medicamentos y visitas a neurólogo |
| G40 | Gen crv epil w intr epil | 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 epil | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Parcial | Medicamentos y visitas a neurólogo |
| G40 | Psychomotor epil w intr epil | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Parcial | Medicamentos y visitas a neurólogo |
| G40 | Part epil w/o intr epil | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Parcial | Medicamentos y visitas a neurólogo |
| G40 | Part epil w intr epil | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Parcial | Medicamentos y visitas a neurólogo |
| G40 | Inf spasm w/o intr epil | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G40 | Inf spasm w intr epil | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G40 | Epilepsy par cont w/o intr epil | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Parcial | Medicamentos y visitas a neurólogo |
| G40 | Epilepsy par cont w intr epil | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Parcial | Medicamentos y visitas a neurólogo |
| G40 | Epilepsy NEC w/o intr epil | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Parcial | Medicamentos y visitas a neurólogo |
| G40 | Epilepsy NOS w/o intr epil | 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 | Hereditary peripheral neuropathy | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G60 | Peroneal muscle atrophy | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G60 | Hereditary sensory neuropathy | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G60.1 | Refsum's disease | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G60.2 | Idiopathic polyneuropathy | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G60.8 | Idiopathic peripheral neuropathy NEC | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G60.9 | Idiopathic peripheral neuropathy NOS | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G61.0 | Acute infectious polyneuritis (Guillain-Barre) | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G71.2 | Congenital hereditary muscular dystrophy | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G71.0 | Hereditary progressive muscular dystrophy | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| G71.11 | Myotonic muscular dystrophy | NNE | CNS | ✓ | | Cubierto Total | Todo |
| Disorders of Eye and Adnexa | | | | | | | |
| H35 | Retinopathy of prematurity NOS | NNE | Oftalmológico | ✓ | | Cubierto parcial | Visitas a Oftalmólogo |

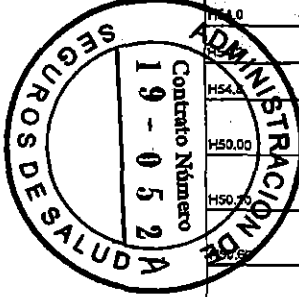


A.A.A.H.

[Handwritten signature/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 |
|---|---|------------------|----------------|--|------------------------------------|------------------|--|
| H54.0 | Both eyes blind-who def | NNE | Ceguera | ✓ | | Cubierto parcial | Visitas a Oftalmólogo y servicios relacionados al problema visual |
| | Moderate/severe impairment both eyes | NNE | Ceguera | ✓ | | Cubierto parcial | Visitas a Oftalmólogo y servicios relacionados al problema visual |
| H54.1 | Legal blindness-usa def | NNE | Ceguera | ✓ | | Cubierto parcial | Visitas a Oftalmólogo y servicios relacionados al problema visual |
| H50.00 | Esotropia NOS | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierto parcial | Procedimiento quirúrgico y servicios oftalmológicos relacionados |
| H50.10 | Exotropia NOS | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierto parcial | Procedimiento quirúrgico y servicios oftalmológicos relacionados |
| H50.90 | Mechanical strabism NOS | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierto parcial | Procedimiento quirúrgico y servicios oftalmológicos relacionados |
| H50.811 Right eye H50.812 Left eye | Other specified strabism (Duane's) (Aplicar solo el código de lado del ojo) | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierto parcial | Procedimiento quirúrgico y servicios oftalmológicos relacionados |
| Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue | | | | | | | |
| M33 | Dermatomyositis | NNE | Coágena | ✓ | | Cubierta total | Todo |
| M33 | Polymyositis | NNE | No específico | | ✓ | Cubierta total | Todo |
| M91 | Juv osteochondros pelvis | NNE | MSK | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados |
| M92 | Juv osteochondros upper extremity | NNE | MSK | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados |
| M92 | Juv osteochondros leg | NNE | MSK | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados |
| M93 | Osteochondrit dissecans | NNE | MSK | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimiento quirúrgico y servicios relacionados |
| M21 | Acq. Unsp. 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 |
| M218X9 | 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 |
| M98.5 | 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 | | | | | | | |
| Q00.2 | Iniencephaly | 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 |

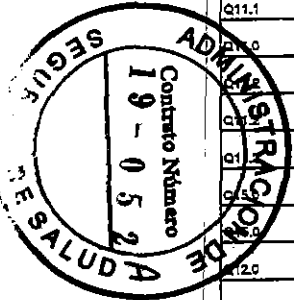


A.H. A.H.

[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 |
|-----------------------------------|--|------------------|----------------|--|------------------------------------|------------------|---|
| Q05.1 | Spin bif w hydroceph-dors | NNE | CNS | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q05 | Spin bif w hydroceph-lumb | NNE | CNS | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q05 | Spina bifida | NNE | CNS | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q05.5 | Spina bifida-cerv | 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 | Diastematomyelia | 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 |
| Q11.2 | Congen cystic eyeball | NNE | Oftalmológico | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo |
| Q11.3 | Cryptophthalmos | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo |
| Q11.4 | Microphthalmos NOS | NNE | Oftalmológico | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo |
| Q11.5 | Microphthalmos w other anomalies of eye/adnexa | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo |
| Q11.6 | Buphthalmos NOS | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo |
| Q11.7 | 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 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 att' vis | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo |
| Q13.3 | Cong corneal opacit 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 |

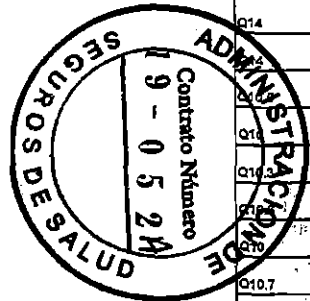


A.H.A.H.

[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 |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------|----------------|--|------------------------------------|------------------|--|
| 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 |
| Q14.3 | Post segmnt anom NEC-eye | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo |
| Q14.4 | Congenital ptosis | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo |
| Q14.5 | Congenital eyelid deform | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo |
| Q14.6 | Spec anom of eyelid NEC | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo |
| Q14.7 | Spec lacrimal gland anom | NNE | Oftalmológico | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas al oftalmólogo |
| Q14.8 | 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-impair 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 | Carvical 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 | Branchial cleft anom NEC | NNE | SURG | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Oral/Max) |
| Q18.3 | Webbing of neck | NNE | SURG | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Oral/Max) |



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 |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------|----------------|--|------------------------------------|------------------|--|
| 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 | Macrostomia | 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) |
| Q20.9 | Cong facial/neck anom NOS | NNE | SURG | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Oral/Max) |
| Q20.8 | Common tunicus | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q20.7 | Congl transpos great ves | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q20.6 | Double outlet rt ventric | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q20.5 | Congl transpos grt ves | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q20.4 | Transpos great vasa NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q20.3 | Tetralogy of fallot | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q20.2 | Common ventricle | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q20.1 | Ventricular sept defect | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q21.1 | Secundum apical 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) |
| Q21.6 | Cor biliculare | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q20.8 | 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 stenos | 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 tricusp atresia/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. M.
[Handwritten signature]

LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM, 2015)

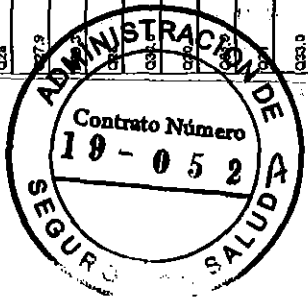
| DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM, 2015) | DESCRIPTION LETTER DS_2008 | Type of Register | Type Condition | Up to 20 years (until before age 21 day) | Temporary (for a specified period) | Comments | RISK - Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSC |
|------------------------------------|---|------------------|----------------|--|------------------------------------|------------------|--|
| 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 insufficiens | 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) |
| Q23.5 | Cong subaortic stenosis | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q23.6 | Cor triaileptum | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q23.7 | Infundib pulmon stenosis | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q23.8 | Obstruct heart anom NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q23.9 | Coronary artery anomaly | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q24 | 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 anomaly 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 anomalies/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 anomalies | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q25.72 | Pulmonary AV malformatio | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q25 | Oth anom pul artery/arc | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q25.9 | Great vein anomaly NOS | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q25.2 | Tot anom pulm ven connect | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q25 | Part anom pulm ven com | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |
| Q25 | 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 (Cardio) |
| Q27.9 | Utop ppheal vase anomal | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas (Cardio) |



Handwritten signatures and initials.

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 Registrar | 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 |
| Q27.21 | 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 |
| Q30 | Popliteal total oc | CARDIO | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q31 | Aneurysm, congenital | CARDIO | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q32 | Chestnut atresia | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q33 | Nose anomaly NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q34 | Laryngeal web | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q33.0 | Laryngotracheal anomaly NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q33 | Congenital cystic lung | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q33.9 | Ageneis 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 | Congenital bronchiectasis | 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 |
| Q35.8 | Unilateral cleft palate-comp | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q35 | Unilateral cleft palate-inc | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q35 | Bilateral cleft palate-comp | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q35 | Bilateral cleft palate-inc | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q35.9 | Cleft lip NOS | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q36 | Unilateral cleft lip-comp | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q36.8 | Unilateral cleft lip-incomplete | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q36 | Bilateral cleft lip-comp | 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 | Unilateral cleft lip-comp | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q37 | Unilateral cleft lip-inc | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |

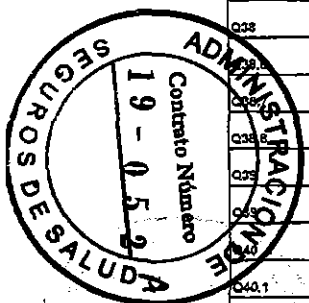


A.A.A.A.

[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 PSC |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------|----------------|--|------------------------------------|------------------|--|
| Q37 | Bilat cft palat/tp-com | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q37 | Bilat cft palat/tp-inc | 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 |
| Q38.3 | 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 | Oth spec anomalies mouth and pharynx | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q38 | Mouth anomaly NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q38 | Diverticulum of pharynx | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q38 | Pharyngeal anomaly NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q38 | Cong esoph fistula/stres | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q38 | Esophageal anomaly NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q38 | 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.B | 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 systl 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. A. H.

[Handwritten signature]

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 28 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 PSC |
|---------------------------------------|---|------------------|----------------|--|---|------------------|--|
| Q50.6 | Tubal/oviduct lig anorm NOS | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q50 | Embryonic cyst of adnexa | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q50.5 | Tubal/oviduct lig anorm NEC | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q51 | Doubling of uterus | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q51 | On anomalies of uterus | NNE | SURG | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q51.0 | Agenesis of uterus | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q51.011 | Hypoplasia of uterus | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q51.4 | Unicameral uterus | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q51.8 | Bicornuate uterus | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q51.9 | Sagittal uterus | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q51 | Anomalous uterus | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q51 | Anomalies of uterus NEC | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q52.0 | Anom cervix, vagina, ext, genitalia | NNE | SURG | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q52 | Conjuntion gen anorm NEC | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q52.9 | Undescended testis | NNE | SURG | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q53 | Hypoplasia/epispadias and cth penis anorm | NNE | SURG | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q54 | Hypospadias | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q54 | Ectopias | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q54.4 | Congenital chordee | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q55.02 | Micropenis | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q55 | Penile anomalies NEC | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q56 | Indeterminate sex | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q55 | On spec anomalies of genitals | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q55.23 | Scrotal transposicion | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q55 (Male) Q55 (Female) | Anomalies of genital organs NOS (El código depende de sexo) | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q60 | Renal agenesis | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q61 | Cystic kidney disease | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q61 | Cystic kidney disease NOS | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q61 | Congenital renal cyst | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q61.3 | Polycystic kidney NOS | NNE | Completio | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |



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

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 entry contracted by the PSG |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------|----------------|--|---|------------------|--|
| Q61.2 | Polyost. kid-autosom dom | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q61 | Polyost 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 spongy kidney | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q61.5 | Cystic kidney diseases NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q62 | Obst. Defects renal pelvis, ureter | NNE | SURG | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q62.0 | Obs def ren pñ&cur NOS | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q62.2 | Congenit obst ureterh/nc | 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 ureterocoele | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q62 | Obs def ren pñ&cur 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 | Bardier 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 urethra | 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 skullbase/jaw def | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68.0 | Congenital verticollis | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q78 | Cong postural deformity | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q65 | Cong hip displc, unilat | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q65.1 | Congen hip displc, bilat | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q65 | Cong hip displc w sublux | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q65.4 | Cong hip displc, bilat | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q65 | Cong hip displc 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 |
| Q65.2 | Cong knee dislocation | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q65.3 | Congen bowing of femur | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |



A.A.A.H.

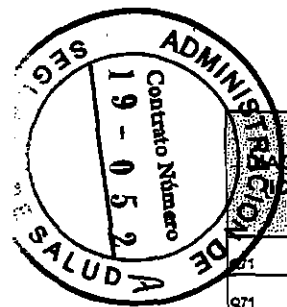
[Handwritten signature]

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_2003 | 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 entry contracted by the PSG |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------|----------------|--|---|------------------|--|
| Q68.4 | Cong bowing thumb(s) | 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 |
| Q68.6 | Varus deformities of feet | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68 | Talipes varus | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68 | Talipes equinovarus | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68.0 | Metatarsus primus varus | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68.0 | Metatarsus varus | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68 | Cong varus foot def NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68.4 | Talipes valgus | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68 | Congenital pes planus | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68 | Talipes calcaneovalgus | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68.5 | Cong valgus foot def NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68.5 | Talipes cavus | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68.6 | Cong foot deform NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68.6 | Pectus excavatum | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68.7 | Pectus carinatum | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q67 | Nonferretropic anemia NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q70.4 | Polydactyl NOS | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q69 | Polydactyl, fingers | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q68.2 | Polydactyl, toes | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q70 | Syndactyl, multiple NOS | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q70 | Syndactyl fingers fusion | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q70 | Syndactyl, finger w fusion | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q70 | Syndactyl, toe-toe 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 | Radius deform up limb NOS | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q71 | Transverse deficit arm | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q71 | Combain length deficit arm | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q71 | Length deficit radius | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |



A.A.A.M.
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 |
|-----------------------------------|---|------------------|----------------|--|------------------------------------|------------------|--|
| 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 | Tibiotarsal 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, pelvis 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 | Macrodactylia (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 |
| Q85.81 | 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 |
| Q76 | Rib & sternum anomal NEC | NNE | Congénito | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q77 | Chondrodystrophy | NNE | Congénito | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |

A. H. A. H.

[Handwritten signature]

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 |
|--------------------------------------|-------------------------------|------------------|----------------|--|---|------------------------|--|
| Q78.0 | Cataracta imperfecta | NNE | Congénito | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q78.2 | Osteoqueratosis | NNE | Congénito | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q78.8 | Osteopetrolisis | NNE | Congénito | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q78.1 | Polystrofo fibroso (osteop) | NNE | Congénito | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q77.6 | Chondroectoderm dysplasia | NNE | Congénito | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q78.3 | Multi epiphyseal dysplasia | NNE | Congénito | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q78 | Osteodysostosis NEC | NNE | Congénito | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q78.4 | Anomalías of diaphragm | NNE | Congénito | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q78.5 | Prone baby syndrome | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q78.6 | Omphalocele | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q78 | Gastroschisis | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q78.7 | Congenit anomaly and wall NEC | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q78.8 | Ectoplasia dentis syndrome | NNE | Congénito | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q80 | Hereditary edema of legs | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q80 | Ichthyosis congenita | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q82.8 | Dermatoglyphic anomalies | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q82.4 | Cong ectodermal dysplasia | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q82.5 | Vascular hamartomas | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q82 | Cong skin pigment anomaly | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Q81 | Skin anomaly NEC | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta por excepción | Código no registra, solo por excepción |
| Q84 | Hair anomalies NEC | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta por excepción | Código no registra, solo por excepción |
| Q84 | Nail anomalies NEC | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta por excepción | Código no registra, solo por excepción |
| 7576 | Cong breast anomaly NEC | NNE | Congénito | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |
| Chromosomes anomalies | | | | | | | |
| 590 | Down's syndrome | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q81 | Patau's syndrome | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q81 | Edward's syndrome | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q81.4 | Chr-4-chat syndrome | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q81.5 | Velo-cardio-facial synd | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q81.8 | Other microdeletions | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q82/Q83 | Autosomal anomalies NEC | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q85 | Genetal dysgenesis | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q86 | Klinefelter's syndrome | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Q87 | Other cond due to sex chrm | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y vitreas a especialistas |



Handwritten signatures and initials, including 'A.A.M.' and a large signature.

LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA COBERTURA 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 |
|--|---|------------------|------------------|--|------------------------------------|------------------------|--|
| Q89.0 | Conditions due to chromosome anomaly, NOS | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q89.1 | Anomalies of spleen | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q89.2 | Adrenal gland anomaly | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Other non-specified congenital anomalies: | | | | | | | |
| Q89.09 | Anomalias 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 | Congenital twins | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q89.1 | Tubercula scrostris | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q85 | Hematozoos NEC | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q89.7 | Multi congenital anomaly NEC | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q87.1 | Prader-willi syndrome | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Total | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q87 | Marfan syndrome | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Q89.2 | Fragile x syndrome | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta Total | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| E78 | Specified congenital anomaly NEC | NNE | Genético | ✓ | | Cubierta por excepción | Código no resuma, solo por excepción |
| Certain conditions originating in the Perinatal Period: | | | | | | | |
| P043 | Fetal alcohol syndrome | NNE | Perinatal | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| P0700 /P0701 | Extreme immature w/NOS | NNE | Perinatal | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| P04 | Birth plexus injury | NNE | Perinatal | ✓ | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| P84 | Birth asphyxia NOS | NNE | Perinatal | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| P14 | Intravert hemorrhage (Grade I-IV) | NNE | Perinatal | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| P57 | MB hemorrhages | NNE | Perinatal | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| P112 | Perinatal leukoencephalopathy | NNE | CNS | ✓ | | Cubierta Total | Todo |
| Symptoms, Signs and so-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 |
| R680 | Delayed milestones | NNE | Desarrollo | | ✓ | Cubierta Parcial | Visitas a especialistas |
| R6252 | Short stature | NNE | Desarrollo | | ✓ | Cubierta Parcial | Visitas a especialistas |
| R491 | Aphoria | NNE | Desarrollo-Habla | | ✓ | Cubierta Parcial | Visitas a especialistas |
| Late effects of Injuries, Poisonings, Toxic Effects and Other External Causes: | | | | | | | |
| T20 | Late effect of burn NOS | NNE | Quemaduras | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| T26 | Burn eye & adnexa NOS | NNE | Quemaduras | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |
| Spinal Cord Injury: | | | | | | | |
| S14 | Spinal cord injury NOS | NNE | Med | | ✓ | Cubierta Parcial | Procedimientos quirúrgicos y visitas a especialistas |

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

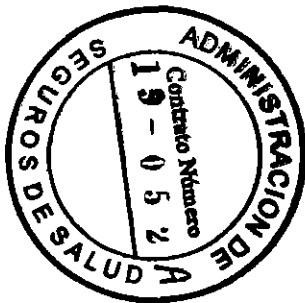
LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA CUBIERTA DE NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

| 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 |
|--------------------------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|--|---|----------|--|
|--------------------------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|--|---|----------|--|

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. H. A. H.

[Handwritten signature]





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

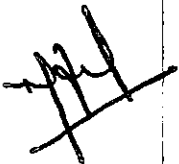
Nota: Se utilizaron los códigos padre en las condiciones que necesitan de las especificidades de la condición según el diagnóstico final del criterio médico; como por ejemplo, leg and righ, Uper right, congenital, other specified, unspecified. La codificación en ICD10CM no aumenta el número de enfermedades,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

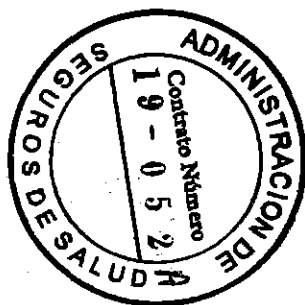
| DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015) | Coverage Adults | Comentarios |
|--|------------------|--|
| Anemia Aplástica | | |
| D61.9 | Special Coverage | Agrupados dentro de los códigos padres relacionados al diagnóstico |
| Artritis Reumatoide | | |
| M05 | Special Coverage | Agrupados dentro de los códigos 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 Múltiple | | |
| 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 |

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. H. A. H.




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 colaboración Departamento de Salud



[Handwritten signature]

A. H. A. H.

QUALITY PROGRAM INCENTIVE
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)



Quality Prog_Incen 2015

| 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 |
| F2081 | Schizophreniform disorder |
| F2089 | Other schizophrenia |

A.H. A.H.

7/24

QUALITY PROGRAM INCENTIVE
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)



| 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. W.

[Handwritten signature]

QUALITY PROGRAM INCENTIVE
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)



| 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 | Dythymeric 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 | Dythymeric 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 (SI) | Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kieffner] 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 |

A.H. A.H.

Handwritten signature



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. 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.

A. H. A. H.

[Firma manuscrita]



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

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.



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.

A. H. A. H.

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.



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, podrá 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.

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> |



A. A. H.

[Handwritten signature]



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.



- 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.

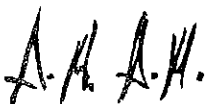
Cordialmente,



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

anejos (2)

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:

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 vía 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 límite son las siguientes:

A.A. A.H.

| | | |
|----|-----------------------|-----------------|
| 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 |

MH

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 |

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.

| 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

c Nayda Rivera - Abarca Health
Lcda. Carolina Guzmán - Directora, Oficina 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

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

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)**

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 |

A.A.A.W.

[Handwritten signature]



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 |

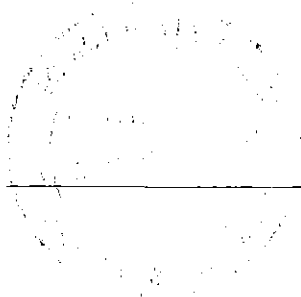
Cordialmente,



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

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

A. H. A. H.





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)


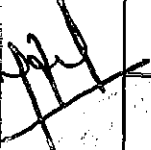


Asuntos: Modelo de Prestación de Servicios de Anticonceptivos para toda la población en edad reproductiva del PSG

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 anticonceptivos | 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 Historia de tromboflebitis Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historia 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 sintomática de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historia de 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 Método | 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 Embarazo 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 |

*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.

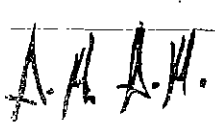
Solicitamos la cooperación de todos los proveedores para el cumplimiento de la normativa.

Cordialmente,


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


 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: ____ Aborton: ____ 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

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

(This Referral is exclusiva for use with beneficiaries of the Government Health Plan (GHP).)



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: _____

6. 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:

A. H. A. H.

Nurse name: _____ Signature: _____

[Handwritten 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:

I. Marketing Materials:

A. Applicability:

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

A. H. A. H.

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.

[Handwritten signature]

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.

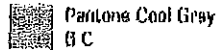
2. Images: Messages will use cohesive graphic images for MI Salud, adapted to the colors used institutionally by PRHIA:
 - a. Colors:
 - i. Primary colors to be used in all parts (75%):



A.H. A.H.

~~MI~~

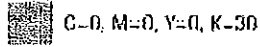
a) "White", "Dark Grey", "Light Grey" and "Green Pantone 368C"



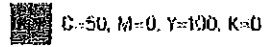
Pantone Cool Gray
8 C



Pantone
368 C



C=0, M=0, Y=0, K=30



C=50, M=0, Y=100, K=0

- 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:



[Handwritten signature]

A. A. A. H.



- 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).

A.H. A.H.

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"

~~Handwritten signature~~

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.



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.

A.H. A.H.

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.

Handwritten signature or initials.

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.

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.

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.

A.A. A.H.



e. Layout & Design

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

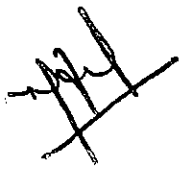
f. Use of Visual Aids

- 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.



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.

A. H. A. H.

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:

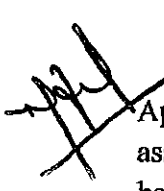


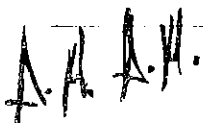
1. Include marketing messages within health education/health promotion materials.
 2. Contain a description of benefits not included under covered services of MI Salud.
 3. Promote the MCO, services, or contracted providers as a means to motivate beneficiary enrollment.
- C. Each MCO will send the monthly 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.

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.

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.
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.
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 non-compliance 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:

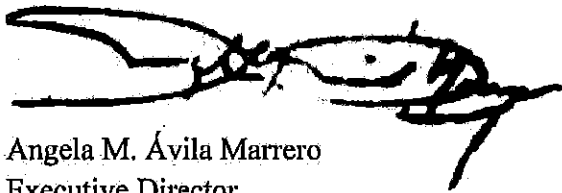
1. Collect the MCO's sales representative's marketing materials;
2. Solicit the name and position of the MCO's sales representative;
3. Verify that the sales representative is informed about this Normative Letter;
4. Take pictures of the MCO's marketing activities or of the sales point;



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.

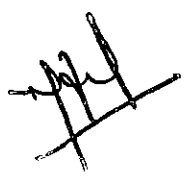
The PRHIA Compliance Office will notify the MCO's Compliance Officer by e-mail or other written method of any identified instances of noncompliance with this Normative Letter.

We expect strict compliance with the aforementioned guidelines.



Angela M. Ávila Marrero
Executive Director

A.H. A.H.





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

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



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 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:

- A. H. A. H.:
- 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.

Y. H.



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.

II. Servicios a los asegurados bajo Cubierta Especial

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)

A.H. A.H. 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.

A. H. A. H.
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

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

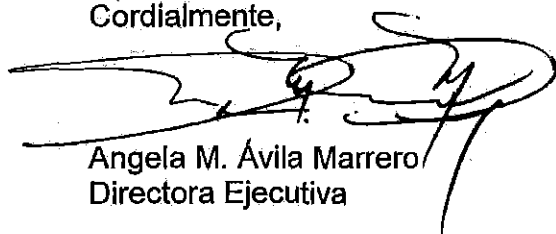


encuentra en la tarjeta del beneficiario, ya sea la tarjeta de MI Salud o Vital, y también en la carta de certificación de cubierta. Debe asegurarse que el número entrado es el correcto ya que es el único elemento necesario para la identificación.

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. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

A.H. A.H.

