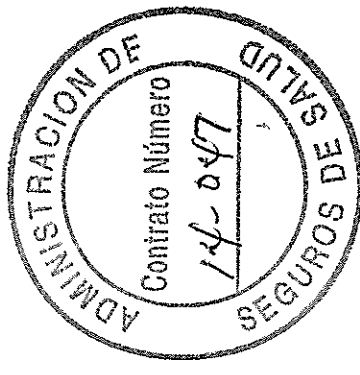


ATTACHMENT #11



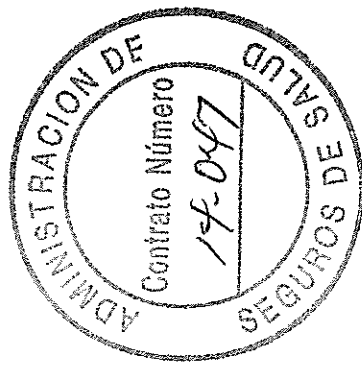
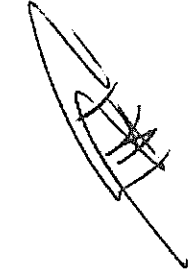
Attachment 11

MI Salud

Administrative Fees Per Member Per Month Per Region
Fiscal Year 2013-2014

Region	Per Member Per Month Administrative Fee	Estimated Membership
Metro North	\$ 5.82	212,042
Northeast	\$ 6.17	136,961
North	\$ 5.51	201,062
West	\$ 5.08	226,086
San Juan	\$ 8.21	99,733
Virtual	Included Above	4,967
Composite	\$ 5.85	880,851

Region	Per Member Per Month Administrative Fee	Estimated Membership
East	\$ 5.21	212,940
Southeast	\$ 5.50	164,988
Southwest	\$ 5.44	162,984
Composite	\$ 5.37	540,912

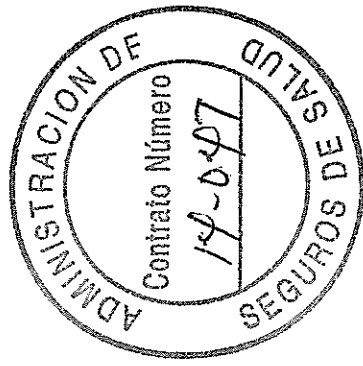


CC

CC

C

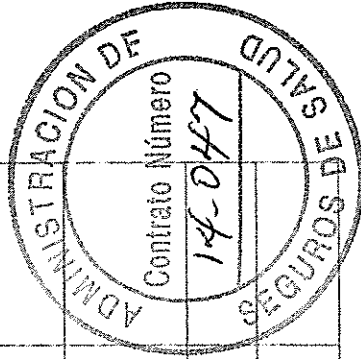
ATTACHMENT #12



Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico
 TPA Contract
 Deliverables
 Attachment 12

Contract Section	Deliverable	Contractor delivery date	Approval Yes/No	Status
6.4.5	Enrollee Handbook (Universal Guide)	November 1, 2013		
6.6.6	Provider Directory	December 1, 2013		
6.7.5	Front and back sample of Enrollee ID card	October 20, 2013		
6.8.13	Scripts addressing the question expected to arise most often for both the Information Service and the Medical Advice Service	October 20, 2013		
6.8.14; 6.8.14.1-4	Tele MI Salud Policies and Procedures, Quality Criteria and Protocols, Outreach Program, and Scripts and Training materials for Tele MI Salud call center employees	October 20, 2013		
6.9.5	Website screenshots	December 1, 2013		
6.10.2	Cultural Competency Plan	December 1, 2013		
6.12	Enrollment Outreach for the Homeless Population	December 1, 2013		
6.14.5.1	Marketing Plan and copies of all Marketing Materials (written and oral)	December 1, 2013		
7.5.3.4.5	Wellness Plan	December 1, 2013		
7.5.8.3.12	Pre-Natal and Maternal Wellness Plan	December 1, 2013		
7.7.6.6	Summary of the Strategy for the identification of populations with special health care needs	November 15, 2013		
7.7.6; 7.7.6.1-6	Protocols for screening and registering Enrollees for Special Coverage.	November 1, 2013		
7.7.9.1	Coordination Plan with the MBHO to meet the integration requirements for autism	October 17, 2013		
7.8.2.6	Case Management Policies and Procedures	October 17, 2013		
7.8.3.5	Disease Management Policies and Procedures	December 1, 2011		

MS

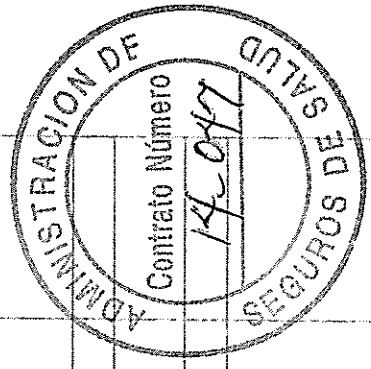


Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico
 TPA Contract
 Deliverables
 Attachment 12

7.9.1.3	EPDST Plan including procedures for tracking gaps in care and follow up for annual dental examinations and visits.	October 17, 2013	
8.8	Integration Plan incorporating the elements in Article 8, to ensure cooperation between TPA and MBHO	October 17, 2013	
9.6.1.6	Policies and Procedures for Enrollee selection of PCP	October 17, 2013	
9.11.3	MBHO Policies and Procedures that ensure timely Access to Behavioral Services and Integration of Care	November 1, 2013	
9.14.2	Protocols for screening Enrollees for participation in Case Management and Disease Management Programs	October 17, 2013	
9.19.4	Policies and procedures for determining the adequacy of Providers' available hours	December 1, 2013	
9.21.3	Policies and procedures for monitoring (PPN) Provider performance, measuring access to care, and identifying Provider compliance issues.	December 1, 2013	
9.1.1; 9.22.2	Assurances concerning the adequacy of Provider Network	TBD- Certification Due Upon Requests	
10.1.6.1	Model for each type of Provider Contract	Within Thirty Days Upon Execution	
10.1.6.1	Compact disk with copies of Provider Contract	Within Thirty Days Upon Execution	
10.2.1.3	Provider Guidelines	October 17, 2013	
10.2.2.1	Continuing Education Curriculum for Providers	December 1, 2013	
10.5.1.5	Capitation Methodology	October 28, 2013	
10.8.1	Electronic file and a list of all participating providers, listed by municipality, indicating the capacity of each Provider, as well as the specialty or	File Submission Monthly Based on Execution Date	

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

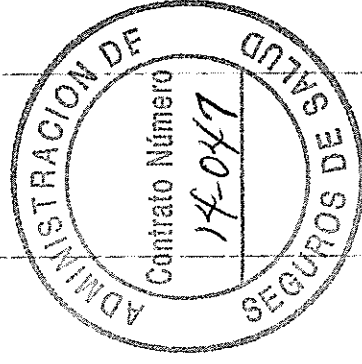


Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico
 TPA Contract
 Deliverables
 Attachment 12

	subspecialty of physicians		File Submission Monthly Based on Execution Date of the Fifth Day After End of the Month	
10.8.5	Control sheet of provider files including: - general description of the content of each file - the total number of records in each file.		October 17, 2013	
11.1.2	Utilization Management Policies and Procedures		October 17, 2013	
12.2.4; 12.3; 12.5.1	QAPI Program		December 1, 2013	
13.1.3	Fraud and Abuse Policies and Procedures, proposed compliance plan, and Program Integrity Plan		December 1, 2013	
14.1.3	Grievance System Policies and Procedures		October 24, 2013	
14.1.1.4	Grievance System Forms		October 24, 2013	
15.3.2	Staff Training Plan and a current organizational chart		October 17, 2013	
15.5.1-2	Implementation Plan		October 17, 2013	
10.5.1.8; 16.5.1	Provider Payment Schedule		October 17, 2013	
22.1.7	Payment Procedures and controls		December 1, 2013	
22.4.1.9	Plan for Routine Audits to prevent duplicate payments for third party billable services		December 1, 2013	
28.2	Certification that the Contractor does not contract with entities that have been under investigation for, accused of, convicted of, or sentenced to imprisonment, in Puerto Rico, the United States of America, or any other country, for any crime involving corruption, fraud, embezzlement, or unlawful appropriation of public funds, pursuant to Act 458, as amended, and Act 84 of 2002.		October 17, 2013	

MS

[Handwritten signature]



Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico
 FPA Contract
 Deliverables
 Attachment 12

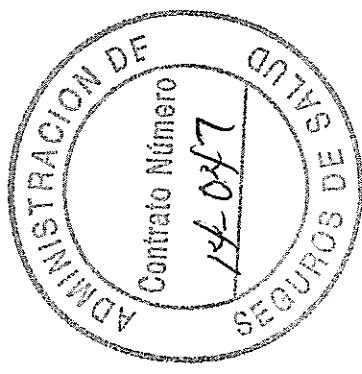
30.1	Insurance license issued by PRICO	October 17, 2013	
31.3	Certifications from government agencies, a list of Contractors' contracts with government agencies, and other documents relating to Contractor's compliance with federal and Puerto Rico law.	Within 15 days of execution of contract.	
38.2	Conflict of Interest Disclosure Form	October 17, 2013	

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



ATTACHMENT #13



C-

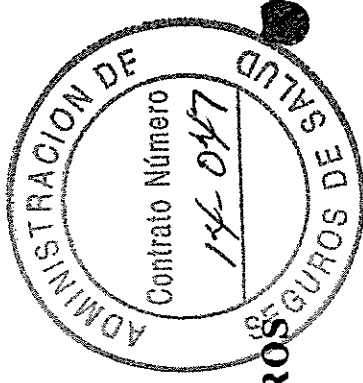
C-

C-



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS



21 de febrero de 1991

CARTA NORMATIVA CA-I-2-1232-91

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
Y SUS PROVEEDORES

ASUNTO: Contratación Per Capita

Señores:

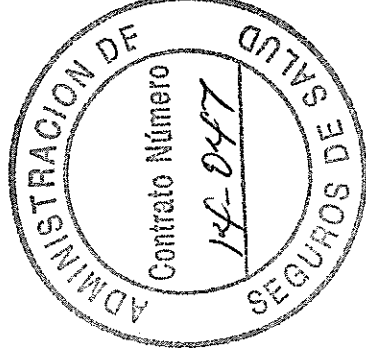
Mediante Carta Circular Núm. E-2-917-83 del 10 de febrero de 1983, esta Oficina prohibió a las distintas organizaciones de servicios de salud la contratación de proveedores de servicios de salud sobre una base per capita y/o de cantidades fijas.

La llamada base per capita, representa el pago fijo de determinada cantidad de dinero por suscriptor hecho por la organización al proveedor, no importa que dicho suscriptor utilice o no los servicios prestados por el proveedor.

Hemos reexaminado dicho concepto a la luz de las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico y encontramos que una transferencia absoluta de riesgo bajo los términos más liberales que podría permitir un contrato per capita, constituye el ofrecimiento de un plan de cuidado de salud por parte de un proveedor de servicios, quien generalmente no está autorizado por esta Oficina a realizar tales negocios.

No obstante lo anterior, dentro de ciertas limitaciones se puede llevar a cabo un tipo de contratación per capita por parte del proveedor de servicios médicos, que no constituya negocio de seguros.

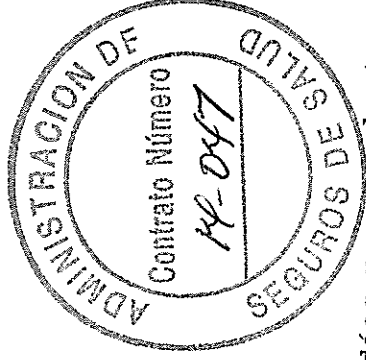
Las características esenciales de un contrato como el mencionado, son las siguientes: la organización de servicios de salud retiene la responsabilidad primaria hacia el suscriptor y la transferencia del riesgo económico se hace en forma prudente y razonable, basada en la experiencia real de la utilización de los servicios. Debe proveer, además, las garantías necesarias de calidad y suficiencia en la prestación de los servicios.



-2-

A tales efectos esta Oficina permitirá contratación sobre bases fijas o per capita, siempre que se cumpla con las siguientes condiciones:

- 1) La Organización de servicios de salud podrá contratar en forma per capita aquellos servicios donde por su localización geográfica o área de servicio, no pueda contar con facilidades propias.
- 2) La Organización de servicios de salud podrá contratar con cualquier grupo médico-hospitalario, hospital, asegurador o corporación de servicios médicos, debidamente acreditados, la provisión de aquellos servicios que aparecen en su evidencia de cubierta en armonía con la capacidad y a tenor con las limitaciones de dicho proveedor para facilitar sus servicios. Todo contrato per capita prohibirá al proveedor que a su vez subcontrate en forma per capita.
- 3) El contrato per capita o sobre bases fijas requerirá al proveedor que suministre a la organización de servicios de salud datos estadísticos sobre la utilización, costos, días-pacientes, estadía promedio, etc., y facultará a ésta a velar razonablemente por la calidad de los servicios prestados a sus suscritores. La organización de servicios de salud tendrá derecho al acceso de los libros del proveedor con el propósito de auditar los mismos, en lo que respecta a la contratación entre ambos y tomará las providencias necesarias para corregir aquellos defectos o faltas relacionadas que encuentre al proveedor con lo contratado. El proveedor suministrará a la organización sus estados financieros anuales y cualquier información razonable y necesaria sobre costos y utilización.
- 4) El contrato per capita deberá requerir al proveedor que mantenga récords de todos los suscritores a los cuales presta servicios, clasificados éstos por cada organización de servicios de salud a las que provee servicios. Dicha información estará accesible a las organizaciones de servicios de salud y a cualquier instrumentalidad pública. El proveedor conservará dichos récords por el período que la organización de servicios de salud le requiera mediante el contrato, pero en ningún caso será por menos de cinco (5) años.
- 5) El proveedor será responsable y deberá tener la capacidad de prestar los servicios de cuidado de salud por un período no menor de 30 días en caso de que la organización se liquide, esté pendiente de liquidación o en un procedimiento de cobro.
- 6) Toda organización de servicios de salud someterá a la Oficina del Comisionado de Seguros copia de cada contrato para evaluación y aprobación tipo per capita o sobre bases fijas que

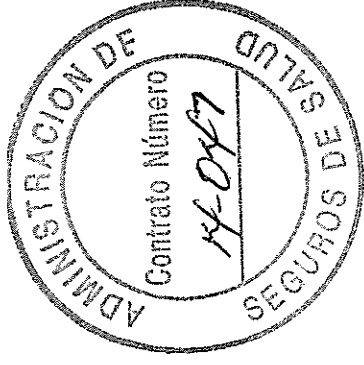


-3-

deseo otorgar, con no menos de 60 días previo al otorgamiento del mismo, (incluyendo el pago de derechos por \$250 pagaderos a nombre del Secretario de Hacienda) disponiéndose que el incumplimiento de esta directriz conllevará las sanciones que procedan conforme a lo establecido por las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico.

Con el propósito de determinar si se está cumpliendo con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico y de esta carta normativa, esta Oficina evaluará el cumplimiento de los requisitos de esta carta dentro de sesenta (60) días contados a partir de la fecha en que se someta. Para llevar a cabo dicha evaluación, tanto el proveedor como la organización de servicios de salud, suministrarán información sobre las facilidades del proveedor, los servicios que ofrecerá su personal y la relación de costos por los últimos 2 años, así como cualquier otra información que esta Oficina le requiera.

- 7) El contrato per capita entre la Organización y el proveedor se formalizará por escrito y su duración no podrá ser por más de un (1) año. Contendrá, entre otras, las siguientes cláusulas y condiciones:
 - a) Una declaración sobre cuál es la capacidad del proveedor en términos de horas-pacientes, días-camas y otra unidad similar y que dicha capacidad esté acorde con la utilización esperada para el número de suscritores per capita que cubrirá el contrato.
 - b) La organización de servicios de salud someterá anualmente a esta Oficina, en o antes del 31 de marzo, un informe comparativo sobre la experiencia en la contratación per capita.
 - c) El contrato per capita deberá tener como mínimo 50 suscritores, sin exceder las capacidades del proveedor.
 - d) El proveedor habrá de rendir un servicio médico de excelencia, a la par con las normas de la tecnología médica en esta jurisdicción. La organización atenderá todas las querellas o quejas por la falta de servicios, incompetencia, mala calidad en el servicio y cualquier otra queja relacionada con la prestación de servicios que presenten los suscritores.
 - e) El proveedor se comprometerá a hacer accesible a esta Oficina datos estadísticos sobre la utilización, los costos, la estadia promedio de pacientes, los servicios a los suscritores, el personal, los estados financieros anuales, sus libros en lo que respecta a la contratación con la



organización y cualquier información razonable y necesaria sobre costos y utilización de servicios.

8) En el contrato per capita, la tasa per capita no será menor de la cantidad actuarialmente necesaria para cubrir el costo del servicio médico.

9) La contratación per capita no menoscabará la obligación de la organización para con el suscriptor. El incumplimiento del proveedor será considerado como un incumplimiento de la organización.

10) La resolución o terminación de un contrato per capita sólo será efectiva mediante la notificación de un aviso escrito por cualquiera de las partes, con no menos de treinta (30) días de anticipación a la fecha de efectividad.

11) El proveedor per capita no podrá hacer mercadeo, suscripción o administración del plan de cuidado de salud a nombre de la organización de servicios de salud.

Se requiere, por la presente, estricto cumplimiento con lo dispuesto en esta carta normativa, la cual entrará en vigor de inmediato. Las organizaciones de servicios de salud tendrán hasta el 30 de junio de 1991, para finalizar cualquier acuerdo vigente que no esté conforme a lo aquí expresado y someterán evidencia al Comisionado de Seguros en o antes del 30 de agosto de 1991 del cumplimiento requerido por esta carta.

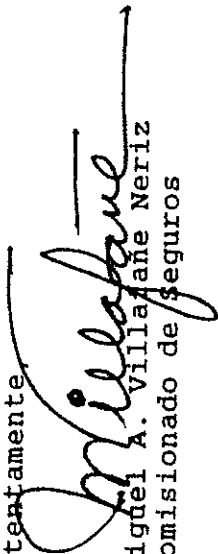
Cada organización de servicios de salud deberá presentar anualmente al Comisionado de Seguros, en o antes del 31 de marzo, un informe certificado y juramentado por el presidente de ésta. Dicho informe contendrá:

1. El nombre y la dirección de todos los proveedores per capita.
2. Un estado de costos y de ingresos de los contratos per capita.
3. Un estado de altas o bajas de suscriptores y su utilización por cada contrato per capita.
4. Un estado de reclamaciones por pagar reportadas y no reportadas del proveedor per capita.

El archivo de este informe conlleva el pago de derechos por \$50 págaderos a nombre del Secretario de Hacienda.

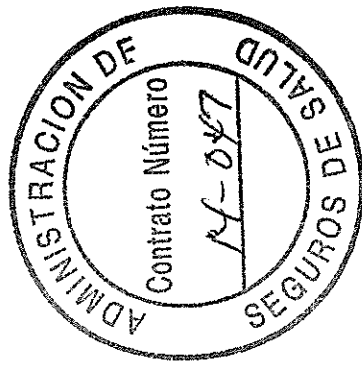
De tener cualquier duda sobre el contenido de esta carta normativa, deberá comunicarse con esta Oficina de inmediato.

Atentamente,


Miguel A. Villalaz
Comisionado de Seguros

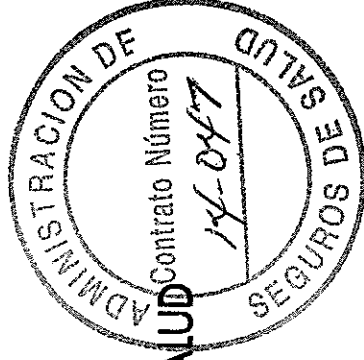








ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO



Carta Circular
Núm. 10-10-06

Año Fiscal 2010-2011
6 de octubre de 2011

A los Secretarios, Directores de Dependencias y Alcaldes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

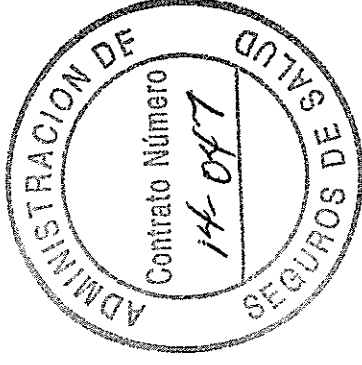
Asunto: Servicios Médicos Contratados para el Año 2011

Como parte del Plan de Reorganización Núm. 3 de 2010, las funciones antes ejercidas por el Área de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda relacionadas a la Ley Núm. 95 del 29 de junio de 1963 pasaron a la Administración de Seguros de Salud (ASES), entendiéndose la facultad de negociar, contratar y gestionar los beneficios de salud para los empleados públicos.

En la Carta Circular Núm. 1300-07-09, emitida por el Departamento de Hacienda, se establecen las instrucciones generales a seguir para el trámite y pago de los planes de servicios de salud del personal de Gobierno. De acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 95, se formalizaron los contratos de servicios de salud para el año 2011 con vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

1. Todo el personal elegible que interese ingresar a algún plan de servicios de salud contratado por la ASES deberá enviar el original de la solicitud de ingreso a la entidad aseguradora no más tarde del 30 de noviembre de 2010 con acuse de recibo. El empleado retendrá una copia como evidencia y enviará una copia a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia. El personal que se acoja a un plan de servicios de salud auspiciado por una organización de empleados, deberá tramitar su solicitud de ingreso a través de dicha organización. Ésta luego de verificar que el empleado pertenece a la organización, será responsable de enviar el original de la misma a la entidad aseguradora dentro de la fecha límite indicada. Será responsabilidad del asegurado pagar directamente a la entidad aseguradora la parte que le corresponda de la prima si entrega su solicitud después de la fecha límite establecida.



2. **La Oficina de Recursos Humanos de la agencia será responsable de retener las copias de las solicitudes de ingreso del personal para verificar las facturas que reciba de la entidad aseguradora.**

3. El personal que tenga un nombramiento transitorio, cuyo contrato de nombramiento sea menor de seis meses, es elegible para ingresar a los planes de servicios de salud contratados por la ASES, pero no tendrá derecho a la aportación patronal establecida en la Carta Circular 1300-07-09. En estos casos, al llenar la solicitud de ingreso, deberán indicar en un área visible de la misma la frase **SIN DERECHO A LA APORTACIÓN PATRONAL**. Estas solicitudes deberán ser entregadas a la entidad aseguradora y copia a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia.

La Oficina de Recursos Humanos de cada agencia utilizará las copias de las solicitudes recibidas para preparar una lista del personal, por entidad aseguradora y organización de empleados. Dicha lista incluirá el nombre y seguro social del asegurado principal e **identificará al personal transitorio sin derecho a la aportación patronal**. Bajo ninguna circunstancia incluirán en los medios magnéticos a los empleados transitorios cuyo nombramiento sea menor de seis meses.

4. **Las entidades aseguradoras autorizadas a enviar los cambios directamente al Área de Tecnología de Información (ATI) de este Departamento en los diferentes medios magnéticos tendrán hasta las 4:00 p.m. del 3 de diciembre de 2010 para entregarlos. Bajo ninguna circunstancia incluirán en los mismos a los empleados transitorios cuyo nombramiento sea menor de seis meses.**

5. En el Anejo 1 se indican las claves asignadas por ATI para identificar los descuentos por concepto de servicios de salud a efectuarse a favor de las entidades aseguradoras y organizaciones de empleados bajo la Ley 95 contratadas por el Secretario de Hacienda. ATI usará estas claves para identificar en el registro de nómina, la entidad aseguradora u organización de empleados con la cual el funcionario tiene su seguro de servicios médicos.

6. **Las agencias interesadas en que ATI les procese los cambios automáticamente para la primera quincena del mes de enero 2011, lo solicitarán por escrito a ATI, antes del cierre para procesar los mismos. Las agencias tendrán hasta las 4:00 de la tarde del 3 de diciembre de 2010 para someter su solicitud y autorización para que ATI procese sus cambios automáticamente. De no participar en dicho proceso, la agencia será responsable de efectuar los cambios directamente en el sistema RHUM (Recursos Humanos Mecanizados). Las agencias serán responsables de**



entrar las transacciones del personal transitorio cuyo nombramiento sea menor de seis meses.

7. En los contratos formalizados con las organizaciones de empleados se acordó que el pago correspondiente a las primas se emitirá a nombre de la entidad aseguradora a través de la cual se prestarán los servicios. En el Anejo 1 le indicamos a favor de quién se emitirán los pagos correspondientes.

8. **No están autorizadas las renovaciones automáticas**, con excepción de las cubiertas *Advantage* y Parte D de *Medicare*. Todo pensionado con la Cubierta *Advantage* y Parte D de *Medicare* que no desee continuar con el plan médico luego de la renovación automática y aquellos que pertenecen a la Cubierta Complementaria de *Medicare* tendrán hasta el 7 de febrero de 2011 para cambiar de compañía o renovar su cubierta.

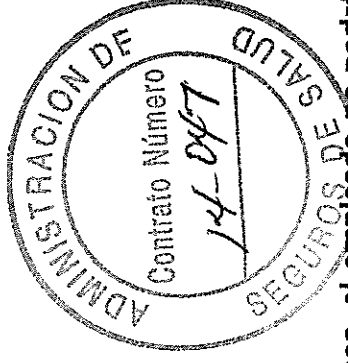
De incurrir en el incumplimiento de este inciso el empleado notificará a la ASES y el Plan de servicios de salud quedará obligado al pago de una penalidad de cinco mil (\$ 5,000.00) por ocurrencia pagadero a la ASES.

9. **Cuando el funcionario entregue más de una copia de la solicitud de ingreso a la agencia gubernamental, dicha agencia reconocerá como válida la primera solicitud recibida.**

10. La entidad aseguradora deberá emitir las tarjetas de identificación al asegurado, la cual incluirá la fecha de efectividad del Plan, **no más tarde de 15 días** luego de recibir la solicitud del empleado. Como evidencia de que envió las tarjetas, **utilizará el Formulario PS Form 3877, Certificate of Mailing**, que provee la oficina de correo postal. En el mismo indicarán el nombre y la dirección del asegurado y deberá ser certificado por el funcionario del correo. En los casos donde no pueda cumplir con el envío de las referidas tarjetas, enviará una certificación de cubierta al asegurado, no más tarde de 15 días luego de recibir la solicitud, y completará el Formulario PS Form 3877, como evidencia del envío de las mismas.

Cuando el asegurado no reciba las tarjetas o las certificaciones, se comunicará con la entidad aseguradora para solicitar el reembolso o la no-facturación del mes o los meses en que la entidad tarde en emitir las tarjetas o certificaciones. **En estos casos, deberá presentar evidencia de las gestiones de solicitud hechas por él a la entidad aseguradora.**

11. Los contratos de servicios de salud tendrán vigencia hasta el **31 de diciembre de 2011**. No obstante, aquellos funcionarios que interesen darse de baja por alguna razón **que no sea la de ingresar a otro plan**, podrán hacerlo en cualquier momento dentro de dicho período, mediante el Modelo SC 1330, Solicitud de Cancelación, (Anejo 2). **En estos casos, el empleado no podrá**



Solicitud de Cancelación, (Anejo 2). En estos casos, el empleado no podrá ingresar a otro plan de salud de los contratados por la ASES hasta la próxima negociación, ni la aportación patronal estará su disposición.

El Modelo SC 1330 se completará en original y dos copias. Será responsabilidad del asegurado enviar original del referido Modelo a la entidad aseguradora para que tramite el mismo y la copia a la Oficina de Recursos Humanos del organismo para el cual trabaja. Retendrá la última copia como prueba de la solicitud.

12. **La única razón para que la entidad aseguradora no proceda a cancelar el contrato del plan médico será que el funcionario adeude primas. Tan pronto la entidad aseguradora reciba la Solicitud de Cancelación tendrá 5 días para notificarle al asegurado, si dicha cancelación no procede.**

La entidad aseguradora le notificará al empleado que primero tiene que pagar para que proceda su cancelación. De lo contrario, tiene que permanecer en el plan hasta la vigencia del contrato.

13. Si durante la vigencia del contrato, el empleado o sus dependientes son elegibles para ingresar a otro plan médico grupal, podrá solicitar la baja del plan contratado por la ASES. En estos casos, la cancelación tendrá efectividad el día primero del mes siguiente si se somete en o antes del día 10. Si la solicitud de baja se efectúa después del día 10, la cancelación tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.

14. Si durante la vigencia de este contrato, un empleado o sus dependientes dejan de ser elegibles a otro plan médico, podrá solicitar ingreso al plan contratado por la ASES. En este caso tendrá treinta (30) días a partir de la fecha de notificación de cancelación para solicitar el cambio. Deberá presentar evidencia de la fecha de efectividad de la cancelación. El ingreso en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la misma, siempre que la persona la solicite antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después del día diez (10) del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

15. Las agencias tienen la obligación de enviar la documentación necesaria que justifique cualquier ajuste hecho en el pago a la aseguradora.

16. Las agencias no podrán utilizar el Sistema RHUM para efectuar reembolso de planes de servicios de salud a empleados ni a entidades, una vez vencido su periodo de contratación.



17. En los casos de aquellos empleados con licencia por enfermedad, las agencias vienen obligadas a pagar la aportación patronal tan pronto el plan médico facture y no esperar a que el empleado se reinstale en sus labores.
18. El plan familiar mancomunado no aplica al personal y sus familiares que pertenezcan a la Asociación de Maestros de Puerto Rico. Tampoco aplica al personal de las corporaciones públicas o entidades gubernamentales cuyos servicios de salud no estén contratados bajo las disposiciones de la citada Ley Núm. 95. Sin embargo, para las uniones que contraten bajo la Ley Núm. 158 se permitirá la mancomunación.

LEY NÚM. 158 DEL 10 DE AGOSTO DE 2006

Dicha Ley dispone que las uniones que están bajo la Ley Núm. 45 del 25 de febrero de 1998, según enmendada, mejor conocida por Ley de Sindicalización de Empleados Públicos, tendrán derecho a que el representante exclusivo negocie directamente a nombre de éstos, todo lo concerniente a los beneficios relacionados al plan de servicio de salud. Para el año 2008 varias organizaciones presentaron al Secretario de Hacienda sus negociaciones con un plan único. Las agencias a las cuales les aplique dicha negociación tendrán que tomar las siguientes medidas:

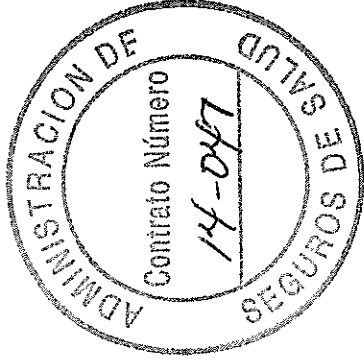
1. La unión notificará oficialmente a la agencia y a sus unionados que se están acogiendo a dicha Ley Núm. 158 y el nombre del plan médico seleccionado.
2. La agencia solicitará a la unión copia de la solicitud de cada unionado acogido al plan. Dicha agencia no podrá ingresar en bloque a todos los unionados en dicho plan, solo ingresará aquellos que la Unión les presente copia de la solicitud.
3. La agencia acordará con la unión la forma en la cual se harán los descuentos. El pago de estos descuentos se hará a nombre de la entidad aseguradora o del Plan Médico.
4. La agencia acordará con la ASES la forma en que realizará los cambios y será responsable de enviar los mismos directamente a ATI en los diferentes medios magnéticos. Las normas, fechas y calendario a seguir se regirán por la Ley 95.
5. La unión velará que los descuentos y los servicios le sean prestados a los unionados.
6. El unionado gestionará toda querrela o reclamación directamente con la unión.
7. El Plan Médico seleccionado será compulsorio para todos los unionados, exceptuando las siguientes condiciones:
 - a. Que el empleado presente evidencia de desafiliación a la unión.

A handwritten signature and the initials 'MS' are written in the top right corner of the page.



- b. Que el empleado pertenezca a Mi Salud como Médico Indigente o ELA Puro, (entiéndase que se acoge al Plan a través de su aportación patronal sin estar certificado por la Oficina del Programa de Asistencia Médica de su municipio de residencia). De estar interesado en ingresar al plan médico de la unión deberá darse de baja en la oficina del Programa de Asistencia Médica correspondiente ante de la fecha de efectividad del Plan seleccionado. Si el empleado público está en Mi Salud como médico indigente y pierde este beneficio fuera de las fechas establecidas debe completar su afiliación como ELA Puro hasta culminar tiempo de la cubierta. El empleado no podrá ingresar a ningún otro plan de los contratados por la ASES ni tendrás su aportación patronal a su disposición. Dicha cancelación será efectiva al 31 de diciembre del año contrato.
- c. En un plan familiar o pareja mancomunado, que el unionado no sea el asegurado principal.
- d. El empleado sea miembro de la Asociación de Maestros. De estar interesado en ingresar al plan médico de la unión, el empleado se comunicará con la Asociación de Maestros antes de llenar la solicitud de la unión para que éstos lo orienten sobre el proceso a seguir para la cancelación de su plan con la Asociación.
- e. El empleado no desee acogerse al Plan Médico seleccionado. **De ser así, éste no podrá utilizar su aportación patronal para ningún otro Plan Médico contratado por la ASES.**
8. El empleado no podrá hacer cambios a otro Plan Médico durante el año.
9. Si durante la vigencia del contrato, el empleado es reclasificado de unionado a gerencial, éste dejará de ser elegible al Plan Médico bajo la Ley Núm. 158. En estos casos, el empleado tendrá 30 días a partir de la fecha en que tiene conocimiento del cambio para acogerse a uno de los planes contratados por la ASES bajo la Ley Núm. 95. Este deberá presentar al plan médico una certificación de la agencia que indique que ya no es miembro de la unión bajo esta Ley.
- Aquel empleado gerencial que pertenezca a alguna Organización de Empleados bajo la Ley Núm. 158 y pase a ser unionado tendrá también 30 días para acogerse al plan que le corresponda a dicha Organización. Deberá presentar a la unión una certificación de la agencia que indique que ya no es empleado gerencial.

10. La vigencia de este contrato será igual a la fecha establecida por la ASES, así como cualquiera otra fecha establecida por su Director Ejecutivo.



PROGRAMAS DE ADVANTAGE PARA PENSIONADOS

La efectividad de los planes contratados para los pensionados de Medicare con cubierta de Medicina 9.2, Medicare Parte D o Advantage será del 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre del 2011.

ENTIDADES ASEGURADORAS PARA PROGRAMAS DE ADVANTAGE PARA PENSIONADOS AÑO 2011

Nombre	Código de deducción
FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC	A27
HUMANA INSURANCE	A17
MCS LIFE INSURANCE	A14
MEDICARE Y MUCHO MAS	A35
TRIPLE S, INC.	A01

ENTIDADES ASEGURADORAS PARA PROGRAMAS MEDICINA PARTE-D PARA PENSIONADOS AÑO 2011

Nombre	Código de deducción
TRIPLE S, INC.	D01
MCS LIFE INSURANCE	D14
FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC	D27

DISPOSICIONES GENERALES

1. Los aseguradores serán responsables de ofrecer orientaciones e información a sus representantes y a los funcionarios durante las campañas de orientación. Además, serán responsables de notificar a los asegurados los cambios que ocurran en la cubierta y mantener evidencia de estas.
2. El trámite y pago de los planes médicos se regirá por las disposiciones de la **Carta Circular Núm. 1300-07-09** emitida por el Departamento de Hacienda.
3. La Oficina de Recursos Humanos de cada agencia, solicitará el Certificado de Matrimonio actualizado.
4. Autorizamos a las agencias a reproducir el Modelo SC 1330, Solicitud de Cancelación en sus propias facilidades.



Es importante que hagan llegar una copia del mismo a cada uno de los empleados de su agencia.

6. Próximamente se emitirá una Carta Circular para informarles las Organizaciones de Empleados bajo la Ley 95 y Ley 158 con las cuales la ASES formalizará contratos de Salud para el año 2011, así como las claves que identificarán las mismas.

Esta Carta Circular deroga la Carta Circular Núm. 1300-21-10 del 15 de enero de 2010.

El texto de esta carta circular está disponible en nuestra página de Internet en la dirección www.ases.gobierno.pr/publicaciones/cartas_circulares_cont.html.

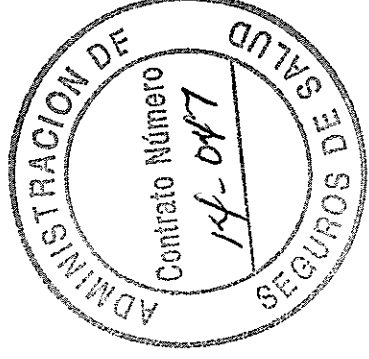
Es responsabilidad de las agencias hacer llegar las disposiciones de esta Carta Circular a cada uno de su personal, especialmente a los de la Oficina de Recursos Humanos encargados de los planes médicos.

Cordialmente,


Domingo Nevárez-Ramírez, MHSA
Director Ejecutivo


Sr. Carlos Guzmán
Representante de Servicios

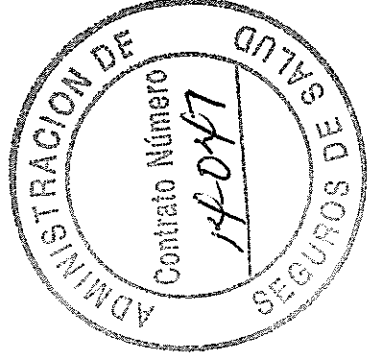
Anejos



INFORMACIÓN PARA INGRESAR O RENOVAR PLANES MÉDICOS AÑO 2011

1. Las solicitudes de ingreso a los planes de salud deben llegar a la entidad aseguradora no más tarde del **30 de noviembre de 2010**, para garantizar la efectividad al **1 de enero de 2011**.
2. El personal que tenga un nombramiento transitorio cuyo contrato de nombramiento sea menor de seis meses es elegible para ingresar a los planes de servicios de salud, pero sin derecho a la aportación patronal. En este caso, indicará en su solicitud de ingreso la frase **SIN DERECHO A LA APORTACIÓN PATRONAL**.
3. El asegurado enviará la solicitud de ingreso a la entidad aseguradora y copia a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia. El personal que se acoja a un plan de servicios de salud auspiciado por una organización de empleados tramitará su solicitud de ingreso a través de dicha organización.
4. La entidad aseguradora deberá emitir las tarjetas de identificación al asegurado y se compromete a trabajar las solicitudes de cancelaciones o bajas no más tarde de 15 días luego de recibir la solicitud del empleado.
5. De **no recibir** las tarjetas o las certificaciones de cubierta, dentro del período establecido en el punto 4, el asegurado deberá comunicarse con la entidad aseguradora. El asegurado podrá solicitar el reembolso o no facturación del mes o los meses en que la entidad tarde en emitir las tarjetas o certificaciones y presentará pruebas de las gestiones hechas por él a la entidad aseguradora.
6. Al llenar la solicitud de ingreso, deberá completar todas sus partes con la información, según aparece en la Agencia.
7. Cuando un empleado interese acogerse a un plan médico mancomunado y su cónyuge presta servicios en otro organismo llenará el Modelo SC 1335, **Certificación para Acogerse al Plan de Salud Mancomunado**. El plan familiar mancomunado no aplica al personal y sus familiares que pertenecen a la Asociación de Maestros de Puerto Rico. Tampoco aplica al personal de las corporaciones públicas u entidades gubernamentales cuyos servicios de salud no estén contratados bajo las disposiciones de la citada Ley Núm. 95. Sin embargo,





para las uniones que contraten bajo la Ley Núm. 158 se permitirá la mancomunación.

La Oficina de Recursos Humanos de la agencia, solicitará copia del Certificado de Matrimonio actualizado.

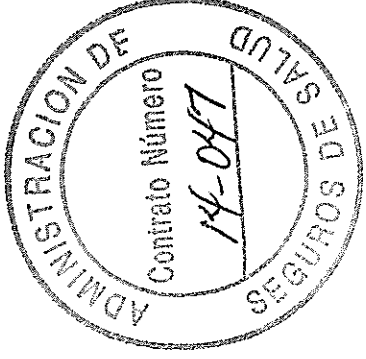
8. Después del 30 de noviembre de 2010 no se tramitará solicitud de ingreso alguna, con las siguientes excepciones:

- a. Personal de nuevo nombramiento. Estos tendrán 60 días a partir de la fecha de efectividad de su nombramiento.
- b. Personal que ingrese en alguna de las organizaciones de empleados, con las cuales se haya contratado, con el fin de acogerse a los planes de salud que ofrecen dichas organizaciones.
- c. Personal que luego del 30 de noviembre se acoja a los beneficios de retiro, de cualquiera de los Sistemas de Retiro, que interesen continuar o ingresar en uno de los planes médicos contratados por el Secretario de Hacienda. Dichas solicitudes deberán tramitarse a la entidad aseguradora correspondiente con no menos de 60 días de antelación a la fecha en que cesará.

9. Si el asegurado cesa en sus funciones, tendrá la opción de continuar con su plan médico, mediante pago directo o no continuar con el mismo. De continuar con su plan médico, retendrá sus tarjetas, le informará su decisión al supervisor inmediato y al Área de Recursos Humanos de su agencia y completará el Modelo SC 1339, Certificación de Conversión de Plan Médico en Casos de Renuncia o Cesantía. **De no continuar con el plan médico el empleado es responsable de notificarlo a la entidad aseguradora.** Además, deberá entregar, a su supervisor inmediato, su tarjeta y la de sus dependientes, incluyendo la correspondiente a su cónyuge si tenía plan médico mancomunado. El supervisor enviará el Modelo SC 1339 y copia de la renuncia al Área de Recursos Humanos de la Agencia, quien a su vez la enviará a la entidad aseguradora.

10. Cuando el asegurado principal cese, pero prestó servicios por un periodo menor de 15 días durante cualquier mes, excepto por razón de licencia autorizada, no se le contará dicho periodo como trabajado para los efectos del





pago de la aportación patronal. La prima será pagada en su totalidad por el asegurado.

11. El asegurado está obligado a notificar, por escrito, a su plan médico los siguientes cambios:

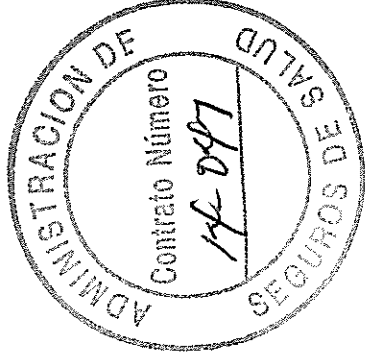
a. **Destitución y suspensión de empleo o sueldo** - Indicará la fecha de efectividad de la destitución o suspensión y su dirección. En los casos de suspensión indicará, además, la fecha de vencimiento de la misma. Si tiene un plan médico mancomunado, le enviará copia de la comunicación a la dependencia donde preste servicios su cónyuge para la acción correspondiente. Al cónyuge del asegurado principal, se le hará el descuento del asegurado principal por el tiempo que dure dicha destitución o suspensión de empleo y sueldo.

En caso de suspensión o destitución no confirmada, de continuar con el contrato, el funcionario hará sus pagos de primas, incluyendo la parte patronal, directamente a la entidad aseguradora u organización de empleados. Cuando el funcionario se reincorpore al trabajo, de continuar con el seguro, se harán los ajustes para reembolsarse la aportación patronal por el período de su cesantía o suspensión, de acuerdo con la Sección 9 (c) de la Ley Núm. 95. En los casos de planes mancomunados, cuando el cónyuge del asegurado principal se reincorpore al trabajo, la entidad aseguradora hará los ajustes para rebajar el descuento al asegurado principal y facturar a la dependencia donde preste servicios su cónyuge.

b. **Licencia sin Sueldo, Licencia Militar sin Sueldo o Licencia Familiar y Médica (Modelo SC 1334)** – Indicará la fecha en que comienza y termina la misma y si continuará o no con el contrato. Además, si tiene un plan mancomunado, enviará copia de dicha comunicación a la dependencia donde preste servicios su cónyuge, para la acción correspondiente.

Si continúa con el contrato, la cubierta continuará en vigor por un período que no excederá de un año para licencias bajo la Ley Núm. 95, o por un período que no excederá de 12 semanas en los casos de licencias bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, (Public Law 103-3), y tendrá derecho al pago de la aportación patronal correspondiente por el referido período. Si el funcionario se reintegra al servicio público luego de terminada





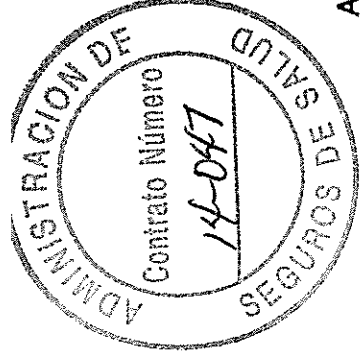
la licencia y no está acogido a un plan médico, tendrá 60 días siguientes a la fecha de su reingreso para solicitar ingreso a uno de los planes médicos contratados por el Secretario de Hacienda.

Cuando un empleado suscrito a un plan de beneficios de salud se acoge a una licencia sin sueldo y determina continuar con el contrato de seguro, tendrá derecho al pago de la aportación patronal por un período que no excederá de 12 meses, siempre y cuando se reintegre al servicio público al finalizar dicho período. Si al cumplirse el año desde la fecha en que se le concede la licencia sin sueldo, el empleado no se ha reintegrado a sus labores, habiendo disfrutado del pago de la aportación del Gobierno al plan de beneficios de salud, vendrá obligado a reembolsar dicha cantidad a su agencia. Sin embargo, el Secretario de Hacienda podrá excluir de la obligación de reembolsar las aportaciones mencionadas, a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios del retiro por una condición de salud.

Cuando un militar suscrito a un plan de beneficios de salud se acoge a una licencia militar sin sueldo y determina continuar con el contrato de seguros, deberá notificarle a la entidad aseguradora y a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia. La licencia militar sin sueldo es hasta que la persona regrese y no tiene que devolver la aportación patronal siempre y cuando sea activado para una necesidad específica.

12. Los funcionarios tramitarán por escrito cualquier reclamación por errores en descuentos directamente a la entidad aseguradora u organización de empleados dentro de los 30 días siguientes de haber recibido el talonario o alguna notificación de cobro.
13. En los casos de renuncia del cónyuge del asegurado principal en un plan mancomunado, se procederá igual que en los casos de destitución.
14. Si durante la vigencia del contrato, el funcionario o sus dependientes son elegibles para ingresar a otro plan médico, podrá solicitar la baja del plan contratado por el Secretario de Hacienda. En estos casos, la cancelación tendrá efectividad el día primero del mes siguiente si se somete antes del día 10. Si la solicitud de baja se efectúa después del día 10, la cancelación tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.





15. Los funcionarios que se acojan a un plan médico auspiciado por una organización de empleados públicos deberán canalizar su solicitud de ingreso directamente a la organización que corresponda.
16. Las reclamaciones de servicios se tramitarán por escrito directamente a la entidad aseguradora u organización de empleados correspondiente, dentro de los 60 días siguientes de haber recibido algún servicio cubierto por la póliza.



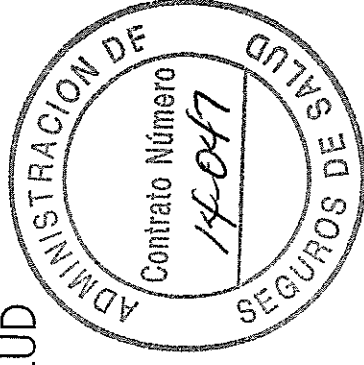
C.

C.

C.



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO



29 de junio de 2011

CARTA NORMATIVA #11-06-29

A TODOS LOS PROVEEDORES QUE OFRECEN SERVICIOS DE SALUD PARA EL PLAN MI SALUD

Re: Asunto: Suscripción Automática - ("Auto Enrollment")

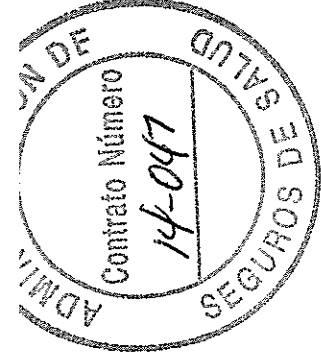
Estimado Proveedor:

Toda persona que a partir del 1 de julio de 2011 resulte ser elegible al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico estará automáticamente asegurada con Mi Salud y suscrita a éste según la Región de residencia.

El asegurado podrá comenzar a recibir servicios de salud desde el mismo día que la Oficina de Medicaid, del Departamento de Salud de Puerto Rico, le haga entrega de la hoja MA-10. El título de este documento es "Notificación de Acción Tomada sobre Solicitud y/o Re-Evaluación" y se incluye copia de la misma para familiarizarlo con de la hoja MA-10 y facilitar la lectura de esta Carta Normativa. La fecha para determinar desde cuándo la persona está asegurada es la que se indica en la sección titulada "Fecha de Certificación" de la hoja MA-10 (parte superior derecha). Al asegurado también se le entregará la Carta de Bienvenida a Mi Salud, (se incluye el Modelo de la Carta).

En caso de que el asegurado acuda a su oficina o instalación de servicios de salud y solicite algún servicio de salud y el o ella no hubiese recibido la tarjeta de identificación del Plan Mi Salud, el proveedor debe solicitarle copia de la hoja MA-10 y la Carta de Bienvenida. Esta Carta, cuando se presenta con la hoja MA-10, tiene una vigencia de 30 días contados a partir de la "Fecha de Certificación" que indica la hoja MA-10.

El asegurado tiene que presentarle ambos documentos al momento de solicitar algún servicio de salud cubierto por el Plan Mi Salud para evidenciar que (i) su nombre consta en la hoja MA-10 y deben validar la identidad del beneficiario contra algún tipo de tarjeta de identificación u otro mecanismo para autenticar su identidad, (ii) está suscrito al Plan de Mi Salud, (iii) no han pasado 30 días desde la Fecha de Certificación de la hoja MA-10 (iii) y entonces puede comenzar a recibir servicios. El proveedor, además, deberá verificar que al momento de



prestar los servicios la Carta de Bienvenida y hoja de MA-10 están vigentes, ya que no serán efectivos si han pasado los 30 días.

Es importante que el proveedor llame al asegurador de la región del asegurado para verificar si este beneficiario ya se le asignó un médico primario, el Grupo Médico Primario y una Red Preferida. De no tener un médico primario, aún así el proveedor podrá prestar los servicios de salud y facturar a Humana o MCS-HMO por los servicios de salud física o dental y a APS Healthcare por los de salud mental. Estas entidades tienen la responsabilidad de pagar por sus servicios según los términos y las condiciones del contrato suscrito entre usted y la entidad correspondientes y las disposiciones contenidas en esta Carta Normativa.

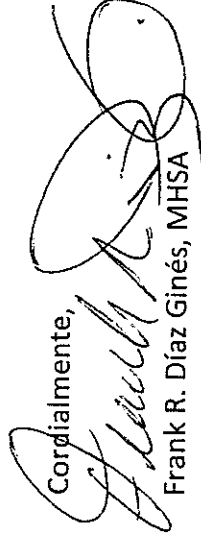
Para facilitarle la facturación y pago por los servicios que el proveedor prestó, en la hoja MA-10 se incluye una sección que indica "MPI/SS". En la misma está escrito el número de identificación del asegurado.

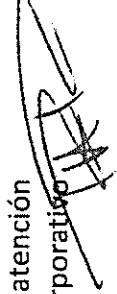
Es importante indicar que lo dispuesto en esta Carta Normativa no aplica a los beneficiarios que: (1) Están en un Plan Medicare Platino y (2) Tienen una hoja MA-10 con Fecha de Certificación previo al 1 de julio de 2011. En este último caso el beneficiario tienen que ir a la Oficina del Asegurador de su región (Humana o MCS-HMO) a buscar la tarjeta del Plan Mi Salud para comenzar a recibir los servicios cubiertos.

ASES requiere a MCS-HMO, Humana y APS Healthcare que en un término improrrogable de cinco (5) días calendario le envíe a cada uno de sus proveedores participantes para el Plan Mi Salud copia fiel y exacta de esta Carta Normativa. Las entidades deberán enviar a la atención del Director Ejecutivo de ASES una Declaración Jurada suscrita por su Presidente Corporativo haciendo constar que han dado fiel cumplimiento con lo aquí requerido.

Solicitamos el fiel cumplimiento con esta normativa para que se mantengan brindando los servicios de excelencia y calidad conforme al Plan Mi Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Como siempre, estamos seguros que contamos con el apoyo de los proveedores.

Cordialmente,

Frank R. Díaz Ginés, MHSA
Director Ejecutivo



C

C

C



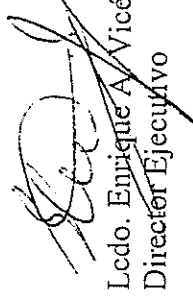
ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO



13 de febrero de 2004

A TODAS LAS ASEGURADORAS, COMPAÑÍAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL, ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE CONTRATACION DIRECTA, GRUPOS MEDICOS DEL DEMOSTRATIVO DE CONTRATACION DIRECTA, CENTROS PRIMARIOS, ASOCIACIONES DE PRÁCTICA INDEPENDIENTE Y PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL SEGURO DE SALUD DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO



Lcdo. Enrique A. Vicéns Rivera
Director Ejecutivo

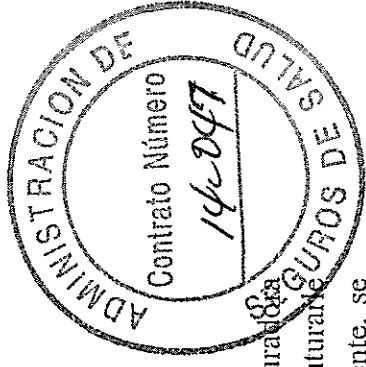
Carta Normativa Núm. 04-0130

PAGO DE RECLAMACIONES EN SALAS DE EMERGENCIAS POR SERVICIOS DE SALUD FISICA Y MENTAL EN HOSPITALES MEDICO-QUIRURGICOS

Durante el transcurso del año fiscal 2003 y del corriente, la Administración de Seguros de Salud ("ASES") ha recibido una cantidad significativa de quejas provenientes de instituciones hospitalarias medico-quirúrgicas. En particular, dichas instituciones nos preguntan cuál es la entidad responsable del pago de reclamaciones por servicios rendidos en salas de emergencias de dichas instituciones cuando se hacen procedimientos físicos para estabilizar un beneficiario de salud mental o cuando se realizan exámenes y pruebas físicas de diagnóstico pero el diagnóstico final resulta ser uno cubierto por las compañías de servicios de salud mental ("MBHOs").

En aras de aclarar la confusión existente al respecto, esta Carta Normativa dispone la interpretación de la ASES al respecto, la cual ha sido comunicada anteriormente a "MBHOs" y Aseguradoras:

Cuando un beneficiario es admitido en un hospital médico-quirúrgico o reciba servicios en salas de emergencias de dichos hospitales, las aseguradoras tramitarán el pago del fondo correspondiente por todo procedimiento físico que razonablemente se pueda realizar para estabilizar a un beneficiario independientemente de que el diagnóstico final sea uno de salud mental. Igualmente, las aseguradoras serán responsables de tramitar el pago del fondo correspondiente por exámenes y pruebas físicas de diagnóstico que razonablemente se puedan realizar a base de los síntomas con los que se presenta un beneficiario conforme a la definición de condición de emergencia médica en los contratos, la cual establece la



reglamentación federal. Por ejemplo, es responsabilidad de la aseguradora pagar a proveedores por reclamaciones de lavado de estómago o suturables las muñecas a un beneficiario con intento suicida. Simultáneamente, se tiene que contactar al “MBHO” de acuerdo a su protocolo para la consulta psiquiátrica y correspondiente referido.

De necesitarse una consulta o evaluación psiquiátrica, el hospital médico-quirúrgico o su sala de emergencia coordinará la misma utilizando los protocolos del “MBHO” y la Hoja Uniforme de Referido Para Servicios de Salud Mental. El “MBHO” será responsable solamente por el ofrecimiento de aquellos servicios de salud mental, servicios relacionados al tratamiento de alcoholismo y/o dependencia de sustancias controladas, los cuales excluyen procedimientos de estabilización física o de diagnóstico en dichas instituciones.

Conforme al contrato entre la ASES y los “MBHO’s”, estos tendrán disponibles psiquiatras con privilegios en hospitales médico-quirúrgicos, los cuales atenderán las consultas de beneficiarios admitidos en dichos hospitales. Si al momento de requerirse el servicio de salud mental en la unidad hospitalaria, el “MBHO” no tiene médicos disponibles, el beneficiario podrá recibir tratamiento para su condición por parte de los facultativos psiquiátricos coordinados a través del hospital y que cumplan con los requisitos de credenciales (usuales) para ese tipo de proveedor. Esto hasta que el paciente pueda ser transferido a una institución psiquiátrica, previa autorización del “MBHO”. Es importante señalar que en estos casos aplicará la siguiente exclusión contemplada en nuestro acuerdo contractual (ASES y los “MBHO’s”):

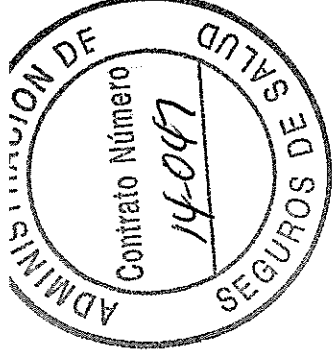
- Servicios ordenados y/o prestados por proveedores no participantes de servicios de salud mental, excepto en casos de real y comprobada emergencia o mediante previa autorización de la compañía de servicios de salud mental (“MBHO”).

Para efectos de pago, el “MBHO” verificará las credenciales usuales del facultativo y compensará a éste por una cantidad que no será menor a la contratada con los proveedores del “MBHO” para ofrecer los servicios de consulta psiquiátrica en hospitales medic-quirúrgicos. En caso de que el paciente sea beneficiario de Medicare y el Seguro de Salud, el reembolso al facultativo se efectuará de acuerdo al contrato con la ASES.



21 JAN 2009

14-047



23 de diciembre de 2008

Lcda. Minerva Rivera
Directora Ejecutiva ASES

Johnny V. Rullán, MD., FACPM
Secretario de Salud

LISTADO DE DIAGNÓSTICO DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD (NNES)

El listado de Diagnósticos de Niños con Necesidades Especiales de Salud fue revisado respondiendo a su petición.

Es necesario señalar que en principio este listado fue provisto a ASES como una guía; por tanto, es importante que no se excluya de los beneficios de la cubierta de la Tarjeta de Salud del Gobierno de Puerto Rico a un niño que presente alguna condición que no esté en el listado. Si el niño cumple con la definición de Niños con Necesidades Especiales de Salud del Negociado para la Salud Materno Infantil, deberá recibir los servicios aún antes de que se establezca un diagnóstico.

Sometemos además nuestras recomendaciones para la identificación, diagnóstico y tratamiento de los niños y jóvenes con necesidades especiales de salud a manera de asegurar el acceso a los servicios que esta población necesita. Éstas tienen el propósito de asegurar unos servicios uniformes para todos los niños con necesidades especiales de salud sin importar la aseguradora.

Gracias por su atención a este asunto.

Listado de Diagnóstico de NNES
d/Varios 2008-06

2009 JAN 21 P 2:44

RECIBIDO
OFICINA DIRECTOR EJECUTIVO
ASES

NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

DEFINICIÓN:

Niños que tienen o se encuentran en mayor riesgo de desarrollar una condición crónica física, de conducta, emocional o del desarrollo, que también necesitan servicios de salud y otros servicios relacionados de un tipo o en una cantidad que va más allá de lo que los niños necesitan por lo general.

ESTANDAR DE NECESIDAD MÉDICA ESPECÍFICO PARA NIÑOS

- Servicios médicamente necesarios son aquellos necesarios para la prevención y el mantenimiento de la salud o para el diagnóstico y tratamiento de una condición física o mental, o si fueran necesarios para prevenir el deterioro de esa condición o para promover el desarrollo o el mantenimiento del funcionamiento apropiado para la edad.

CUBIERTA ESPECIAL NNEES

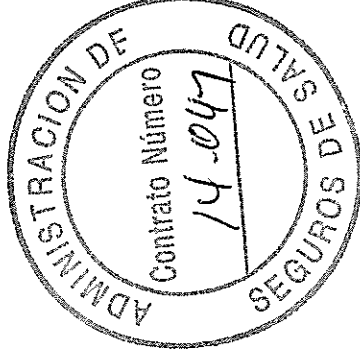
En la "Cubierta Especial" las Aseguradoras, con quien ASES contrata los servicios, asumen el riesgo de los servicios para las condiciones clasificadas con Diagnósticos de Condiciones de Niños con Necesidades Especiales. (Ver lista diagnósticos ASES)

En esta lista de condiciones se incluyen los diagnósticos más frecuentes, pero no limita o excluye otras condiciones que cumplan con la definición. Con este propósito se debe utilizar un instrumento de cernimiento (ver "Screener") para determinar su aplicabilidad.

Es responsabilidad del médico primario solicitar la cubierta, y registrar al asegurado utilizando el formulario correspondiente para Niños con Necesidades Especiales de Salud que se encuentra en el Manual del Proveedor. También el proceso de certificación puede ser iniciado por uno de los Centros Pediátricos del Departamento de Salud.

Para poder evaluar y certificar estos casos es necesario que se incluya junto al formulario la información necesaria: Ej

- Resumen de caso: Historial y físico actualizado
- Evaluaciones y consultas de especialistas.
- Resultados de procedimientos y pruebas diagnósticas
- Resultados de pruebas de laboratorio diagnósticas.
- Plan de seguimiento necesario.
- Plan de tratamiento



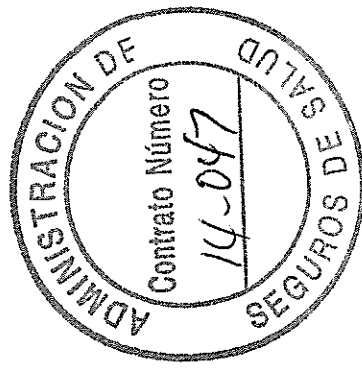
Me

A handwritten signature or set of initials, possibly "ME", written in black ink.

Esta información y el formulario de registro deben ser enviadas al Programa de Manejo de Casos (PMC) de la Aseguradora. El PMC evaluará la solicitud de certificación y la información documental incluida. Cada caso se evalúa individualmente por el Manejador de casos y consultando al equipo asesor del Programa. Esto dependerá de la cubierta negociada. El acuerdo con las aseguradoras debe ser uniforme y que obligue igual a todas las compañías.


Se le notifica directamente por carta a la familia y al médico primario si la solicitud para la inclusión de su paciente en el registro NNE ha sido aceptada o denegada; o si falta información para la consideración del caso. El médico y/o la familia podrá apelar por escrito cualquier decisión de denegación, con la información adicional necesaria.


MS



Desórdenes Metabólicos

270	Desórdenes de metabolismo de amino-ácidos aromáticos
270.0	Desórdenes de transporte de amino-ácidos
270.0	Cistinosis
270.0	Cistinuria
270.0	Fanconi
270.0	Hartnup's
270.0	Lowe's
270.1	Fenilcetonuria (PKU)
270.2	Desórdenes de metabolismo de tirosina
270.2	Alcaptonuria
270.2	Hiperftirosinemia
270.2	Ocronosis
270.2	Tirosinosis
270.2	Tirosinuria
270.2	Albinismo
270.3	Enfermedad de Maple-Syrup
270.3	Otros desórdenes de metabolismo de amino-ácidos en cadena
270.3	Hiperleucina-isoleucinemia
270.3	Hipervalinemia
270.3	Acidemia isovalérica
270.3	Acidemia metilmalónica
270.3	Acidemia propiónica
270.4	Desórdenes de metabolismo de amino-ácidos con sulfuro
270.4	Homocistinuria
270.4	Metionina
270.4	Deficiencia de oxidasa de sulfito
270.4	Homocistina cistionina
270.5	Otros desórdenes de metabolismo de amino-ácidos aromáticos.
270.5	Desorden de:
270.5	Metabolismo de histidina
270.5	Metabolismo de Triptófano
270.5	Desórdenes de metabolismo de amino-ácidos en cadena y ácido graso
270.6	Desórdenes de metabolismo del ciclo de urea Citrulinemia
270.6	Hiperamonemia
270.6	Ácido arginosuccínico
270.7	Desórdenes de metabolismo de lisina e hidroxilisina
270.7	Aciduria glutárica
270.7	Hidroxilisinemia
270.7	Hiperftisinemia
270.7	Desórdenes de metabolismo de glicina
270.7	Hiperftiginemia no cetósica
270.8	Desórdenes de metabolismo deormitina
270.8	Ornitinemia tipo I, II
270.8	Hiperhidroxiprolinemia
270.8	Hiperprolinemia tipos I, II
270.8	Sarcosinemia
270.8	Otros desórdenes específicos de metabolismo de amino-ácido
270.9	Otros desórdenes no específicos del metabolismo y transporte de amino-ácidos
271	Desórdenes del transporte y metabolismo de carbohidratos
271.0	Glicogenosis
271.0	Amilopectinosis
271.0	Deficiencia de glucosa-6-fosfatasa
271.0	Glicogenosis cardiaca





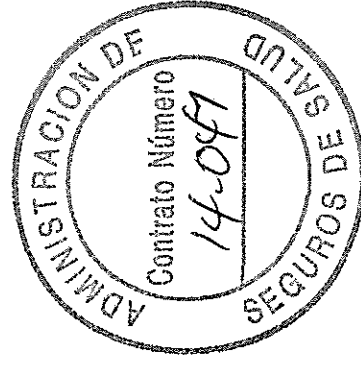


ICD_9**Índice por Diagnóstico y Condición**

271.0	Enfermedad:
271.0	Andersen
271.0	Cori
271.0	Forbes
271.0	Hers
271.0	McArdle
271.0	Pompe
271.0	Tauri
271.0	Von Gierke
271.0	Deficiencia de fosforilasa hepática
271.1	Desorden de metabolismo de galactosa Galactosemia
271.2	Desorden de metabolismo de fructosa, Fructosemia
271.3	Intolerancia a lactosa
271.3	Otros desórdenes de absorción intestinal de carbohidratos
271.4	Otros desórdenes específico de metabolismo de carbohidratos Pentosuria, Glicosuria renal
271.8	Desorden de metabolismo de piruvato y gluconeogénesis
271.8	Defectos en degradación de glicoproteína
271.9	Desorden no específico del transporte y metabolismo de carbohidratos
272	Desórdenes del metabolismo de lípidos
272.0	Hipercolesterolemia
272.0	Gangliosidosis
272.0	Hipercolesterolemia
272.1	Hiperglicerinemia
272.4	Otras hiperlipidemias no específicas
272.7	Otros gangliosidosis
272.7	Lipidosis
272.7	Anderson's
272.7	Fabry's
272.7	Gaucher's
272.7	Krabbe
272.7	Neimman-Pick
272.7	Faber's
272.7	Leukodistrofia metacromática
272.7	Mucopolisacaridosis, tipo I
272.7	Hurter's
272.7	Hurter-Scheie
272.7	Scheie
272.7	Mucopolisacaridosis, tipo II
272.7	Hunter's
272.7	Otros mucopolisacaridosis
272.7	Maroteaux-Lamy
272.7	Morquio's
272.7	Sanfilippo
273	Desórdenes de metabolismo de proteína de plasma
274.9	Gota inespecífica
275	Desórdenes del metabolismo de minerales
275.0	Desórdenes de metabolismo de hierro
275.1	Desórdenes de metabolismo de cobre
275.1	Wilson's
275.2	Desórdenes de metabolismo de magnesio
275.3	Desórdenes de metabolismo de fósforo
275.4	Desórdenes de metabolismo de calcio
275.9	otros Desórdenes del metabolismo de minerales
276.2	Acidosis Láctica
277	Otros desórdenes del metabolismo
277.00	Fibrosis Quística



Ms



ICD 9**Índice por Diagnóstico y Condición**

277.1	Desórdenes de metabolismo de purina y pirimidina
277.1	Porfiria eritropoética hereditaria
277.2	Otros desórdenes de metabolismo de purina y pirimidina
277.2	Lesch-Nyhan
277.2	Xantínuria hereditaria
277.3	Amiloidosis
277.4	Gilbert's
277.4	Críglér-Najjar
277.4	Otros desórdenes de metabolismo de bilirrubina
277.4	Dubin-Johnson
277.4	Rotor's
277.6	Deficiencia antitripsina alpha-1
277.8	Otros desórdenes específicos del metabolismo
277.81	Deficiencia primaria de carnitina
277.82	Deficiencia de carnitina
277.85	Desórdenes de la oxidación de ácidos grasos
277.85	CPT1, CPT2, LCHAD, VLHAD, MCAD, SCAD
277.87	Desórdenes del metabolismo mitocondrial
277.89	Otros desórdenes específicos del metabolismo
277.89	Hans Schuller Christian, Histiocitosis, Histiocitosis
277.9	Otros desórdenes del metabolismo no específicos
	Enfermedades Hereditarias y degenerativas del Sistema Nervioso
330	Degeneración cerebral
330.0	Esfingolipidosis (Leucodistrofia)
330.1	Lipidosis cerebral
330.8	Otras degeneraciones cerebrales
330.8	Alper's
330.8	Leigh's
330.8	Encefalopatía necrotizante sub-aguda
330.8	Hidrocefalia obstructiva, adquirida
331.4	Temblores esenciales
333.1	Myoclonus
333.2	Huntington's chorea
333.4	Enfermedad espinocerebelar
334.0	Ataxia Hereditaria
334.0	Ataxia de Friedreich's
334.1	Paraplegia espástica hereditaria
334.2	Degeneración cerebelar primaria
334.2	Marie's
334.2	Sanger's-Brown
334.8	Ataxia-telangiectasia
335	Atrofia muscular espinal y síndromes afines
335.0	Atrofia muscular espinal infantil, tipo I (Werdnig-Hoffman)
335.1	Otras atrofas musculares espinales hereditarias
335.10	Atrofia muscular espinal:
335.10	Infantil, tipo II
335.11	Juvenil, tipo II (Kugelberg-Welander)
340	Esclerosis múltiple
341	Otras enfermedades demielinizantes del sistema nervioso central
341.0	Neurorritis óptica
341.1	Esclerosis difusa
341.1	Encefalitis periaxial
341.1	Enfermedad de Schilder
341.8	Otras enfermedades demielinizantes del sistema nervioso central
341.8	Demielinización central del cuerpo caloso
341.8	Mielinólisis central pontina



ICD 9

- Índice por Diagnóstico y Condición**
- Mielitis transversa aguda en enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central
 Mielitis necrotizante subaguda
 Enfermedades demielinizantes no específicas del sistema nervioso central
Epilepsia
 Epilepsia generalizada sin convulsiones
 Epilepsia generalizada con convulsiones
 • clónicos
 • mioclonicos
 • tónicos
 • tónico-clónicos
 Síndrome de Lennox-Gastaut
 Estado de pequeño mal epiléptico
 Estado de gran mal epiléptico
 Estado epiléptico tónico-clónico
 Epilepsia parcial, con pérdida de conocimiento
 Estado de ausencia epiléptica
 Estado de mal epiléptico parcial complejo
 Epilepsia parcial, sin pérdida conocimiento
 Ataques de Salaam
 Espasmos infantiles
 Epilepsia parcial continua [Kozhevnikof]
 Otros estados epilépticos
 Estado de mal epiléptico de tipo no especificado
 Hemiplejía flácida
 Hemiplejía espástica
 Monoplejía infantil
 Hemiplejía, no especificada
Parálisis cerebral infantil
 Diplejía espástica
 Hemiplejía, congénita
 Cuadriplejía, no especificada
 Hemiplejía infantil
 Parálisis (cerebral) espástica congénita
 Parálisis cerebral infantil no específica
 Otros síndromes de parálisis espástica infantil, no congénita
 Neuropatía hereditaria motora y sensorial
 Neuropatías hereditarias idiopáticas
 Enfermedad de Dejerine-Soitas
 Atrofia muscular peroneal, enfermedad de Charcot-Marie-Tooth
 Neuropatía hereditaria sensorial, tipos i-iv
 Síndrome de Roussy Levy
Otras condiciones del cerebro
 Quistes cerebrales
 Encefalopatía sin especificar
 Enfermedad de Reissum
 Neuropatía asociada con ataxia hereditaria
 Neuropatía progresiva idiopática
 Otras neuropatías hereditarias e idiopáticas
 Neuropatía hereditaria e idiopática, sin otra especificación
 Polineuropatía inflamatoria
 Síndrome de Guillain-Barre
 Polineuritis (post) infecciosa aguda
Distrofia muscular y otras miopatías
 Distrofia muscular congénita hereditaria
 Distrofia muscular hereditaria progresiva
 • autosómica recesiva, tipo infantil, semejante a Duchenne o Becker

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



ICD 9**Índice por Diagnóstico y Condición**

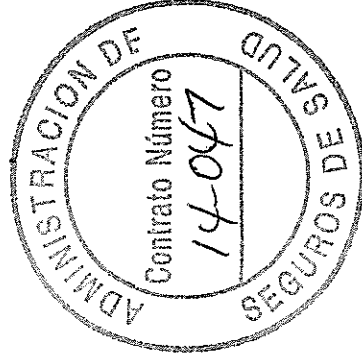
- benigna [Becker]
- cintura-pélvica
- distal
- escapuloperoneal
- escapuloperoneal benigna con contracturas precoces [Emery-Dreituss]
- fascioescapulohumeral
- grave [Duchenne]
- ocular
- oculofaríngea
- Desórdenes motónicos**
- Distrofia miotónica [Steiner]
- Miotonia congénita:
 - dominante [Thomsen]
 - recesiva [Becker]
- Miopatías , sin especificar

Desórdenes Músculo Esqueletales

- 723.5 Tortícolis, no específica
- 732.1 Osteocondritis juvenil de pelvis y cadera
- 732.1 Coxa plana
- 732.1 Legg-Calve-Perthes
- 732.1 Enfermedad de Scheuermann
- 732.4 Osteocondritis juvenil de la tibia y del peroné
- 732.4 Proximal de la tibia (Blount)
- 732.4 Tuberosidad de la tibia (Osgood-Schlatter)
- 732.4 Tibia vara
- 736.7 Otras deformidades adquiridas de los miembros
- 736.71 Deformidad "equinovarus" adquirida
- 736.79 Otras deformidades equina del pie, adquirida
- 737 **Curvatura de espina**
- 737.1 Cifosis adquirida
- 737.2 Lordosis adquirida
- 737.3 Escoliosis, idiopática
- 754.1 Tortícolis del músculo esternocleidomastoideo

Anomalías Congénitas**Anomalías congénitas del sistema nervioso**

- 740.0 Anencefalia
- 740.1 Craneorraquisquisis
- 740.2 Iniencefalia
- 741 **Espina bífida**
- 741.00 Espina bífida con hidrocefalia, región no específica
- 741.01 Espina bífida con hidrocefalia, región cervical
- 741.02 Espina bífida con hidrocefalia, dorsal (torácico)
- 741.03 Espina bífida con hidrocefalia, región lumbar
- 741.9 Espina bífida, no especificado
- 741.91 Espina bífida sin mencionar hidrocefalia, región cervical
- 741.92 Espina bífida sin hidrocefalia, región dorsal (torácico)
- 741.93 Espina bífida sin hidrocefalia, región lumbar
- 742.0 Encefalocele
- 742.1 Microcefalia
- 742.2 Malformaciones congénitas del cuerpo calloso
- 742.2 Agenesia del cuerpo calloso
- 742.2 Arrinencefalia
- 742.2 Holoprosencefalia
- 742.2 Otras anomalías hipoplásicas del encéfalo: Agenesia, hipoplasia, Lisenocéfalia...

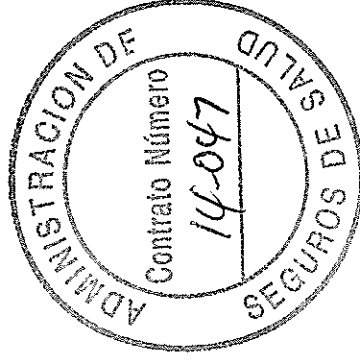


ICD 9

- 742.3 Hidrocefalia congénita
- 742.3 Malformaciones del acueducto de Silvio: Anomalia, estenosis , obstrucción
- 742.4 Otras malformaciones congénitas del encéfalo
- 742.4 Megalencefalia
- 742.4 Quistes cerebrales congénitos:
- 742.4 Esquincefalia
- 742.4 Porencefalia
- 742.4 Macroginia
- 742.51 Diastematomielia
- 742.53 Hydromielia
- 742.59 Otras anomalias congénitas del cordón espinal
- 742.8 Otras anomalias congénitas del cordón espinal: específicas
- 742.8 Otras anomalias congénitas del sistema nervioso
- 742.8 Síndrome de Arnold-Chiari
- 742.9 Anomalias congénitas del cerebro, cordón espinal y sistema nervioso, no específicas
- 743** **Malformaciones congénitas del ojo, del oído, de la cara y del cuello**
- 743 Anoftalmia, microftalmia y macroftalmia
- 743.03 Globo ocular quístico
- 743.1 Microftalmia
- 743.2 Buitalmos, glaucoma congénito
- 743.2 Glaucoma congénito
- 743.3 Malformaciones congénitas del cristalino
- 743.3 Catarata congénita
- 743.35 Aftaquia congénita
- 743.36 Otras malformaciones congénitas del cristalino
- 743.37 Desplazamiento congénito del cristalino
- 743.39 Coloboma del cristalino
- 743.4 Malformaciones congénitas del segmento anterior del ojo
- 743.41 Anomalia del tamaño y forma de la cornea
- 743.42 Opacidad corneal congénita
- 743.43 Otras malformaciones congénitas de la cornea
- 743.44 Otras malformaciones congénitas del segmento anterior del ojo
- 743.44 Anomalia de Rieger
- 743.45 Ausencia del iris, Aniridia
- 743.45 Coloboma del iris
- 743.45 Otras malformaciones congénitas del iris
- 743.45 Esclerótica azul
- 743.45 Malformación congénita del segmento anterior del ojo, no especificada
- 743.45 Malformaciones congénitas del segmento posterior del ojo
- 743.52 Malformación congénita del humor vítreo
- 743.52 Otras malformaciones congénitas del segmento posterior del ojo
- 743.52 Coloboma del fondo del ojo
- 743.53 Malformación congénita de la coroides
- 743.55 Malformación congénita de la retina
- 743.57 Malformación congénita del disco óptico
- 743.57 Coloboma del disco óptico
- 743.59 Malformación congénita del segmento posterior del ojo, no especificada
- 743.6 Malformaciones congénitas de los párpados, del aparato lagrimal y de la orbita
- 743.61 Blefaroptosis congénita
- 743.62 Entropion congénito
- 743.62 Entropion congénito
- 743.62 Otras malformaciones congénitas de los párpados
- 743.64 Ausencia y agenesia del aparato lagrimal
- 743.65 Estenosis y estrechez congénitas del conducto lagrimal
- 743.65 Otras malformaciones congénitas del aparato lagrimal
- 743.66 Malformación congénita de la orbita

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



ICD 9

- 743.8 Otras malformaciones congénitas del ojo, especificadas
- 743.9 Malformaciones congénitas del ojo, no especificadas
- 744 Malformaciones congénitas del oído que causan alteración de la audición**
 - 744.01 Ausencia congénita del pabellón (de la oreja)
 - 744.02 Ausencia congénita, atresia o estrechez del conducto auditivo (externo)
 - 744.03 Otras malformaciones congénitas del oído medio
 - 744.04 Malformación congénita de los huesecillos del oído
 - 744.04 Fusión de los huesecillos del oído
 - 744.05 Malformación congénita del oído interno
 - 744.09 Ausencia congénita del oído SAI
 - 744.09 Ausencia congénita de lóbulo auricular
 - 744.1 Aurícula accesoria
 - 744.2 Otras malformaciones congénitas del oído
 - 744.21 Otras malformaciones congénitas del oído, especificadas
 - 744.22 Macrota
 - 744.23 Microta
 - 744.24 Ausencia de la trompa de Eustaquio
 - 744.3 Malformación congénita del oído, no especificada
 - 744.4 Seno, fistula o quiste de la hendidura branquial
 - 744.43 Oreja cervical
 - 744.47 Seno y quiste preauricular, Fistula:
 - 744.49 Otras malformaciones de las hendiduras branquiales
 - 744.5 Pterigion del cuello
 - Otras malformaciones congénitas especificadas de cara y cuello
 - 744.8 Macroquelia
 - 744.81 Microquelia
 - 744.82 Macrostomia
 - 744.83 Microstomia
 - 744.84 Malformación congénita de la cara y del cuello, no especificada

745

- 745 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio
- 745.0 Malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas y sus conexiones**
 - 745.0 Tronco arterioso común
 - 745.0 Persistencia del tronco arterioso
 - 745.10 Transposición (completa) de los grandes vasos
 - 745.11 Transposición de los grandes vasos en ventrículo derecho
 - 745.11 Síndrome de Taussig-Bing
 - 745.11 Transposición de los grandes vasos en ventrículo izquierdo
 - 745.12 Transposición corregida
 - 745.2 Tetralogía de Fallot
 - 745.3 Ventrículo común
 - 745.3 Ventrículo único
 - 745.4 Defecto del tabique ventricular
 - 745.4 Síndrome de Eisenmenger
 - 745.5 Defecto del tabique auricular
 - 745.5 Agujero Oval
 - 745.5 Ostium secundum (tipo ii)
 - 745.6 Defecto del tabique auriculoventricular
 - 745.6 Defecto de la almohadilla endocárdica
 - 745.61 Defecto del tabique auricular ostium primum (tipo i)
 - 745.69 Canal auriculoventricular común
 - 745.7 Corazón trilocular biauricular
 - Otras malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos
 - 745.8 Malformación congénita del tabique cardíaco, no especificada
 - 745.9 Malformaciones congénitas de las válvulas pulmonar y tricúspide
 - 745.99 Anomalía de la válvula pulmonar, sin especificar

7477

12/23/2005

MINES R. 0019 rev. dic. 23. 2005

Índice por Diagnóstico y Condición

Otras malformaciones congénitas del ojo, especificadas

Malformaciones congénitas del ojo, no especificadas

Malformaciones congénitas del oído que causan alteración de la audición

Ausencia congénita del pabellón (de la oreja)

Ausencia congénita, atresia o estrechez del conducto auditivo (externo)

Otras malformaciones congénitas del oído medio

Malformación congénita de los huesecillos del oído

Fusión de los huesecillos del oído

Malformación congénita del oído interno

Ausencia congénita del oído SAI

Ausencia congénita de lóbulo auricular

Aurícula accesoria

Otras malformaciones congénitas del oído

Otras malformaciones congénitas del oído, especificadas

Macrota

Microta

Ausencia de la trompa de Eustaquio

Malformación congénita del oído, no especificada

Seno, fistula o quiste de la hendidura branquial

Oreja cervical

Seno y quiste preauricular, Fistula:

Otras malformaciones de las hendiduras branquiales

Pterigion del cuello

Otras malformaciones congénitas especificadas de cara y cuello

Macroquelia

Microquelia

Macrostomia

Microstomia

Malformación congénita de la cara y del cuello, no especificada

Malformaciones congénitas del sistema circulatorio**Malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas y sus conexiones**

Tronco arterioso común

Persistencia del tronco arterioso

Transposición (completa) de los grandes vasos

Transposición de los grandes vasos en ventrículo derecho

Síndrome de Taussig-Bing

Transposición de los grandes vasos en ventrículo izquierdo

Transposición corregida

Tetralogía de Fallot

Ventrículo común

Ventrículo único

Defecto del tabique ventricular

Síndrome de Eisenmenger

Defecto del tabique auricular

Agujero Oval

Ostium secundum (tipo ii)

Defecto del tabique auriculoventricular

Defecto de la almohadilla endocárdica

Defecto del tabique auricular ostium primum (tipo i)

Canal auriculoventricular común

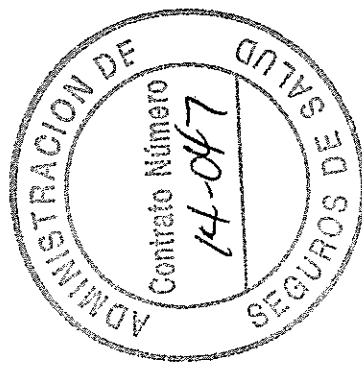
Corazón trilocular biauricular

Otras malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos

Malformación congénita del tabique cardíaco, no especificada

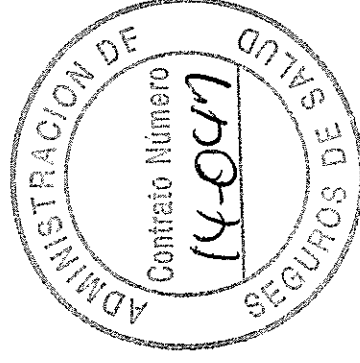
Malformaciones congénitas de las válvulas pulmonar y tricúspide

Anomalía de la válvula pulmonar, sin especificar



ICD 9**Índice por Diagnóstico y Condición**

746.01	Atresia de la válvula pulmonar
746.02	Estenosis congénita de la válvula pulmonar
746.09	Insuficiencia congénita de la válvula pulmonar
746.1	Estenosis, atresia congénita de la válvula tricúspide
746.2	Anomalia de Ebstein
746.3	Estenosis congénita de la válvula aórtica
746.4	Insuficiencia congénita de la válvula aórtica
746.5	Estenosis mitral congénita
746.6	Insuficiencia mitral congénita
746.7	Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo
746.7	Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo
746.81	Estenosis subaórtica congénita
746.82	Corazón triauricular
746.83	Estenosis del infundibulo pulmonar
746.84	Otras malformaciones congénitas del corazón, especificadas
746.85	Malformación de los vasos coronarios
746.86	Bloqueo cardíaco congénito
746.87	Otras malformaciones congénitas del corazón
746.87	Dextrocardia
746.87	Levocardia
746.89	Divertículo congénito del ventrículo izquierdo
746.9	Malformación congénita del corazón, no especificada
747	Malformaciones congénitas de las grandes arterias
747.0	Conducto arterioso permeable
747.0	Conducto [agujero] de Botalli abierto
747.0	Persistencia del conducto arterioso
747.1	Coartación de la aorta
747.2	Otras anomalías de la aorta
747.21	Anomalia del arco aórtico
747.22	Atresia y estenosis de la aorta
747.22	Ausencia de la aorta
747.22	Apasia de la aorta
747.29	Otras malformaciones congénitas de la aorta
747.29	Aneurisma del seno de Valsalva (con ruptura)
747.29	Aneurisma congénito
747.3	Anomalías de la arteria pulmonar
747.40	Malformaciones congénitas de las grandes venas
747.41	Conexión anómala total de las venas pulmonares
747.42	Conexión anómala parcial de las venas pulmonares
747.49	Conexión anómala de las venas pulmonares, sin otra especificación
747.5	Ausencia e hipoplasia congénita de la arteria umbilical
747.5	Arteria umbilical única
747.60	Otras malformaciones congénitas del sistema vascular periférico
747.6	Malformación arteriovenosa periférica
747.62	Estenosis congénita de la arteria renal
747.62	Otras malformaciones congénitas de la arteria renal
747.6	Otras malformaciones congénitas del sistema vascular, especificadas
747.81	Anomalías del sistema cerebrovascular
747.82	Anomalia vascular espinal
747.83	Circulación fetal persistente
747.9	Malformación congénita del sistema vascular, no especificada
748	Malformaciones congénitas del sistema respiratorio
748	Malformaciones congénitas de la nariz
748.0	Atresia de las nasas
748.1	Agenesia o hipoplasia y otras malformaciones de la nariz
748.2	Pterigion de la faringe



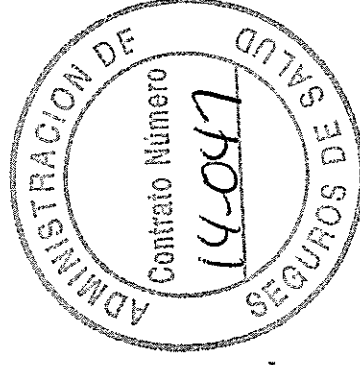
Handwritten signature

Handwritten signature

ICD 9**Índice por Diagnóstico y Condición**

748.3	Malformaciones congénitas de la laringe, traquea y bronquios
748.3	Broncomalacia congénita
748.4	Malformaciones congénitas del pulmón
748.4	Quiste pulmonar congénito
748.5	Agenesia, hipoplasia y displasia del pulmón
748.5	Secuestro del pulmón
748.5	Hipoplasia y displasia pulmonar
748.6	Otras malformaciones congénitas del pulmón
748.61	Bronquiectasia congénita
748.6	Otras anomalías específicas del sistema respiratorio
749	Fisura del paladar y labio leporino
749.00	Fisura del paladar
749.01	Fisura del paladar, unilateral completo
749.02	Fisura del paladar unilateral, incompleto
749.03	Fisura del paladar bilateral completo
749.04	Fisura del paladar bilateral, incompleto
749.10	Labio leporino
749.11	Labio leporino unilateral completo
749.12	Labio leporino unilateral, incompleto
749.13	Labio leporino bilateral, completo
749.14	Labio leporino bilateral, incompleto
749.20	Fisura del paladar con labio leporino
749.21	Fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral
749.22	Fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral
749.23	Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral
749.24	Fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral
749.25	Fisura del paladar con labio leporino, sin otra especificación
750	Otras malformaciones congénitas del sistema digestivo
750.0	Atresia gástrica
750.1	Atresia gástrica
750.15	Macroglosia
750.2	Otras malformaciones congénitas de la lengua.
750.2	Otras malformaciones congénitas de la boca y de la faringe
750.2	Malformaciones congénitas de las glándulas y de los conductos salivales
750.26	Otras malformaciones congénitas de la boca
750.27	Divertículo faríngeo
750.29	Otras malformaciones congénitas de la faringe
750.3	Atresia del esófago sin mención de fistula
750.3	Atresia del esófago con fistula traqueoesofágica
750.3	Fistula traqueoesofágica congénita sin mención de atresia
750.3	Estrechez o estenosis congénita del esófago
750.4	Malformaciones congénitas del esófago
750.4	Pleno del esófago, dilatación congénita del esófago, divertículo, duplicación.
750.5	Esófago hiálar congénita
750.5	Hernia hiatal congénita
750.6	Otras malformaciones congénitas del estómago, especificadas
750.7	Otras malformaciones congénitas de la parte superior del tubo digestivo
750.8	Divertículo de Meckel, Perforación del duodeno
751.0	Ausencia, atresia y estenosis congénita del intestino delgado
751.1	Ausencia, atresia y estenosis congénita del duodeno
751.1	Ausencia, atresia y estenosis congénita del yeyuno
751.2	Ausencia, atresia y estenosis congénita del íleon y colon
751.2	Ausencia, atresia y estenosis congénita del intestino grueso, parte no especificada
751.3	Enfermedad de Hirschsprung, Agangliosis, megacolon congénita (agangliosa)
751.5	Otras malformaciones congénitas del intestino

me



ICD 9**Índice por Diagnóstico y Condición****Malformaciones congénitas de la vesícula biliar, de los conductos biliares y del hígado**

Agnesia, aplasia e hipoplasia de la vesícula biliar

Atresia de los conductos biliares

Enfermedad quística del hígado

Quiste del colédoco

Agnesia, aplasia e hipoplasia del páncreas

Páncreas anular

Quiste congénito del páncreas

Otras malformaciones congénitas del sistema digestivo

751.9

Malformaciones congénitas de los órganos genitales

Anomalías y ausencia congénita de ovario

Malformaciones congénitas de las trompas de Falopio y de los ligamentos anchos

Malformaciones congénitas del útero

Duplicación del útero con duplicación del cuello uterino y de la vagina

Agnesia y aplasia del útero y Otras anomalías del útero

Otras malformaciones congénitas del útero

Anomalías del cuello uterino, vagina, y genitalia externa femenina

Quiste embrionario del cuello uterino

Himen imperforado

Agnesia y aplasia del cuello uterino

Otras malformaciones congénitas de los órganos genitales femeninos

Ausencia congénita de la vagina

Hipospadias, epispadias y otras anomalías del pene

Aplasia y ausencia congénita del pene

Otras malformaciones congénitas del pene

Sexo indeterminado y pseudohermafroditismo

Sexo indeterminado, sin otra especificación. Genitales ambiguos

Otras malformaciones congénitas de los órganos genitales masculinos

Otras malformaciones congénitas de los conductos deferentes, del epidídimo

752.9

Malformaciones congénitas del sistema urinario

Agnesia renal y otras malformaciones hipoplásicas del riñón

Agnesia renal, unilateral

Agnesia renal, bilateral

Agnesia renal, sin otra especificación

Hipoplasia renal, unilateral

Hipoplasia renal, bilateral

Hipoplasia renal, no especificada

Síndrome de Potter

Riñón ectópico, tipo infantil

Quiste renal solitario congénito

Riñón ectópico, tipo no infantil

Displasia renal

Riñón quístico multicista

Riñón esponjoso SAI

Otras enfermedades renales quísticas

Defectos obstructivos congénitos de la pelvis, renal y malformaciones congénitas del uréter

Otros defectos obstructivos de la pelvis renal y del uréter

Ureteroceles congénitos

Hidronefrosis congénita

Atresia y estenosis del uréter

Megacolon uréter congénito

Agnesia del uréter

Duplicación del uréter

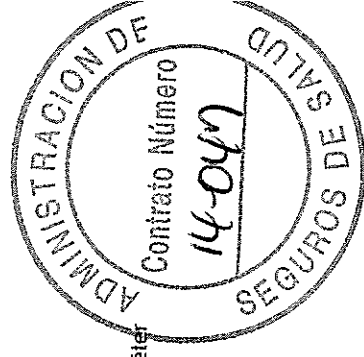
Mala posición del uréter

753.29

10/17

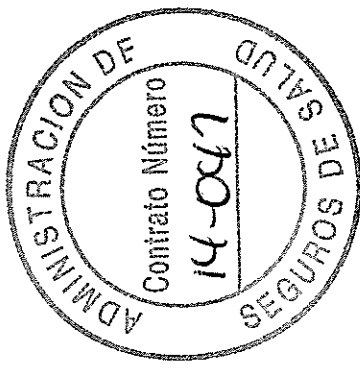
12/23/2008

NINES II ICD9 rev dic 23 2008



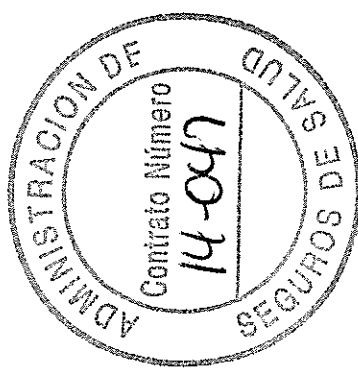
ICD 9**Índice por Diagnóstico y Condición**

753.29	Reflujo vesículo-urétero-renal congénito
753.3	Otras malformaciones congénitas del riñón
753.3	Riñón supernumerario
753.3	Riñón lobulado, fusionado y en herradura
753.3	Riñón ectópico
753.3	Hiperplasia renal y riñón gigante
753.4	Otras anomalías específicas del uréter
753.5	Extrofia de la vejiga urinaria
753.6	Válvulas uretrales posteriores congénitas
753.6	Otras atresias y estenosis de la uretra y del cuello de la vejiga
753.7	Anomalías del uracho
753.8	Ausencia congénita de la vejiga y de la uretra
753.8	Divertículo congénito de la vejiga
753.8	Otras malformaciones congénitas de la vejiga y de la uretra
754	Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular
754.0	Deformidades osteomusculares congénitas de la cabeza, de la cara
754.0	Asimetría facial
754.0	Facies comprimida
754.0	Dolicocefalia
754.0	Plagiocefalia
754.0	Otras deformidades congénitas del cráneo, de la cara y de la mandíbula
754.0	Aplastamiento congénito de la nariz
754.0	Atrofia o hipotrofia hemifacial
754.0	Depresiones en el cráneo
754.0	Desviación congénita del tabique nasal
754.2	Deformidad congénita de la columna vertebral
754.2	Escofiosis congénita: 754.10 Torricolis Congénita
754.3	Deformidades congénitas de la cadera
754.30	Luxación congénita de la cadera, unilateral
754.3	Displasia acetabular congénita
754.31	Luxación congénita de la cadera, bilateral
754.32	Subluxación congénita de la cadera, unilateral
754.33	Subluxación congénita de la cadera, bilateral
754.35	Cadera inestable
754.4	Deformidad congénita de la rodilla
754.4	Genu recurvatum congénito
754.41	Luxación congénita de la rodilla
754.42	Curvatura congénita del fémur
754.43	Curvatura congénita de la tibia y del peroné
754.44	Curvatura congénita de hueso(s) largo(s) del miembro inferior, sin otra especificación
754.5	Deformidades congénitas de los pies
754.51	Talipes equinovarus
754.53	Metatarsus varus
754.59	Otras deformidades varus congénitas de los pies
754.61	Pie plano congénito
754.62	Talipes calcaneovalgus
754.69	Otras deformidades valgus congénitas de los pies
754.69	Metatarsus valgus
754.71	Pie cavus
754.79	Talipes calcaneovarus
754.79	Hallux varus congénito
754.79	Otras deformidades congénitas de los pies
754.81	Tórax excavado
754.81	Tórax en embudo, congénito
754.82	Tórax en quilla



ICD 9**Índice por Diagnóstico y Condición**

754.82	Tórax de paloma, congénito
754.89	Otras deformidades congénitas de las extremidades
754.89	Artrogriposis múltiple congénita
754.89	Dedo déforme congénito
754.89	Mano en pala (congénita)
755.0	Polidactilia
755.02	Dedo(s) supernumerario(s) del pie
755.1	Sindactilia
755.13	Membrana interdigital del pie
755.14	Fusión de los dedos del pie
755.2	Defectos por reducción del miembro superior
755.21	Ausencia congénita completa del (de los) miembro(s)
755.23	Ausencia congénita del antebrazo y de la mano
755.26	Defecto por reducción longitudinal del radio
755.27	Defecto por reducción longitudinal del cubito
755.29	Ausencia congénita de la mano y el (los) dedo(s)
755.3	Defectos por reducción del miembro inferior
755.3	Otros defectos por reducción del (de los) miembro(s) inferiores
755.31	Ausencia congénita completa del (de los) miembro(s) inferior(es)
755.34	Defecto por reducción longitudinal del fémur
755.35	Defecto por reducción longitudinal de la tibia
755.37	Defecto por reducción longitudinal del peroné
755.4	Otros defectos por reducción del (de los) miembro(s) superiores
755.4	Ausencia completa de miembro(s) no especificado(s)
755.5	Facomelia, miembro(s) no especificado(s)
755.54	Otras malformaciones congénitas del (de los) miembro(s) superiores, incluida la cintura escapular
755.55	Deformidad de...
755.55	Huesos del carpo supernumerarios
755.57	Macrodactilia (dedos de la mano)
755.58	Mano en pinza de langosta, lobster claw
755.59	Distosiasis esqueléticas
755.59	Polgar trifalángico
755.6	Otras malformaciones congénitas del (de los) miembro(s) inferiores, incluida la cintura pelviana
755.64	Malformación congénita de la rodilla
756.0	Malformaciones congénitas de los huesos del cráneo y de la cara
756.0	Craniosinostosis
756.0	Acrocefalia
756.1	Fusión imperforada del cráneo
756.0	Oxicefalia
756.0	Trigonocefalia
756.0	Distosias craneofacial
756.0	Enfermedad de Crouzon
756.0	hipertelorismo
756.0	Macrocefalia
756.0	Distosias maxilofacial
756.0	Uroostosis oculomaxilar
756.0	Ausencia de huesos del cráneo, congénita
756.0	Asimetría congénita de la frente
756.0	Platibasia
756.1	Malformaciones congénitas de la columna vertebral y tórax óseo
756.10	Anomalias de la columna vertebral, sin especificar
756.11	Espondilolisis, L-S
756.12	Espondilolistesis congénita
756.14	Hemivertebra, I orósis congénita
756.15	Síndrome de fusión cervical
756.16	Síndrome de Klippel-Feil

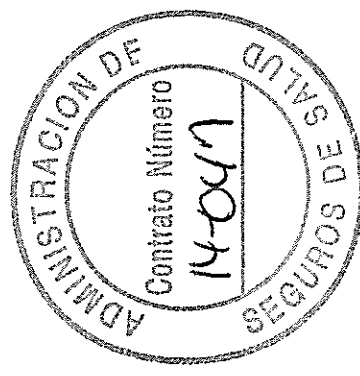


ICD 9**Índice por Diagnóstico y Condición**

756.17	Espina bífida oculta
756.2	Costilla cervical
756.3	Malformación congénita del estómago
756.4	Osteocondrodisplasia con defecto del crecimiento
756.4	Acondrogenesis
756.4	Enanismo tanatóforico
756.4	Acondroplasia
756.51	Osteogénesis imperfecta
756.52	Osteopetrosis
756.53	Otras osteocondrodisplasias especificadas. Osteoporoquitosis
756.54	Displasia polioctótica fibrosa
756.55	Displasia condroectodérmica. Síndrome de Ellis-van Creveld
756.56	Displasia diafisaria progresiva
756.56	Displasia metáfisaria
756.59	Otras osteocondrodisplasias
756.60	Síndrome de Albright (Acromegalia-Osteítis)
756.6	Malformaciones congénitas del diafragma
756.6	Ausencia
756.6	Eventración
756.74	Síndrome del abdomen en chisla para
756.79	Exófalos
756.79	Enterocele
756.79	Gastroquisis
756.79	Otras malformaciones congénitas de la pared abdominal
756.83	Síndrome de Ehlers-Danlos
757	Malformaciones congénitas de la piel, pelo y uñas
757.0	Infedema hereditario
757.1	Ictiosis congénita
757.1	Ictiosis vulgar
757.1	Ictiosis ligada al cromosoma X
757.1	Ictiosis lamelar
757.1	Niño de coedión
757.1	Entrodermia ictiosiforme vesicular congénita
757.1	Feto arlequín
757.2	Otras malformaciones congénitas de la piel, especificadas
757.31	Displasia ectodérmica (androtroca)
757.32	Hamartomas vasculares. Nevo no neoplásico congénito
757.33	Otras malformaciones congénitas de la piel
757.33	Anomalias congénitas pigmentosas. Queratodermia biomentosa
757.33	Neostocitosis. Urticaria biomentosa
757.39	Enteroamilia biliar
757.39	Apéndices ciliares supernumerarios
757.4	Albinismo congénito. Otras malformaciones congénitas del pelo
757.5	Anoniquia, otras malformaciones congénitas de las uñas
757.6	Malformaciones congénitas de la mama
759	Otras anomalias congénitas no específicas
759.0	Malformaciones congénitas del bazo
759.0	Asplenia (congénita)
759.0	Esplenomegalia congénita
759.1	Malformaciones congénitas de la glándula adrenal
759.2	Malformaciones congénitas de otras glándulas endocrinas
759.2	Conducto tirogloso persistente
759.2	Malformación congénita de glándula tiroidea o paratiroidea
759.2	Quiste tirogloso
759.2	Cistitis insular

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



ICD 9

759.3 Dextrocardia con situs inversus
 759.3 Disposición auricular en imagen en espejo con situs inversus
 759.3 Situs inversus o transversus:
 759.3 Transposición de vísceras:
 759.4 Gemelos siameses
 759.5 Esclerosis Tuberosa
 759.6 Otras hamartosis congénitas, sin clasificar
 759.6 Peutz-Jeghers
 759.6 Sturge-Weber
 759.7 Anomalías congénitas múltiples, según descritas
 759.81 Síndrome Prader Willi
 759.82 Síndrome Marfan's
 759.83 Síndrome Fragile X
 759.89 Otros síndromes de malformaciones congénitas
 758.89 Síndrome de Russell-Silver
 759.89 Síndrome de Alport
 759.89 Síndrome de Laurence-Moon(-Bardet)-Biedl
 759.89 Síndrome de Zellweger
 759.89 Síndrome de Carpenter's
 759.89 Síndrome de Angelman's

Anomalías cromosómicas, no clasificadas en otra parte

758 Síndrome de Down
 758.0 Trisomía 21, por falta de disyunción meiótica
 758.0 Trisomía 21, mosaico (por falta de disyunción mitótica)
 758.0 Trisomía 21, por translocación
 758.0 Síndrome de Down, no especificado
 758.1 Síndrome de Edwards
 758.1 Trisomía 18, por falta de disyunción meiótica
 758.1 Trisomía 18, mosaico (por falta de disyunción mitótica)
 758.1 Trisomía 18, por translocación
 758.2 Síndrome de Patau
 758.2 Trisomía 13, por falta de disyunción meiótica
 758.2 Trisomía 13, mosaico (por falta de disyunción mitótica)
 758.2 Trisomía 13, por translocación
 758.3 Otras supresiones de parte de un cromosoma autosómico
 758.3 Supresión del brazo corto del cromosoma 4
 758.3 Síndrome de Wolf-Hirschhorn
 758.3 Supresión del brazo corto del cromosoma 5
 758.3 Síndrome del grito de gato
 758.3 Síndrome velo-cardio-facial
 758.5 Otras condiciones debidas a anomalías en cromosomas autosómicos
 758.6 Supresión de los autosomas, no especificada
 758.0 Síndrome de Turner
 758.7 Síndrome Klinefelter's
 758.6 Cariotipo 46,X
 758.89 Otras condiciones resultado de anomalías en cromosomas sexuales
 758.89 Otras condiciones resultado de anomalías en cromosomas no específicos

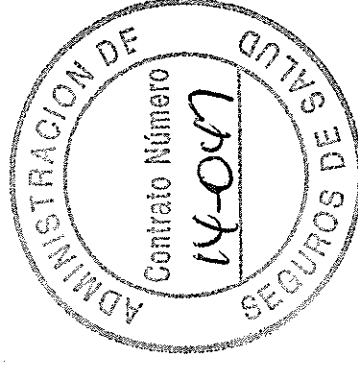
Condiciones en el periodo perinatal

760 Síndrome fetal por ingestión de meconio
 760.1 Prematuridad
 760.0 Lesión del plexo braquial
 760.9 Hipoxia, Asfixia o Anoxia perinatal
 772.1 Hemorragia intraventricular (Grado III-IV)
 774.1 Kernicterus

14/17

12/23/2006

NNES II ICD9 rev dic 23 2006



**ICD 9
779.7**

Índice por Diagnóstico y Condición

Leucomalacia periventricular quística

360
362.2
369
369.2
369.4
369.6
379.0
379.50
379.10
379.0
379.60
379.71
389
389.00
389.10
389.2
478.4
704.4
784.41
784.49

Desórdenes en los Órganos Sensoriales
Desórdenes del ojo y anexos
Retinopatía del Prematuro
Ceguera y pérdida de visión
Ceguera moderada a severa , ambos ojos
Ceguera legal
Ceguera un ojo (otro normal)
Estrabismo (alternante, congénito, no paralítico)
Esotropía, no genético
Exotropía
Mastopexia
Paralítico
Especificado por ICD-9 (sistema de 4 dígitos)
Pérdida de audición
Sordera conductiva bilateral
Sordera neurosensorial, no específica
Sordera conductiva y neurosensorial mixta
Félipos en las cuerdas vocales
Alteraciones en la voz
Afonía
Disfonía

709.2
709.2
709.2
906.9
949.0
952.9

Quemaduras y Traumas
Cicatrices y fibrosis de la piel
Cicatriz desfigurante
Cicatriz incapacitante
Defectos tardíos de quemaduras
Quemaduras y Corrosiones
Daño al cordón espinal

783.4
783.41
783.42
783.43

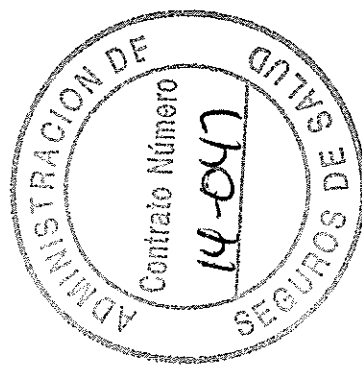
Falta del desarrollo fisiológico normal
Retrasos en el desarrollo fisiológico, no específico
Failure to thrive, fallo en ganar peso
Retraso en el Desarrollo, general (área no específica)
Estatura corta, fallo en crecimiento

493.00
493.0
493.1
493.9

Asma Bronquial
Asma
Asma predominantemente alérgica extrínseca
Asma no alérgica
Asma, no especificado

295.00
296.0
298.9
299.0
300.9
300.9
312.00
312.0
313.81
314.00

Desórdenes de Conducta y Mentales
Esquizofrenia
Depresión
Psicosis
Autismo
Neurosis
Conducta dañina a si mismo (Conducta suicida)
Trastornos de la Conducta (Desórdenes de conducta en niños y adolescentes)
Trastorno de la conducta inestable (Conducta agresiva)
Trastorno opositor desafiante
Desorden de actividad y atención (ADD)



ICD 9
314.01

Índice por Diagnóstico y Condición
Déficit de atención con hiperactividad

- 315 **Retraso y Desórdenes del Desarrollo**
- 315.3 Desorden en el desarrollo del lenguaje
- 315.5 Retraso en el desarrollo, mixto
- 315.9 Retraso en el desarrollo, no específico

Retardación Mental

- 317.00 **Leve, coeficiente intelectual de 50 a 70**
- 318.0 Moderado, coeficiente intelectual de 35 a 49
- 318.1 **Severo, coeficiente intelectual de 20 a 34**
- 319.2 Profundo, coeficiente intelectual bajo 20
- 319.0 Retraso mental, no especificado
- 319.0 Síndrome de William

Desórdenes endocrinos y nutricionales

- 243.0 **Hipotiroidismo congénito** 244.0 244.9 **Hipotiroidismo Adquirido**
- 245.0 **Otros desórdenes endocrinos de la glándula tiroides**
- 250.01 **Diabetes Mellitus Insulino Dependiente, Tipo 1, Juvenil**
- 250.02 **Diabetes Mellitus no Insulino Dependiente, Juvenil**
- 252.0-252.00 **Hipoparatiroidismo** 252.1 **Hipoparatiroidismo**
- 252.9 **Otros desórdenes específicos de la glándula paratiroides**
- 255.0 **Acromegalia y gigantismo**
- 255.9 **Trastorno por deficiencia primaria de crecimiento**
- 255.2 **Hiperplasia congénita adrenal**
- 255.4 **Otros desórdenes endocrinos de las glándulas suprarrenales**
- 259.1 **Desarrollo precoz sexual, pubertad precoz**
- 259.4 **Enanismo, SHS**
- 273.01 **Obesidad morbosa**
- 273.0-273.9 **Hiperobesidad**

Desórdenes Inmunológicos y Hematológicos

- 42 **Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV)**
- 279.0 **Deficiencia de inmunidad humoral**
- 279.1 **Deficiencia de inmunidad celular**
- 279.2 **Deficiencia de inmunidad no específica**
- 279.4 **Desorden autoinmune no clasificado**
- 282.4 **Talasemia Mayor**
- 282.6 **Anemia hemolítica (autoinmune anemias)**
- 283.9 **Anemia Hemolítica**
- 284.0 **Anemia Aplástica**
- 286.0 **Hemofilia**
- 279.2 **Deficiencia de inmunidad combinada**

Enfermedades del tejido conectivo y colágeno

- 710 **Lupus eritematoso sistémico**
- 710.1 **Esclerosis, esclerodrema**
- 710.2 **Sicca Syndrome**
- 710.3 **Dermatomiositis**
- 710.4 **Polimiositis**
- 714 **Artritis reumatoidea juvenil**

Cáncer y Tumores

- 140-239 **Neoplasmas**
- Tumores malignos
- Tumores invasivos
- Leucemia

208 9

16/17

12/23/2008

NNES II ICD9 rev dic 23 2008

