



Carta Normativa 23-1201

1 de diciembre de 2023

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

RE: Revisión al Formulario Estándar Registro de Condiciones Especiales

Adjuntamos el formulario estándar para Registro de Condiciones Especiales. El mismo se ha modificado para integrar las pruebas diagnósticas de VIH actualizadas, según las revisiones más recientes realizadas al Anejo Núm. 7 del contrato con las aseguradoras bajo Plan Vital.

Todas las aseguradoras deberán encargarse de que se sustituya la versión anterior por esta versión atemperada (v_nov.2023). No obstante, recalamos que los mecanismos existentes en cada aseguradora para manejar sus formularios no cambiarán.

Las aseguradoras contratadas bajo Plan Vital son responsables de que sus respectivos proveedores contratados reciban a **la mayor brevedad** el formulario estándar para Registro de Condiciones Especiales vigente, anejo a esta comunicación. Como se ha establecido previamente, podrán hacer disponible el mismo a sus proveedores contratados de manera electrónica o impresa.

Enfatizamos que, para procesar la inclusión de los pacientes bajo el Registro de Condiciones Especiales, el formulario de registro debe de estar lleno **EN TODOS LOS ENCASILLADOS REQUERIDOS**, tanto en la Sección I (*Información del beneficiario*), como en la Sección II (*Información del médico solicitante*).

Nota: Esta normativa no invalida las instrucciones impartidas en cuanto al formato impreso y electrónico, descritas en la carta normativa previa 21-0511.

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

Cordialmente,



Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS
Directora Ejecutiva Interina

Anejo (1)



FORMULARIO DE REGISTRO DE CONDICIONES ESPECIALES



v_nov.2023

SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE INICIAL	
NUMERO DE CONTRATO				FECHA DE CUBIERTA MES / DIA / AÑO	
TIENE OTRO SEGURO MED <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE OTRO SEGURO		NUM. CONTRATO DEL OTRO SEGURO	
SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		FECHA DE NACIMIENTO MES / DIA / AÑO		FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO	
DIRECCIÓN FÍSICA		MUNICIPIO		ZIP CODE	
DIRECCIÓN POSTAL		MUNICIPIO		ZIP CODE	
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO O CEL. ALTERNO		NÚMERO DE FAX	
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO O CEL. ALTERNO		NÚMERO DE FAX	

SECCIÓN II INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA				
NOMBRE PROVEEDOR (letra de molde)		NÚMERO DE LICENCIA		NPI
FIRMA DEL PROVEEDOR		CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO OFICINA
ICD-10 (1)		ICD-10 (2)		ICD-10 (3)
FECHA DE EMISIÓN DEL REFERIDO A REGISTRO MES / DIA / AÑO		# CEL. PROVEEDOR (opcional)		FAX PROVEEDOR

SECCIÓN III CONDICIÓN ESPECIAL SOLICITADA Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SU VALIDACIÓN	
<input type="checkbox"/> ALBINISMO - E70.329 Albinismo Oculocutáneo - E70.331 Síndrome Hermansky-Pudlak - E70.330 Síndrome Chediak-Higashi	A diagnostic certification by one of the following specialists will be required: -Dermatologist -Ophthalmologist -Geneticist and Results of examinations or tests that support the diagnosis such as: -Genetic testing -Skin pigments -Ophthalmological studies In the case of syndromic OCA, it must also be accompanied by a certification by a hematologist.
<input type="checkbox"/> ANEMIA APLÁSICA: Certificación de diagnóstico definitivo por Hematólogo/ Oncólogo.	Evaluación Hematológica: -Contaje absoluto de Neutrófilos < 500/mm ³ -Plaquetas < 20,000/mm ³ -Reticulocitos < 1% -Resultados de la aspiración y/o biopsia de Médula Ósea
<input type="checkbox"/> ARTRITIS REUMATOIDE: Certificación de diagnóstico por Reumatólogo.	- Inflammatory arthritis affecting three or more joints. - Positive rheumatoid factor (RF) and/or anti-citrullinated peptide/protein (ACPA) functions, as evidence of anti-cyclic citrullinated peptide (anti-CCP) functions. - Elevated C-reactive protein or erythrocyte sedimentation rate. - Diseases with similar clinical features have been excluded, in particular psoriatic arthritis, acute viral polyarthritis, polyarticular gout or calcium pyrophosphate deposition disease, and systemic lupus erythematosus (SLE). - The duration of the symptoms is more than six weeks
<input type="checkbox"/> AUTISMO: (a) Provisional coverage <input type="checkbox"/> R63.50 Unspecified lack of expected normal psychological development in childhood <input type="checkbox"/> R62.0 Delayed Milestone in childhood <input type="checkbox"/> F88 Other disorders of psychological development <input type="checkbox"/> F80.2 Mixed receptive and expressive language disorders (b) Permanent registration	Certification of risk by the primary care physician and evidence of the screening tool utilized. The provisional coverage will last for six months. If the evaluation process is not completed, the provisional coverage may be renewed for six additional months. (Mark what screening tools were used for evaluation): <input type="checkbox"/> < 16 months – Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) or Communication Symbolic Behavior Scales -Developmental Profile (CSBS-DP) <input type="checkbox"/> 16-30 months – Modified Checklist for Autism in Toddlers: Revised Follow-Up (M-CHAT R/F) <input type="checkbox"/> 31-66 months – Ages & Stages Questionnaire-Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) <input type="checkbox"/> ≥ 48 months – Social Communication Questionnaire (SCQ mental age > 2 years) Communication & Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP) <input type="checkbox"/> 67 months-11 years – Childhood Asperger Syndrome Test (CAST) <input type="checkbox"/> > 11 years – Australian Scale for Asperger Syndrome (ASAS) (See, Protocol of Autism from the Department of Health) For permanent registration is required any of the following Diagnosis certification by: • Clinical Psychologist, • School Psychologist, • Counselor Psychologist, • Neurologist, • Psychiatrist, • Pediatrician development specialist. Professionals should have training or experience in the area of Autism, as required by the Protocol of Autism from the Department of Health of PR. After 21 years, to continue in the special coverage, a certification by a neurologist or psychiatrist establishing the need for the condition management and treatment as an adult is required.
<input type="checkbox"/> CÁNCER: - Incluyendo cuidado paliativo- Certificación diagnóstica (con estadio) por Hematólogo/ Oncólogo, o por especialista médico a cargo del manejo de la condición.	Certificación debe incluir plan de tratamiento con fechas de inicio y terminación estimadas. (La aseguradora proveerá un documento específico para que el especialista documente la certificación de diagnóstico específico y solicitud de Registro de Cáncer.) - Evidencia de resultado de biopsia. - En casos donde no pueda confirmarse el diagnóstico por patología (biopsia), se considerará la evidencia de estudios diagnósticos como CT, MRI, PET Scan, Sonografía, que justifiquen diagnóstico/ estadio.

<input type="checkbox"/> CÁNCER DE PIEL / CARCINOMA IN SITU:	Certificación diagnóstica con resultado positivo en Biopsia
<input type="checkbox"/> CÁNCER DE PIEL: MELANOMA: Certificación de registro por dermatólogo u Oncólogo/Hematólogo	Patología o Biopsia positiva Estudios especiales CT Scan, MRI, Sonograma
<input type="checkbox"/> CERNIMIENTO AUDITIVO NEONATAL: Cubierta TEMPORERA hasta los seis (6) meses de edad o diagnóstico definitivo, lo que ocurra primero. Los proveedores que pueden solicitar el registro provisional o temporero: médicos primarios, incluyendo pediatras.	El neonato con problema inicial de audición, según refleja el resultado de la prueba de cernimiento neonatal, se debe registrar obligatoriamente en Cubierta Especial bajo un Registro Provisional Temporero. Para ello se requiere el informe inicial de hallazgos auditivos que es parte del cernimiento neonatal. Es la única documentación que se requiere a esta etapa del proceso. <i>(Para más detalles, referirse al Protocolo de pruebas de audición y su seguimiento en neonatos (ASES-OPCAC-2019/P004-1).</i>
<input type="checkbox"/> DISCINESIA CILIAR PRIMARIA (DCP) - Q34.8 Otras malformaciones congénitas especificadas del sistema respiratorio - Q34.9 Malformación congénita del sistema respiratorio, no especificada - Q89.3 Situs inversus Cubierta especial estará en efecto mientras el asegurado sea parte del PSG.	Referido de inclusión por: Edad pediátrica: -Neumólogo pediátrico -Pediatra -Genetista -Inmunólogo Adultos: -Neumólogo -Médico primario Adicionalmente, uno de los siguientes: a. Biopsia de tejido ciliado (usualmente de la nariz o traquea) con analisis de ultraestructura ciliar b. Examen genetico que muestre dos mutaciones conocidas como cusantes de DCP - una por cada padre
<input type="checkbox"/> EMBARAZO: Certificación de embarazo por ginecólogo obstetra	Hoja de registro Obstétrico. Una vez se registra el caso, se enviará a la asegurada por correo una certificación de la cubierta especial.
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) Certificación diagnóstica por un gastroenterólogo	-Estudio endoscópico (colonoscopia / sigmoidoscopia) -Diagnóstico (biopsia) o pruebas de imagen que documenten la condición -Evidencia que descarte etiología aguda infecciosa
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: Se utiliza la razón de filtrado glomerular calculado, (GFR por sus siglas en inglés).	Se requiere evidencia de resultados reciente de creatinina en sangre, edad, sexo y raza del asegurado. Nivel 3: GFR mayor de 30-59, N18.3 Nivel 4: GFR mayor de 15-29, N18.4 Nivel 5: GFR menor de 15, N18.5 ESRD: N18.6
<input type="checkbox"/> ESCLERODERMA: Certificación de diagnóstico por reumatólogo	Certificación de diagnóstico por reumatólogo con evidencia de los siguientes laboratorios; - ANA Test, DS-DNA - Anti Sm - Anti Fosfolípidos - Biopsia de piel.
<input type="checkbox"/> ESCLEROSIS MÚLTIPLE	CRITERIOS
<input type="checkbox"/> ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: Certificación del diagnóstico por neurólogo.	-Dos (2) episodios distintos de síntomas neurológicos causando síntomas o hallazgos de laboratorio. -Resultado de MRI de cerebro. -Resultado de punción lumbar. -Síntomas que indican daño en más de una región del Sistema Nervioso Central. - Validar que otra enfermedad no es causante de los síntomas presentes.
<input type="checkbox"/> FALLO CARDIACO CLASE III y CLASE IV NYHA: Cubierta especial TEMPORERA con duración máxima de cuatro (4) meses, NO PRORROGABLES..	CRITERIOS - El cardiólogo del beneficiario tendrá que someter una certificación, donde indique el diagnóstico de fallo cardíaco con fracción de eyección disminuida (HFrEF), con un EF igual o menor de 30%, y sustentar con pruebas objetivas los hallazgos y el tratamiento ofrecido hasta la fecha del referido. Tiene que informar que, el beneficiario es un candidato real para ser recipiente de un trasplante de corazón y documentar al menos una (1) de los siguientes: - Fracción de eyección ventricular izquierda o LVEF <30% - Hospitalizaciones recurrentes por la condición de fallo cardíaco. - Fallo sintomático a pesar de haberse optimizado las terapias y el uso de dispositivos de ayuda. - Incremento continuo de requerimientos de medicamentos diuréticos. - Dependencia progresiva de agentes inotrópicos positivos. Y: Ausencia de disfunción ventricular derecha severa e insuficiencia de la válvula tricúspidea <i>(Absence of severe right ventricular dysfunction and tricuspid regurgitation)</i>
<input type="checkbox"/> FENILCETONURIA (PKU) EN ADULTOS	Si antes de alcanzar la edad adulta (21 años), el beneficiario estaba registrado bajo la cubierta de Niños con Condiciones Especiales por diagnóstico de PKU, esto se considera suficiente evidencia para una continuación de cubierta. No se requiere evidencia clínica adicional.
<input type="checkbox"/> FIBRÓISIS QUÍSTICA: Certificación del diagnóstico por neumólogo confirmando condición.	-Prueba de sudor. -Evidencia de tratamientos.
<input type="checkbox"/> HEMOFILIA: Certificación por hematólogo de diagnóstico de Hemofilia:	Severa: Niveles de Factor VIII <1% Moderada: Nivel de Factor VIII <1-5% Leve: Nivel de Factor VIII 5-25% con sangrado severo. •Resultados de Niveles de Factores de Coagulación Pacientes con Hemofilia A y B severas. Pacientes con Hemofilia A y B severas, con presencia de inhibidores. Pacientes con Hemofilia A y B moderadas, con presencia de inhibidores.

<input type="checkbox"/> HEPATITIS C CRÓNICA (HCV): Certificación por: Gastroenterólogos, Infectólogos, o Hematólogos, Primarios capacitados, HIV Treaters	<p>Se requiere la evidencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen positivo de anticuerpos HCV Examen cuantitativo RNA <p>Puede ser sometido por el MCO / PCP o Especialista. La cubierta durará desde el momento en que el paciente sea registrado hasta 6 meses luego de completado el tratamiento con el medicamento Antiviral de Acción Directa (DDA con evidencia de respuesta virológica sostenida no detectada.</p> <p>El paciente tendrá acceso directo sin referido del PCP:</p> <ul style="list-style-type: none"> A especialista o subespecialista para el manejo de su condición. Al medicamento Antiviral de Acción Directa (DDA) establecido bajo la Cubierta de Medicamentos de ASES. A laboratorios médicamente necesarios, así como Imágenes, Sonografía, MRI, CT o alguna otra imagen radiológica sin referido del PCP.
<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN PULMONAR: Certificación de diagnóstico y plan de tratamiento por el neumólogo o cardiólogo.	<p>Evidencia de Estudio que certifique condición.</p>
<input type="checkbox"/> LEPRA: Certificación del diagnóstico por infectólogo o dermatólogo confirmando condición.	<p>-Evidencia de resultado de biopsia de piel -Resultado positivo en cultivo de infección</p>
<input type="checkbox"/> LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: Certificación de diagnóstico por reumatólogo.	<p>Evidencia de los siguientes laboratorios: -ANA Test, DS-DNA -Anti Sm -Anti Phospholipids.</p>
<input type="checkbox"/> NIÑOS CON CONDICIONES ESPECIALES Certificación del pediatra o especialista en la condición afectada. Laboratorio o estudio que determinó Dx: _____	<p>Laboratorios pertinentes que sustente el diagnóstico.</p>
<input type="checkbox"/> PALADAR HENDIDO Y/O LABIO FISURADO	<p>Usualmente identificado en el nacimiento, en un examen físico, o ultrasonido prenatal. No hay necesidad de un examen especial para el diagnóstico. Puede ser identificado por un obstetra, un neonatólogo / perinatólogo o un pediatra.</p>
<input type="checkbox"/> POST-TRASPLANTADOS: Excepto los trasplantes de córnea, hueso o piel a los que no les aplica la clasificación como condición especial . Certificación del especialista en trasplante o el especialista en la condición del órgano afectado (neumólogo; nefrólogo; hepatólogo/gastroenterólogo; cardiólogo; cirujano de trasplantes)	<p>Fecha del trasplante Tratamiento actual y medicamentos.</p>
<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS: Certificación del Neumólogo con plan de tratamiento	<p>Evidencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resultado de Prueba de la tuberculina Resultado de prueba IGRA Radiografía de tórax (pecho). Muestras de esputos (secreción, flema) para AFB Y cultivo para M. tuberculosis o Lavado Bronquial cuando no pueden expectorar. Biopsias del lugar afectado, si aplica. Resultado de Prueba de VIH
<input type="checkbox"/> VIH-SIDA: Certificación de registro por médico primario o médico de clínica de Tx VIH, manejador de casos en clínica Tx VIH, Infectólogo	<p>Evidence of positive result of the following laboratories:</p> <p>Step 1: Perform HIV-1/2 antigen/antibody (Ag/Ab) immunoassay: <i>if positive do reflex testing with</i></p> <p>Step 2: Perform HIV-1/HIV-2 Ab differentiation immunoassay. And if HIV-1/2 antigen/antibody (Ag/Ab) immunoassay reactive & HIV-1/HIV-2 Ab differentiation immunoassay negative:</p> <p>Step 3: Perform HIV-1 nucleic acid testing (NAT - qualitative)</p>

COMENTARIOS