



CONTRACT NUMBER: 2019-000049A

**AMENDMENT TO THE CONTRACT BETWEEN
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES)**

**and
FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.
to**

**ADMINISTER THE PROVISION OF PHYSICAL
AND BEHAVIORAL HEALTH SERVICES UNDER THE GOVERNMENT HEALTH PLAN**

THIS AMENDMENT TO THE CONTRACT BETWEEN ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES) AND FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC. FOR THE PROVISION OF PHYSICAL AND BEHAVIORAL HEALTH SERVICES UNDER THE GOVERNMENT HEALTH PLAN (the "Amendment") is by and between First Medical Health Plan, Inc. ("the Contractor"), a managed care organization duly organized and authorized to do business under the laws of the Government of Puerto Rico, with employer identification number 66-0537624 represented by its Administrative Vice President, Mr. José A. Pagán Torres, of legal age, married, resident of Cidra, and the Puerto Rico Health Insurance Administration (Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, hereinafter referred to as "ASES" or "the Administration"), a public corporation of the Government of Puerto Rico, with employer identification number 66-0500678, represented by its Executive Director, Angela M. Avila Marrero, of legal age, married and resident of Guaynabes, Puerto Rico.

WHEREAS, the Contractor and ASES executed a Contract for the provision of Physical Health and Behavioral Health Services under the Government Health Plan for the Commonwealth of Puerto Rico, on September 20, 2018 (hereinafter referred to as the "Contract");

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

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

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

I. AMENDMENTS

1. All references within the Contract to "MI Salud" shall be deleted and replaced with "Vital."

2. Section 5.2.1.1 shall be amended and replaced in its entirety as follows:

5.2.1.1 The Contractor shall accept all Potential Enrollees into its Plan without restrictions, unless otherwise authorized by CMS. The Contractor shall not discriminate against

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

- 5.3.5.4.1 The Enrollee moves outside of Puerto Rico;
- 5.3.5.4.2 The Contractor's Plan does not, due to moral or religious objections, cover the health service the Enrollee seeks;
- 5.3.5.4.3 The Enrollee needs related services to be performed at the same time, and not all related services are available within the network. The Enrollee's PCP or another Provider in the Contractor's Network have determined that receiving services separately would subject the Enrollee to unnecessary risk;
- 5.3.5.4.4 Other acceptable reasons for Disenrollment at Enrollee request, per 42 CFR 438.56(d)(2)(v), including, but not limited to, poor quality of care, lack of Access to Covered Services, or lack of Providers experienced in dealing with the Enrollee's health care needs; and
- 5.3.5.4.5 The Enrollee has become eligible for a Latino Program, or has experienced a change in his or her eligibility as a member of the Domestic Violence or Foster Care Populations.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

14.4.4.1.5 The Enrollee's whereabouts are unknown and the post office returns the Contractor's mail directed to the Enrollee indicating no forwarding address (refer to 42 CFR 435.231(d) for procedures if the Enrollee's whereabouts become known).

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

35.2.1

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



RATIFICATION

All other terms and provisions of the original Contract, as amended by Contracts Number 2018-000049A, and of any and all documents incorporated by reference therein, not specifically deleted or modified herein shall remain in full force and effect. The Parties hereby affirm their respective undertakings and representations as set forth therein, as of the date thereof. Capitalized terms used in this Amendment, if any, shall have the same meaning assigned to such terms in the Contract.

III. EFFECT; CMS APPROVAL

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

IV. AMENDMENT EFFECTIVE DATE

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

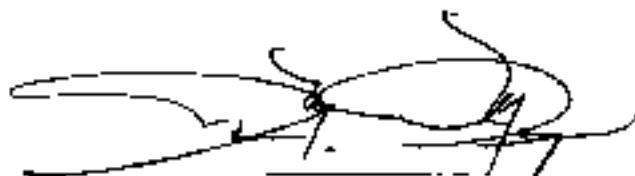
V. ENTIRE AGREEMENT

This Amendment constitutes the entire understanding and agreement of the Parties with regards to the subject matter hereof, and the parties by their execution and delivery of this Amendment to the Contract hereby ratify all of the terms and conditions of the Contract, as amended by Contract Number 2018-000049A, and as supplemented by this Agreement.

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

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

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES)

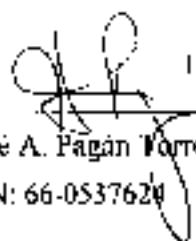


Ms. Angela M. Avila Marrero, Executive Director
EIN: 66-05000678

12/31/18

Date

FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.



José A. Pagan Torres, Administrative Vice President
EIN: 66-0537620

12/31/18

Date

Account No. 256-5325 to 5330



ATTACHMENT 13

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

A.A.H.

JH





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Angélica M. Ayala Moreno
Directora Ejecutiva

20 de octubre de 2017



A TODAS LAS UNIONES Y ORGANIZACIONES SINDICALES QUE PROVIENEN EL
BENEFICIO DE PLAN MÉDICO A SU MATRÍCULA AL AMPARO DE LA LEY
NÚM. 158-2006

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

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

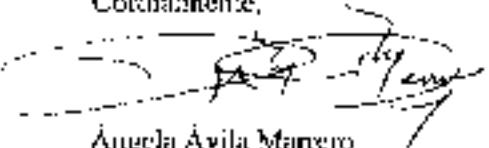
Por esto, y a los fines de que la población de Ley 95 tenga continuidad de servicios bajo las mejores condiciones posibles, ASES les ha comunicado a las entidades aseguradoras que ofrecen el beneficio actualmente la activación de la Cláusula 51 del contrato vigente entre las partes. Esta cláusula le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

ASES
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

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

De tener cualquier duda o pregunta en relación a este particular puede comunicarse con el Sr. Carlos Guzmán, Gerente de Proyecto de Ley 95, al teléfono 787.474.3300 ext. 2144 o por correo electrónico a la dirección cguzman@nsespi.org

Cordialmente,



Ángela Ávila Manero
Directora Ejecutiva





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Hernández
Gobernador

Sra. Angela M. Ayala Marrero
Directora Ejecutiva



20 de julio de 2018

CARTA CIRCULAR 18-07-20

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

A.A.A. PROTOCOLO MEMORANDO OATRH 2018-001

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

Según se dispone del Memorando 2018-01 y 2018-02 de la OATRH, a partir del 16 de julio de 2018, los servidores públicos del Gobierno de Puerto Rico, así instrumentalidades y corporaciones públicas tendrán el derecho de autorizar y desautorizar el cobro de cargos por servicio si éstos no se encuentran afiliados a un representante exclusivo. También, aquellos empleados públicos que no tienen ser afiliados de una única, tendrán el derecho de presentar libre y voluntariamente una solicitud de desafiliación en cualquier momento. Tanto de presentada dicha solicitud, las agencias, corporaciones públicas y/o instrumentalidades del Gobierno de Puerto Rico tendrán que hacer los trámites necesarios para dar efecto las disposiciones señaladas de enésima parte a las mismas y/o cargar los recaudos, salvo que el empleado público presente autorización escrita para lo mismo. Ningún empleado público podrá ser incentivado o presionado a ejercer su derecho a jubilarse o desafiliarse de una razón laboral.

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

ASES
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

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

Especificamente, la Carta Circular 2017-E-1-06, en su Sección "LEY 158 DE AGOSTO DE 2006", Art. 7, inciso (l) actualmente dispone:

"l. El empleado no deseé neogarse a la entidad aseguradora seleccionada. De ser así, esto no tendrá su oportunidad para el plan disponible para acogerse a cualquier de las entidades contratadas por ASESS al pago de cubierto de pago directo."

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

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

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

Solicitamos el fiel cumplimiento de las Disposiciones de esta Carta Circular. De tener cualquier duda o pregunta puede comunicarse con el Sr. Carlos R. Chacón Otero, Gerente de Proyecto de Ley 95, por correo electrónico a la dirección equipo95@asess.gov.co o por teléfono al (787) 424-3100 ext. 2344.

Considerando,

Yolanda Cienfuegos Lugo, MS, MBA
Subdirectora Ejecutiva





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguro
de Salud de Puerto Rico (ASES)

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

13 de octubre de 2015



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

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

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

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

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

Categoría	NOMBRE DE MARCA	Despacho	Limitaciones
Pastillas anticonceptivas	Lutena, Ortho Microneer, Cycless, Tri-cyclen, Tri-Sprinelle, Ortho-Eva Cycless Low	Tres paquetes para noventa días con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de evaluación médica o nueva receta.	Fumadora neta de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad sistémica de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis Presión arterial descontrolada Esfuerzo al embarazo Historial de cáncer de mama
Inyección Hormonal	Depo-Provera	Tres paquetes para noventa días con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de evaluación médica o nueva receta.	No más de dos (2) años consecutivos Fumadora neta de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad sistémica de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis

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

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

Categoría	Nombre de Marca	Despacho	Limitaciones
Métodos de barrera	Condón latex, con espuma/cida	Deben ser pagados por el asegurado	Alergia al látex o espuma/cida
Métodos de emergencia	Plan B	Deben ser pagados por el asegurado	Peso corporal mayor de 164 libras Fumadora activa de más de 25 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad urológica de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboflebitis Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historial de cáncer de mama

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

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

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

Cordialmente,

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

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





FAMILY PLANNING CLINIC

Information Patient

PMG _____

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

Referring Physician Information (PMG)

Physician Name _____ Signature _____

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

Medical History

Blood Pressure: _____ / _____ Height: _____ Weight: _____ BMI: _____
 Last Menstrual Period: _____ / _____ / _____ Gravidity: _____ Parity: _____ Abortion: _____ Cesarean: _____
 Menstrual History: _____ Normal _____ Abnormal (Explain): # _____ (days); Regular: Yes (), No (),
 Painful: Yes (), No ()
 Pregnancy Test Done: _____ No _____ Yes (Weeks of Pregnancy) _____
 1. History contraceptive Method? _____ No _____ Yes _____ Date _____ / _____ / _____
 Current Contraceptive Method: _____
 2. Record of STD infections: _____ No _____ Yes _____ Date _____ / _____ / _____
 Type of disease _____
 3. Currently Breastfeeding: _____ No _____ Yes _____

Additional Information Required

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

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

Recommended Contraceptive Method:

- Pill(s): _____
- Depo-Provera (Injection)
- IUD-Paragard

REFERRAL FORM FAMILY PLANNING CLINIC (FPC)

Page 2/2

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

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

3. Is at risk sexual activity:

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

4. Identify Considerations for Contraceptive Prescription

- Mental health disorder
- Substance Abuse
- Other: _____

5. Diagnostic Test Required:

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

***PAP Test Result**

Date: ____ / ____ / ____

Normal _____

Abnormal _____

Explain (If Abnormal) _____

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



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

Physician Signature: _____

Use for Family Planning Clinic

Comments:

A/A/A

Nurse Name: _____ **Signature:** _____

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

Date Rev: 08/2018 PREVEN
Date Rev: 10/2016 ASES



ESTADO Libre Asociado de
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

CARTA NORMATIVA 15-1112

12 de noviembre de 2015

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

REVISIÓN DE CUBIERTA Y DIAGNÓSTICO ICD10

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

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

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

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

Cordialmente,

Sandra V. Peña, MHSA, PT
Subdirectora Ejecutiva

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





LISTA DE DIAGNÓSTICOS PARA CUBIERTA DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES ICD-10-CM 2015

VASES

Nota: Se utilizan los mismos padres en las condiciones que necesitan de las expectativas de la condición por ejemplo, legumbres, ligeras, ligeramente, ultra especiales, especiales. La codificación en «0:000» no sumará el 10% de enfermedades generales a las expectativas mismas de la enfermedad.



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

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK_Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSG
D90	Cardiovascular	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D90.0	Arteriosclerotic heart disease	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D90.0-3	Coronary artery disease, atherosclerosis	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D90.1	Primary coronary artery	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D90.2	Coronary artery disease	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D90.3	Angina pectoris	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D90.4	Myocardial infarction ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D90.5	Acute myocardial infarction	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D90.6	Other myocardial infarction	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D90.7	Myocarditis	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D90.8	Other myocarditis	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D90.9	Other specified heart disease	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D91	Hypertension	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D91.0	Hypertension ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D91.1	Essential hypertension	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D91.2	Ischaemic heart disease	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D91.3	Diastolic hypertension	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D91.4	Orthostatic hypotension	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D91.5	Other vascular diseases	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D91.6	Hypertension ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D91.7	Arteriosclerotic heart disease	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D91.8	Diabetic hypertension	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D91.9	Other specified heart disease	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D92	Stroke	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D92.0	Ischaemic stroke ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D92.1	Other ischaemic stroke	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D92.2	Unspecified stroke	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D92.8	Other specified heart disease	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D92.9	Unspecified heart disease	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D93	Diabetes mellitus	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D93.0	Diabetes mellitus ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D93.1	Diabetes mellitus, unclassified	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D93.2	Diabetes mellitus, otherwise specified	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D93.3	Diabetes mellitus, unspecified	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D93.4	Diabetes mellitus, ketoacidosis	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D93.5	Diabetes mellitus, ketoacidosis	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D93.6	Diabetes mellitus, ketoacidosis	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D93.7	Diabetes mellitus, ketoacidosis	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D93.8	Diabetes mellitus, ketoacidosis	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D93.9	Diabetes mellitus, ketoacidosis	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D94	Obesity	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D94.0	Obesity ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D94.1	Obesity, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D94.2	Obesity, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D94.3	Obesity, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D94.4	Obesity, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D94.5	Obesity, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D94.6	Obesity, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D94.7	Obesity, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D94.8	Obesity, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D94.9	Obesity, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D95	Other diseases of the heart and blood vessels	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D95.0	Thromboembolism, unspecified	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D95.1	Stroke, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D95.2	Unspecified stroke ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D95.3	Unspecified thromboembolism ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D95.4	Thromboembolism, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D95.5	Thromboembolism, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D95.6	Thromboembolism, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D95.7	Thromboembolism, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D95.8	Thromboembolism, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D95.9	Thromboembolism, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D96	Varicose veins	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D96.0	Varicose veins ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D96.1	Varicose veins, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D96.2	Varicose veins, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D96.3	Varicose veins, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D96.4	Varicose veins, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D96.5	Varicose veins, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D96.6	Varicose veins, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D96.7	Varicose veins, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D96.8	Varicose veins, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total
D96.9	Varicose veins, ICD	NONE	Medically	-		Clinical Total	Total



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

Bentley Systems Wins Gold at the 2019 Construction Innovation Awards



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

Revista de Psicología 2013, vol. 32, núm. 1, enero, 1-22



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

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM, 2015)	DESCRIPTION LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK - Minimum Services to be covered risk of the entity contracted by the PSS
I60.2	Som. epco. Meningo del	NHC	Cognitivo	-	-	Cubierta parcial	Mental retardation, primary
I60.21	Meningoepatencia. Meningoepatencia con virus	NHC	Cognitivo	-	-	Cubierta parcial	Infectoepatologia, primaria
I154.8	Lengua alterada-ida del	NHC	Cognitivo	-	-	Cubierta parcial	Mental retardation, secondary
H50.20	Esclerosis	NHC	Oncológico	-	-	Cubierta parcial	Mental retardation, secondary
H50.10	Eclerosis	NHC	Oncológico	-	-	Cubierta parcial	Neoplasia cerebral primaria, NHC
H50.00	Esclerosis primaria n/c	NHC	Oncológico	-	-	Cubierta parcial	Neoplasia cerebral primaria, NHC
I08.31	Right eye HZK Enfermedad	NHC	Oncológico	-	-	Cubierta parcial	Mental retardation, secondary
Diagnosis of the Monosymptomatic System and Complementary Thesis							
M33	Convulsiones	NHC	Cognitivo	4	-	Cubierta total	Total
M31	Pareoconv.	NHC	Motricidad	-	4	Cubierta total	Total
V39	Int. cerebrovascular (ICV)	NHC	UVE	4	-	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
Y03	Int. cerebrovascular aguda	NHC	UVE	4	-	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M82	Int. cerebrovascular aguda	NHC	UVE	4	-	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
I60	Parálisis cerebral	NHC	UVE	4	-	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M21	Int. Uvea Crótica o ambas oculares	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
09.31	Int. Endotelial Anterior	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M01.042	Edema infunyel óptico agudo	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
20.21	Act. endotelial de RGC	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M00.06	Act. retinal (Retinopatía)	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M40	Macula NOS	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M43	Uveitis NOS	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M41	Endotelial NOS	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M40	Endotelial NOS	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M43	Uveitis NOS	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M41	Endotelial NOS	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M40	Uveitis NOS	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M00.3	Edema óptico crónico	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M41	Endotelial del UVE	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
M41	Uveitis aguda	NHC	UVE	-	4	Cubierta Parcial	Supervivencia y calidad de vida
Comorbilidades							
G00.2	Manicopat.	NHC	CNS	-	1	Cubierta Total	Total
G01	Síntesis de neurotrans NOS	NHC	CNS	-	1	Cubierta Total	Total
G09.2	Síntesis neurotrans NOS	NHC	CNS	-	1	Cubierta Total	Total



**LISTA DE DIAGNÓSTICOS PARA CUBIERTA DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES [ICD-10-CM, 2015]**



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



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

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10-CM_2018)	DESCRIPTION LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK definition Services to be covered risk of the activity contracted by the PSG.
010.0	Macrotomia	HNC	DS2008		+	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
010.1	Microcephaly	HNC	DS2008		+	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
010.4	Neurofibromatosis	HNC	DS2008		+	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
010.5	Mucopolysaccharidosis	HNC	DS2008		+	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
010.6	Genital/gynaecological injury	HNC	DS2008		+	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
010.8	Contraception	HNC	Contracept		-	Globally Permed	
010.9	Contraceptive procedure	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
011.0	Genital injury not elsewhere classified	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
011.3	Contraceptive siteitis	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
011.4	Contraceptive side effects	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
011.5	Contraceptive complications	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
011.6	Teratology or birth defects	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
011.7	Contraceptive failure	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
011.8	Contraceptive late period	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
011.9	Teratology and birth defects	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
012.0	Intrauterine device	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
012.1	Sterilisation and vasectomy	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
012.2	Intrauterine device not removed	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
012.3	Contraceptive failure	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
012.4	Intrauterine device not removed	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
012.5	Contraceptive failure	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
012.6	Sterilisation after HNC	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
012.9	Other contraceptive methods	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
013.0	Pelvic inflammatory disease	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
013.1	Congenital valve defect	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
013.2	Congenital valve defect	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
013.3	Pelvic inflammatory disease	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
013.4	Congenital valve defect	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
013.5	Congenital valve defect	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
013.6	Congenital valve defect	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
013.7	Congenital valve defect	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
013.8	Congenital valve defect	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)
013.9	Congenital valve defect	HNC	Contracept		-	Globally Permed	Possessiveness - Risk of loss of property (Kauf/Mit)

Zwischenbericht Oktober 2013: collaboration Department of Safety

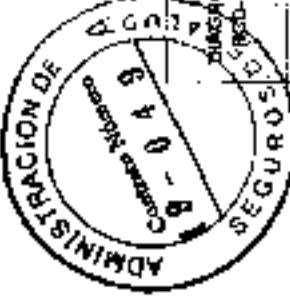


**LISTA DE DIAGNÓSTICOS PARA CUBIERTA DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10-CM 2015)**

LISTA DE DIAGNÓSTICOS PARA COBERTURA DE NIÑOS CON NEFESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC COOPES (ICD-10-CM_2015)



ICD-10 CM CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION/LETTER OF 2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Treatment for a specified period	Comments	ICD-10 Minimum Standard to be covered risk of the entity contracted by the PDI
G91	Alzheimer disease	MPN	Condition			Cadence PDI	
G91.1	Alzheimer disease primary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G91.2	Alzheimer disease secondary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G91.3	Alzheimer disease, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	
G91.4	Dementia, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	
G91.5	Alzheimer's disease	MPN	Condition			Cadence PDI	
G91.6	Primary progressive dementia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G91.7	Secondary progressive dementia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G91.8	Other progressive dementia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G91.9	Other dementia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G92	Subcortical arteriosclerotic encephalopathy	MPN	Condition			Cadence PDI	
G92.1	Subcortical arteriosclerotic encephalopathy, primary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G92.2	Subcortical arteriosclerotic encephalopathy, secondary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G92.3	Other subcortical arteriosclerotic encephalopathy	MPN	Condition			Cadence PDI	
G92.4	Subcortical arteriosclerotic encephalopathy, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	
G92.5	Other primary progressive non-dementing cognitive disorder	MPN	Condition			Cadence PDI	
G92.6	Primary progressive non-dementing cognitive disorder, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	
G92.7	Primary progressive non-dementing cognitive disorder, not elsewhere classified, not primary progressive non-dementing cognitive disorder	MPN	Condition			Cadence PDI	
G92.8	Other primary progressive non-dementing cognitive disorder	MPN	Condition			Cadence PDI	
G92.9	Other primary progressive non-dementing cognitive disorder, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	
G93	Frontotemporal dementia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G93.1	Frontotemporal dementia, primary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G93.2	Frontotemporal dementia, secondary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G93.3	Other frontotemporal dementia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G93.4	Frontotemporal dementia, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	
G94	Progressive nonfluent aphasia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G94.1	Progressive nonfluent aphasia, primary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G94.2	Progressive nonfluent aphasia, secondary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G94.3	Other progressive nonfluent aphasia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G94.4	Progressive nonfluent aphasia, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	
G95	Primary progressive non-agrammatic aphasia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G95.1	Primary progressive non-agrammatic aphasia, primary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G95.2	Primary progressive non-agrammatic aphasia, secondary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G95.3	Other primary progressive non-agrammatic aphasia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G95.4	Primary progressive non-agrammatic aphasia, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	
G96	Primary progressive nonword repetition	MPN	Condition			Cadence PDI	
G96.1	Primary progressive nonword repetition, primary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G96.2	Primary progressive nonword repetition, secondary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G96.3	Other primary progressive nonword repetition	MPN	Condition			Cadence PDI	
G96.4	Primary progressive nonword repetition, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	
G97	Primary progressive semantic aphasia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G97.1	Primary progressive semantic aphasia, primary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G97.2	Primary progressive semantic aphasia, secondary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G97.3	Other primary progressive semantic aphasia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G97.4	Primary progressive semantic aphasia, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	
G98	Primary progressive non-eloquent aphasia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G98.1	Primary progressive non-eloquent aphasia, primary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G98.2	Primary progressive non-eloquent aphasia, secondary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G98.3	Other primary progressive non-eloquent aphasia	MPN	Condition			Cadence PDI	
G98.4	Primary progressive non-eloquent aphasia, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	
G99	Primary progressive non-fluency	MPN	Condition			Cadence PDI	
G99.1	Primary progressive non-fluency, primary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G99.2	Primary progressive non-fluency, secondary	MPN	Condition			Cadence PDI	
G99.3	Other primary progressive non-fluency	MPN	Condition			Cadence PDI	
G99.4	Primary progressive non-fluency, not elsewhere classified	MPN	Condition			Cadence PDI	



LISTA DE DIAGNÓSTICOS PARA COBERTURA DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

ପ୍ରକାଶକ ପତ୍ର ଏବଂ ମହାନ୍ ବିଦ୍ୟାଲୟର ପରିଚୟ



**LÍSTICA DE DIAGNÓSTICOS PARA CUBIERTA DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC COGES (ICD-10 CM, 2005)**

Sentences from the 2015 edition provide the framework for the Seis



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

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10-CM_2015)	DESCRIPTION (I-Letter ICD_2008)	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	AISL-Administrative Services to be covered risk of the entity conducted by the PSG
061.2	Polyuria, polydipsia, polyphagia	NHC	Congreso		4	Cubierta Precio	Health Watch about 061.1 - 061.4
061	Polyuria/polydipsia/polyphagia	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
061.4	Polyuria/polydipsia	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
061.5	Diabetes mellitus	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
061.6	Diabetes mellitus, type 1	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
061.7	Diabetes mellitus, type 2	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
061.8	Diabetes mellitus NOS	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
061.9	Diabetes mellitus, unspecified	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
062.0	Obesity, physical, NOS	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
062.1	Obesity, due to endocrinopathy	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
062.2	Obesity, due to metabolic disorder	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
062.3	Obesity, due to pharmacological agent	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
062.4	Obesity, due to psychopathology	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
062.5	Obesity, due to social factors	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
062.6	Obesity, due to unknown cause	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
062.7	Obesity, unspecified	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
063	Obesity, physical, NOS	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
064	Obesity, due to pharmacological agent	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
065	Obesity, due to metabolic disorder	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
066	Obesity, due to psychopathology	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
067	Obesity, due to social factors	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
068	Obesity, due to unknown cause	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
069	Obesity, unspecified	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
070	Obesity, physical, NOS	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
071	Obesity, due to endocrinopathy	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
072	Obesity, due to metabolic disorder	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
073	Obesity, due to pharmacological agent	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
074	Obesity, due to psychopathology	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
075	Obesity, due to social factors	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
076	Obesity, due to unknown cause	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
077	Obesity, unspecified	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
078	Obesity, physical, NOS	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
079	Obesity, due to endocrinopathy	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
080	Obesity, due to metabolic disorder	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
081	Obesity, due to pharmacological agent	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
082	Obesity, due to psychopathology	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
083	Obesity, due to social factors	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
084	Obesity, due to unknown cause	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
085	Obesity, unspecified	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
086	Obesity, physical, NOS	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
087	Obesity, due to endocrinopathy	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
088	Obesity, due to metabolic disorder	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
089	Obesity, due to pharmacological agent	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
090	Obesity, due to psychopathology	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
091	Obesity, due to social factors	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
092	Obesity, due to unknown cause	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
093	Obesity, unspecified	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
094	Obesity, physical, NOS	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
095	Obesity, due to endocrinopathy	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
096	Obesity, due to metabolic disorder	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
097	Obesity, due to pharmacological agent	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
098	Obesity, due to psychopathology	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
099	Obesity, due to social factors	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
099.1	Obesity, due to unknown cause	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
099.2	Obesity, unspecified	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
099.3	Obesity, physical, NOS	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
099.4	Obesity, due to endocrinopathy	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
099.5	Obesity, due to metabolic disorder	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
099.6	Obesity, due to pharmacological agent	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
099.7	Obesity, due to psychopathology	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
099.8	Obesity, due to social factors	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
099.9	Obesity, due to unknown cause	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY
099.9	Obesity, unspecified	NHC	Congreso		✓	Cubierta Precio	INCIDENTAL CONGESTION IN PREGNANCY



**LISTA DE DIAGNÓSTICOS PARA CUBIERTA DE NIÑOS CDM NECESSIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)**

Revista de la FTS 2015, vol. 17, núm. 35, Diciembre de Salud



**LISTA DE DIAGNÓSTICOS PARA CURRÍCULUM DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNÓSTICO CODEX (ICD-10-CM, 2015)**

Downloaded on October 2015 by [redacted] from Project MUSE at [redacted]



**LISTA DE DIAGNÓSTICOS PARA COBERTURA DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM, 2015)**

Responsible and WISE 2015 established the Responsible Research Initiative



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

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	DESCRIPTION-LETTER DS_2008	Type of Register	Type Condition	Up to 20 years (until before age 21 day)	Temporary (for a specified period)	Comments	RISK Minimum Services to be covered table of the entity contracted by the PSO
009.2	Coexistencia de trastornos mentales, no 04	NHE	General	-	-	Cubierta Total	Prematuro desarrollo infantil
009.3	Afasia de la voz	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Trastornos del lenguaje - ICD-10 F98
009.4	Atrofia auditiva	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Trastornos de desarrollo - F98
Otros trastornos del desarrollo							
009.5	Ansiedad social	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Prematuro desarrollo infantil
009.6	Excesivo temor NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Trastornos de ansiedad - F98
009.7	Distracción	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Trastornos de atención y memoria - F98
009.8	Genitocaudal	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Trastornos de desarrollo - F98
009.9	Mórbido obsesivo	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Prematuro desarrollo infantil
G85	Hiperactividad NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Trastornos de desarrollo - F98
I00.7	Retardo psicomotor NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Prematuro desarrollo infantil
I00.8	Trastorno límite de personalidad	NHE	General	-	-	Cubierta Total	Trastornos de desarrollo - F98
I00.9	Trastorno límite de personalidad	NHE	General	-	-	Cubierta Total	Trastornos de desarrollo - F98
I01.1	Retardo psicomotor	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Trastornos de desarrollo - F98
I01.2	Retardo psicomotor	NHE	General	-	-	Cubierta Total	Trastornos de desarrollo - F98
I01.3	Retardo psicomotor NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Trastornos de desarrollo - F98
Otros trastornos dirigidos al desarrollo							
I01.4	Disociación social	NHE	General	-	-	Cubierta Total	Trastornos de desarrollo - F98
I01.5	Retraso intelectual NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Total	Trastornos de desarrollo - F98
I01.6	Retraso intelectual NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Total	Trastornos de desarrollo - F98
I01.7	Retraso intelectual NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Total	Trastornos de desarrollo - F98
I01.8	Retraso intelectual NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Total	Trastornos de desarrollo - F98
I01.9	Retraso intelectual NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Total	Trastornos de desarrollo - F98
Otros trastornos dirigidos al desarrollo							
I02.0	Retraso intelectual definido	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Velocidad intelectual
I02.1	Retraso intelectual definido	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Velocidad intelectual
I02.2	Retraso intelectual definido	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Velocidad intelectual
I02.3	Retraso intelectual definido	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Velocidad intelectual
I02.4	Retraso intelectual definido	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Velocidad intelectual
I02.5	Retraso intelectual definido	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Velocidad intelectual
I02.6	Retraso intelectual definido	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Velocidad intelectual
Limitación de salud, Percepción, Tras Efectos y Otra Especie de Causas							
T00	Lengua atrofia NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Asociación con落后语言
T05	Sordera NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Asociación con落后语言
Sozial Coviency							
314	Sordera total NHE	NHE	General	-	-	Cubierta Parcial	Asociación con落后语言

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

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

Nota: Se utilizan los siguientes parámetros de descripción de las necesidades de la condición por ejemplo, los más rara, poco común, atípica, poco específica, un específico, la condición en ICD-10CM no aumenta el número de cifras indicadas, determina la especificidad en el tipo de enfermedad.



A.A.V.
J.S.



Nota: Se utilizan los diagnósticos que resultan de un específico de la tarjeta de seguro. Los diagnósticos que el paciente médico, como por ejemplo, lesiones, enfermedades, etc., específicas, no especificadas en el diagnóstico ICD-10 CM no se incluyen en el número de enfermedades, dentro de la separación de acuerdo a las enfermedades.

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	Coverage - Adults	Comentarios
Anemia Aplásica		
I66.9	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Artritis Reumatoide		
V15	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Cancer		
Range: C00 - C43, C69, C44 - C75, C7A - C7B, C80 - C86, D00 - D09, D37 - D44, D47, D45 - D49, E11, 134, G13, G75	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Cáncer de Piel Carcinoma IN SITU		
D04	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Cáncer de piel carcinoma invasivo o los de Celulas Escamosa (Con evidencia de Metástasis)		
C44.92	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Enfermedad Renal Crónica		
N18.1	A. Nivel 1 y 2	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
N18.3	B. Nivel 3 y 4	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
N18.5	C. Nivel 5 y 6	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Eclaterodermia		
N74	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Eclerosis Múltiple		
G35	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Esclerosis lateral Amiotrófica		
G12.21	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Fibrosis Quística		
E84.0	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Hemofilia		
U65, D66, D67, D68	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Lepra		
A32	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Lupus Eritematoso Sistémico		
M37.9	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico
Osteomielitis		
Range: Q00-Q06A, Z33 - Z37, Z39	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos padres relacionados al diagnóstico

LISTA DE DIAGNÓSTICOS PARA COBERTURA DE ADULTOS CON COBERTURA ESPECIAL
DIAGNÓSTICO CÓDIGO ICD-10-CM_2015

DIAGNÓSTICO CÓDIGO (ICD-10-CM_2015)	Coverage Adults	Comentarios
Tuberculosis		
A15-A18	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos individuales relacionados al diagnóstico.
MV-S10A		
B00-B07, C00-C04, Z00-Z21, Z71-Z79	Special Coverage	Agrupados dentro de los diagnósticos individuales relacionados al diagnóstico.

Nota: Se incluyen los episodios pedidos en las condiciones que recibidos de los específicos diagnósticos de la tuberculosis por ejemplo, leg and right, Upper right, conjunta, other specified, unspecified.
La confirmación de ICD-10CM no aumenta el número de informaciones determinadas sobre la naturaleza clínica de la enfermedad.



A.M.W.
J.S.

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

ASES

Nota: Se incluyen los códigos para en la clasificación que indican la presencia de las enfermedades de la condición según el diagnóstico final de acuerdo a los ICD-10 CM_2015 y se incluye el número de enfermedades definidas en la clasificación anterior de enfermedades.

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	Description	Comments
Z00.00	Routine general medical examination at a health care facility	Encounter For General Adult Medical Exam W/C Abnormal Findings
Z00.01	Routine general medical examination at a health care facility	Encounter For General Adult Medical Exam W/ Abnormal Findings
Z11.1	Special screening for other specified viral diseases	Encounter For Screening For Human Immunodeficiency Virus
Z11.9	Special screening for other specified viral diseases	Encounter For Screening For Other Viral Diseases
Z72.0	Other problems related to lifestyle	Tobacco Use
Z72.81	Other problems related to lifestyle	Inadequate Sleep Hygiene
Z72.89	Other problems related to lifestyle	Other Problems Related To Lifestyle
Z73.0	Other problems related to lifestyle	Bum-Off
Z73.1	Other problems related to lifestyle	Type A Behavior Pattern
Z73.2	Other problems related to lifestyle	Lack Of Relaxation And Leisure
Z73.9	Other problems related to lifestyle	Stress, Not Elsewhere Classified
Z75.7	HIV counseling	Human Immunodeficiency Virus (HIV) Counseling
Z22	Asymptomatic HIV infection status	Asymptomatic Human Immunodeficiency virus Infection Status
B20	HIV disease	Human Immunodeficiency Virus (HIV) Disease

Nota: Se utilizan los códigos propios de las condiciones que no están dentro de la clasificación de la condición.

Fuente: Instituto Mexicano de la Seguridad Social





QUALITY PROGRAM INCENTIVE
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10-CM 2015)

WSES

Quality Prog. Model 1015



QUALITY PROGRAM INCENTIVE
DIAGNOSTIC CODES [ICD-10 CM_2015]

DIAGNOSTIC CODES [ICD-10 CM_2015]	ICD-10-DESCRIPTION
F01	Schizophrenia, unspecified
F02	Schizotypal disorder
F022	Delusional disorder
F029	Other psychotic disorders
F04	Hallucinatory disorder
F052	Hallucinatory disorder, brief psychotic episode
F054	Hallucinatory disorder, depressive type
F0542	Other transient psychotic disorders
F059	Unspecified transient psychotic disorder
F060	Mixed episode without delusional symptoms, unspecified
F061	Mixed episode with delusional symptoms, mild
F062	Mixed episode without psychotic features, moderate
F063	Mixed episode, severe, without psychotic symptoms
F064	Mixed episode, reverberant psychotic symptoms
F065	Mixed episode in partial remission
F066	Mixed episode in full remission
F068	Other mixed episodes
F069	Mixed episode, unspecified
F070	Polar disorder, current episode hypomanic
F071	Polar disorder, current episode acute; without psychotic features, unspecified
F0711	Polar disorder, current episode acute; without psychotic features, mild
F0712	Polar disorder, current episode acute; without psychotic features, moderate
F0713	Polar disorder, current episode acute; without psychotic features, severe
F072	Polar disorder, current episode manic; with psychotic features
F073	Polar disorder, current episode depressive, without psychotic features
F074	Polar disorder, current episode depressive, with psychotic features
F075	Polar disorder, current episode mixed, without psychotic features
F076	Polar disorder, current episode mixed, with psychotic features
F077	Polar disorder, in partial remission, acute; current episode hypomanic
F078	Polar disorder, in partial remission, acute; current episode mixed
F079	Polar disorder, in partial remission, acute; current episode manic
F0796	Polar disorder, in partial remission, acute; current episode depressive
F0797	Polar disorder, in partial remission, acute; current episode mixed
F0798	Polar disorder, in full remission, acute; current episode mixed
F0799	Polar disorder, in full remission, acute; current episode manic
F080	Polar disorder, in full remission, acute; current episode depressive
F081	Polar disorder, in full remission, acute; current episode mixed
F082	Polar disorder, in full remission, acute; current episode manic
F083	Polar disorder, in full remission, acute; current episode depressive
F084	Polar disorder, single episode, acute; with psychotic features
F085	Polar disorder, single episode, acute; without psychotic features
F086	Polar disorder, single episode, brief; with psychotic features
F087	Polar disorder, single episode, brief; without psychotic features
F088	Polar disorder, single episode, chronic with psychotic features
F089	Polar disorder, single episode, chronic without psychotic features
F090	Polar disorder, single episode, unspecified
F091	Polar disorder, recurrent, acute; with psychotic features
F092	Polar disorder, recurrent, acute; without psychotic features
F093	Polar disorder, recurrent, chronic with psychotic features
F094	Polar disorder, recurrent, chronic without psychotic features
F095	Polar disorder, recurrent, unspecified
F096	Other bipolar disorder
F097	Bipolar disorder, unspecified
F098	Major depressive disorder, single episode, mild
F099	Major depressive disorder, single episode, moderate
F100	Major depressive disorder, single episode, severe
F101	Major depressive disorder, single episode, with psychotic features
F102	Major depressive disorder, single episode, without psychotic features
F103	Major depressive disorder, single episode, with psychotic symptoms
F104	Major depressive disorder, single episode, without psychotic symptoms
F105	Major depressive disorder, single episode, unspecified
F106	Other depressive episodes
F107	Major depressive disorder, single episode, unspecified
F108	Major depressive disorder, recurrent, moderate
F109	Major depressive disorder, recurrent, mild
F110	Major depressive disorder, recurrent, severe
F111	Major depressive disorder, recurrent, with psychotic features
F112	Major depressive disorder, recurrent, without psychotic features
F113	Major depressive disorder, recurrent, with psychotic symptoms
F114	Major depressive disorder, recurrent, without psychotic symptoms
F115	Major depressive disorder, recurrent, unspecified
F116	Major depressive disorder, recurrent, with psychotic features
F117	Major depressive disorder, recurrent, without psychotic features
F118	Major depressive disorder, recurrent, with psychotic symptoms
F119	Major depressive disorder, recurrent, without psychotic symptoms
F120	Major depressive disorder, recurrent, unspecified
F121	Major depressive disorder, recurrent, moderate
F122	Major depressive disorder, recurrent, severe
F123	Major depressive disorder, recurrent, with psychotic features
F124	Major depressive disorder, recurrent, without psychotic features
F125	Major depressive disorder, recurrent, with psychotic symptoms
F126	Major depressive disorder, recurrent, without psychotic symptoms
F127	Major depressive disorder, recurrent, unspecified
F128	Other depressive disorders
F129	Major depressive disorder, recurrent, with part of another
F130	Major depressive disorder, recurrent, without part of another
F131	Other depressive disorders
F132	Major depressive disorder, recurrent, with full remission
F133	Other depressive disorders
F134	Major depressive disorder, recurrent, unspecified
F135	Unsubstantiated
F4000	Paraphilia, unspecified
F4001	Paraphilia with part disorder
F4002	Paraphilia without part disorder
F4010	Sexual sadism, unspecified
F4011	Sexual masochism, unspecified
F4020	Acting masochistic



QUALITY PROGRAM INCENTIVE
DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)

DIAGNOSTIC CODES (ICD-10 CM_2015)	ICD-10 DESCRIPTION
F4210	Other external type phobia
F4220	Fear of thunderstorms
F4221	Other externalized type phobia
F4222	Fear of blood
F4223	Fear of dogs, insects and vermin etc.
F4224	Fear of other natural ones
F4225	Fear of injury
F4226	Transphobia
F4227	Anxiphobia
F4228	Fear of heights
F4229	Fear of flying
F4230	General functional type phobia
F4231	Agoraphobia
F4232	Dysmorphia
F4233	Other specified phobia
F424	Other phobia, anxiety disorder
F4240	plus a panic disorder unspecified
F4241	Panic disorder (agoraphobia present) without agoraphobia
F4242	Generalized anxiety disorder
F4243	Other anxiety and phobia
F4244	Other specified anxiety disorder
F4245	Oppositional disorder
F4246	Other specified affective disorder
F4247	Depressive disorder
F4248	Other specified mood (affective) disorder
F4249	Hypothymic mood (depressive) disorder, unspecified
F425	Schizotypal mood (affective) disorder
F426	Other specified depressive mental disorder
F427	Depersonalization disorder, transient syndrome
F4270	Paranoid personality disorder
F4271	Obsessive-compulsive disorder
F4272	Hallucinatory personality disorder
F4273	Borderline personality disorder
F4274	Antisocial personality disorder
F4275	Other specific personality disorder
F4276	Avant-garde personality disorder
F4277	Degradation personality disorder
F4278	Machiavellian personality disorder
F4279	Other specific personality disorder
F428	Personality disorder, unspecified
F429	Bipolar disorder
F4290	Hypomanic躁狂发作 disorder
F4291	Suicidogenesis disorder
F4292	Misopatetic disorder
F4293	Female sexual arousal disorder
F4294	Arousal disorder (libido)
F4295	Hypersexual disorder
F4296	Sexual aversion disorder
F4297	Paraphilic disorder
F4298	Disorder of sexual orientation
F4299	Other sexual disorder
F430	Organic mental disorder due to substances or known physiopathological condition
F431	Organic mental disorder due to unknown physiopathological condition
F432	Other sexual dysfunction not due to a substance or known physiopathological condition
F433	Organic sexual dysfunction not due to substance or known physiopathological condition
F434	Other sexual disorder
F435	Conduct disorder, mild/moderate type
F436	Attention deficit hyperactivity disorder, unspecified type
F437	Overdramatized disorder
F438	Oppositive defiant disorder
F439	Mixed receptive-expressive language disorder
F440	Augmented speech with aphasia (language impaired)
F441	Speech and language development delay due to brain lesion
F442	Childhood apraxia of speech
F443	Other developmental disorders of speech and language
F444	Unintentional disorder of speech and language, unspecified
F445	Specific developmental disorder of speech and language
F446	Other disorders of psychological development
F447	Specified disorder of psychological development
F448	Other disorders of psychological development
F449	Unspecified disorder of psychological development



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASER)

CARTA NORMATIVA 15-0612
(Complemento la 1800-0505A)

12 de junio de 2015

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

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

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

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

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





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE

PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

Una vez el asegurado complete el proceso de elegibilidad con la entidad de salud de la región a la que pertenezca, podrá comenzar a recibir servicios. La fecha de efectividad de la elegibilidad debe coincidir con la que otorga el programa Medicuid.

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





ESTADO FEDERADO DE
PUERTO RICO
Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

C. Procedimiento para beneficiarios que hayan perdido su elegibilidad:

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

D. Acceso a servicio y manejo de recetas:

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

E. Excepciones:

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





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)



- A. A. A.*
- J.P.*
- b. El costo de los medicamentos que hayan sido despachados a cualquier paciente en una fecha previa a ser certificado en la cubierta especial del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, por la ser responsabilidad de ADAP o de cualquiera de los centros clínicos y organizaciones comunitarias públicas/privadas que son receptores (grancitos) o sub-receptores (sub-grancitos) de fondos bajo la Ley Ryan White Partes A, B, C y D, según entendida, siempre y cuando dicho paciente haya resultado elegible bajo la Ley Ryan White. Sin embargo, el costo recaerá en ASES desde la fecha en que se obtuvo la elegibilidad bajo la cubierta especial del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Esta excepción se establece para que los receptores y sub-receptores de fondos bajo la Ley Ryan White cumplan con el precepto legal del pagador de último recurso (payer of last resort), establecido en dicha ley.
 - c. El despacho de los inhibidores de proteasa a la población elegible al PSG será responsabilidad del Departamento de Salud (ADAP) según el *Protocolo para manejo de paciente VIH/SIDA*, así como su costo.
 - d. Si el beneficiario tuviera otro plan de salud y resultara elegible al PSG, según el artículo 77.5 de la ley del contrato suscrito entre ASES y las entidades de salud, la cubierta especial se activará cuando se agote la cubierta que tenga (farmacia, farmacéutica, entre otros) de cualquier otro plan primario que posea incluyendo los mismos servicios comprendidos en esta cubierta.

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

Cordialmente;

William Ruiz Alejandro
Director
Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos

C: Dra. Ana Kies Arriagada, Secretaria del Departamento de Salud de Puerto Rico
Ing. Ricardo Rivera Cordero-Director Ejecutivo de ASES
Ladr. Sandra V. Peña Pérez-Sus directora Ejecutiva de ASES

Anexos:

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

Table I
CARTA NORMATIVA 15-0612
(Enmendando la #09-05934)

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



A.A.
S.J.



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Roselló Nevares
Gobernador

Sra. Angélica M. Ayala Moreno
Directora Ejecutiva

Carta Normativa 17-0619

19 de junio de 2017

A: **Entidades de Salud contratadas bajo Mi Salud**

Asunto: Nuevas instrucciones sobre depósito J-Codes

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

- Enviar a Abarca y a la ASEs la utilización trimestral por la parte médica de los productos de marca (Códigos J) estipulados en la normativa usando el formato (file layout) que se incluye en el anexo 1.
- Depositar los archivos no más tarde de 15 días posteriores al cierre del trimestre.
 - Fecha Límite:
 - Q1: 15 de abril
 - Q2: 25 de julio
 - Q3: 15 de octubre
 - Q4: 15 de enero

Identificar los reportes a ser depositados con la siguiente nomenclatura: JCODES, año, mes y número de versión.

○ **JCODESAAMM#**

Ejemplo: **JCODES1701V1**

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

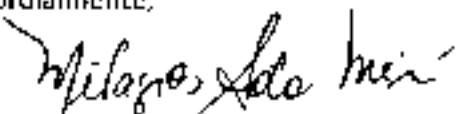


- Cada entidad recibirá individualmente su información de *username* y *password*. Igualmente, se le hará llegar el documento *Installation Instructions FileZilla Open Source Software* el cual contiene las instrucciones de cómo configurar el *FTP* para conectarse al servidor de Abarca.

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

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

Cordialmente,




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

anejos (?)

c Nayda Rivera, Abarca Health
Nélida Iona, MC-21
Jesús Hernández, Director de Cumplimiento, ASEs





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Angélica V. Alba Manero
Directora Ejecutiva

Carta Normativa 18-0613

Fecha: 11 de agosto de 2018

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

Asunto: Nueva Instrucción sobre depósito data de J-Codes

Esta nueva normativa deja sin efecto y sustituye las Cartas Normativas 1b-1126 y 17-0619. Efectivo inmediato se verájere a todas las aseguradoras contratadas del PSG Mi Salud:

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

Q1	{enero a marzo}	15 de abril
Q2	{abril a junio}	- 15 de julio
Q3	{julio a septiembre}	- 15 de octubre
Q4	{octubre a diciembre}	- 15 de enero

Identificar los reportes a ser depositados con la siguiente nomenclatura: JCODES, año, mes y número de versión.

1. JCODESAAMMv1; Ejemplo: JCODES1701V1
5. En adelante toda reclamación de J-Codes que se reporte a la ASES debe incluir el NDG del producto y la cantidad de unidades dispensadas de ese NDG según fue administrado por lo que se les requiere se repase esta instrucción con los proveedores de servicio y que se aseguren que el formato de su respectivo programa de facturación incluya esta información.



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

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

J-CODE	DRUG NAME	J-CODE	DRUG NAME
J7192	Adavelle	J2505	Neulasta
J0881	Aranesp	J1442	Neupogen
J1826	Avunex	J2941	Genotropin
J1830	Betaseron	J0120	Orencia
J1585	Copaxone, Glatiramer	J0885/J0886	Procris
J0135	Humira	J3745	Ramicade, Inflectra, Remdells
J7192	Kogenate	J1565	Synagis
J1950/J9217/J9218	Lupron, Eligard	J2323	Tysabri
J9155	Firmagon	J2350	Ocrevus

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

CÓDIGO HCPCS	DESCRIPCIÓN	NOMBRE DE MARCA	GUÍA DE REFERENCIA
J0881	Darbecestatina alfa, non - ESRD	ARANESP	PA,P
J0885	Epoetina alfa, non - ESRD	PROCRIT	PA,P
J1442	Inj, Filgrastim G, CSF 1 mg	NEUPOGEN	PA,P
J2505	Injection, Peg-filgrastim G, mg	NEULASTA	PA,P

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

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

Cordialmente,

Melagros Soto Melia
Melagros Soto Melia, MHSA, MMHC

Directora Interina
Oficina de Planificación, Calidad y Asuntos Clínicos

Mayda Rivera - Abarca Health
Lcda. Carelina G. Zapán - Directora, Oficina de Cumplimiento ASES





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Raúl A. Roselló Nieves
Gobernador
Sra. Ángela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

17 de octubre de 2017

A. A. M.

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

RE: EXTENSION DE CUBIERTAS DE PLANES MÉDICOS

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

AA

Para el año contrato 2016, ASES se encontraba en un proceso de Solicitud de Propuestas (RFP) mediante el cual se escogerían las entidades aseguradoras que ofrecerían al beneficio de plan médico a esta población a partir del 1 de enero de 2018. Sin embargo, ante la catástrofe generada por el paso de los huracanes Irma y María por Puerto Rico fue imposible cumplir con el calendario establecido.

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

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

Cordialmente,

Ángela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva



ASES
Administración de Seguros de Salud



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

21 de octubre de 2015

FE DE CORRATA
A LA CARTA NORMATIVA 15-1012 ENMENDADA

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

RP

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

BAJO LA CATEGORÍA DE INYECCIÓN HORMONAL INDICA:

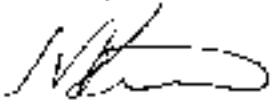
Categoría	Nombre de marca	Despacho	Limitaciones
Inyección Hormonal	Depo- Provera	Tres paquetes para noventa días con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de evaluación médica o nivel revisa.	No más de dos (2) años consecutivos Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad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



DEBE LEER COMO SIGUE:

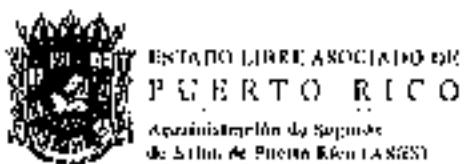
Categoría	Nombre de marca	Despacho	Limitaciones
Inyección Hormonal	Depo- Provera	Una cada tres meses	No más de dos (2) años consecutivos Fumadora activa de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad sintomática de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial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

Cordialmente,


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

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





CARTA NORMATIVA IS-1012 Enviada
(Para anadir Carta Normativa IS-03-25-A y Carta Normativa IS-03-25-B)

13 de octubre de 2015

A: Entidades de Salud,
Administrador del Beneficio de Reproducción,
Grupos Médicos Partearios, incluyendo Obstetras/
Ginecólogos Parteipantes del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG)

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

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

 Los servicios para el acceso y despacho de anticonceptivos seguirán proveídos por las clínicas de planificación familiar combatiendas para los propósitos y establecidas en los distritos municipales de las regiones del Plan de Salud del Gobierno.

Los siguientes métodos anticonceptivos serán provistos de manera a las distintas categorías establecidas:

Categoría	Nombre de Muestra	Despacho	Situaciones
Pasillas anticonceptivas	Lamisil, Orto Microneer, Cyclo, Tri-cyclo, Tri-Synject, Orto-Tri Cyclo Low	Tres paquetes para novena año con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de avaliación médica o prueba recién.	Tranquilidad neta de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad sifilitidiana de la vesícula bilíar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboembólico Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historial de epíaxis de mala
Inyección hormonal	Dupo-Provera	Tres paquetes para novena año con tres repeticiones, se cubre un año sin necesidad de avaliación médica o prueba recién.	No más de dos (2) años consecutivos Tranquilidad neta de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad sifilitidiana de la vesícula bilíar Enfermedad del hígado Accidente cerebrovascular Historial tromboembólico



			Presión arterial descontrolada trastorno del colesterol Historial de cáncer de mama
Dispositivo Intrauterino (Copper T)	DIU-Pavagard	Una cada 10 años	Proprietary Positivo en enfermedades venéreas Enfermedad de Wilson

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

Categoría	Nombre de M étodo	Despacho	Condiciones
Métodos de barrera	Condón latex, con espuma/cida	Deben ser pagados por el asegurado.	Alergia al latex o saponilina
Métodos de barrera	Plan B	Deben ser pagados por el asegurado.	Peso corporal mayor de 160 libras Diuretora activa de más de 35 años Diabetes de más de 20 años Enfermedad sistémica de la vesícula biliar Enfermedad del hígado Acidosis taurinouratímica Historial tromboembólico Presión arterial descontrolada Infarto al miocardio Historial de ataques de angina

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

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

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

Coordinación,

Sandra V. Peña Pérez, PTC, MUSA
 Sub Directora Ejecutiva

c Leila Mirta de Cuellar Roa
 Dirección Oficina de Asuntos Legales / Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos



AAA

Gobierno de Puerto Rico



FAMILY PLANNING CLINIC

Information Patient PMG _____

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

Referring Physician Information (PMG)

Physician Name _____ Signature _____

NPI _____ License number _____ Date _____
mmddyyyy

Medical History

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

Last Menstrual Period: _____ Gravidity: _____ Parity: _____ Abortion: _____ Cesarean: _____

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

Painful: Yes (), No () _____

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

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

Current Contraceptive Method: _____

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

Type of disease _____

3. Currently Breastfeeding: _____ No _____ Yes _____

Additional Information Required

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

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

Recommended Contraceptive Method:	
Pill: _____	
Depo-Provera (Injection) _____	
IUD-Paragard _____	

(This Referral is exclusive for use with Beneficiaries of the Government Health Plan (GHP).



REFERRAL FORM FAMILY PLANNING CLINIC (FPC)

Page 2/2

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

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

3. Is at risk sexual activity:

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

4. Identify Considerations for Contraceptive Prescription

- Mental health disorder
 Substance Abuse
 Other: _____

*PAP Test Result	
Date:	_____
Normal:	_____
Abnormal:	_____
Explain (If Abnormal): _____	
*Please attach copies of PAP Smear results with this referral.	

5. Diagnostic Test Required:

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



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

Physician Signature: _____

Use for Family Planning Clinic**Comments:**

Nurse Name: _____ Signature: _____

CONFIDENTIAL PURPOSES: This message is intended only for the use of the individual to whom it is addressed and may contain confidential information (hereinafter referred to as "confidential information"). Confidential information is protected under applicable law. If you are not the intended recipient, please contact the sender and destroy all copies of the original.

Date Issued: 06/2018 PREVON
 Date Rev.: 10/17/2018 AMEB



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Alejandro Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Angelita M. Ayala Alvarado
Directora Ejecutiva



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

Date: August 7, 2018

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

Subject: Marketing and Educational Materials - Marketing Activity Guides

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

I. Marketing Materials:

A. Applicability:

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

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

B. Scope:

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

C. Definition of Marketing Materials:



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

D. Content Guidelines:

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

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

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

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

- a. Colors:

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



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



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

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

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

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

i. Mandatory Requirements:

- a) Header and Cover Page:

- i. PRHIA's logo and MCO's logo
 - ii. MI Salud logo
- b) Footer or back, as applicable: MCO customer service contact numbers for providers and beneficiaries, and internet address (website).

A.A.J.W.
JF

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

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

Ex. "Material Marketing_Billboard_Name of the Document_Name of the MCO_v1"

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

Ex. "Material Marketing_Billboard_Name of the Document_Name of the MCO_v2"

Ex. "Material Marketing_Billboard_Name of the Document_Name of the MCO_v3"





5. The primary method for receiving marketing materials in the Compliance and Integrity Office is through the following email address: MaterialesMercadeoMISalud@PRHIApr.org.
6. PRHIA will communicate the determination of required correction, approval or denial via email. The time of review for each marketing material will be fifteen (15) working days. MCOs may not re-submit the same material previously denied by the PRHIA to different PRHIA personnel who did not work on the original submission.
7. Approved marketing material will have an authorization number provided by PRHIA that must be placed in the lower or back part of each promotional material in a font size no smaller than 8. Without said authorization number, the marketing material may not be published and/or distributed.
8. Marketing materials may not be published on the MCO's webpage for MI Salud.
9. PRHIA reserves the right to notify the MCOs to discontinue or modify previously approved marketing materials.
- P. In accordance with article 12.001 of Act No. 78 of June 1, 2011, as amended (16 L.P.R.A. § 4231), known as the Electoral Code of Puerto Rico for the 21st Century; during general election year and until the day after the election, all marketing materials must also be approved by the Electoral State Commission.

II. Educational Materials:

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

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

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

1. Understandability:

a. Content:

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

b. Word Choice & Style:

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

c. Use of Numbers:

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

d. Organization:

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



c. Layout & Design

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

d. Use of Visual Aids

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

e. Actionability

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

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

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

III. Guidelines for Marketing Activities:

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

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

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

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

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

1. Directly or indirectly engaging in door-to-door, telephone, email, texting or other cold-call marketing activities.
2. Offering any favors, inducements or gifts, promotions, or other insurance products that are designed to induce enrollment in the MCO's Plan.
3. Distributing plans and materials that contain statements that PRHIA determines are inaccurate, false, or misleading. Statements considered false or misleading include, but are not limited to, any assertion or statement (whether written or oral) that the MCO's plan is endorsed by the Federal Government or the Government of Puerto Rico, or similar entity.
4. Distributing materials that, according to PRHIA, mislead or falsely describe the MCO's Provider Network, the participation or availability of Network Providers, the qualifications and skills of Network Providers (including their bilingual skills); or the hours and location of network services.
5. Seeking to influence Enrollment in conjunction with the sale or offering of any private insurance.
6. Asserting or stating in writing or verbally that the enrollee or potential must enroll in the MCO's plan to obtain or retain benefits.

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

1. Distribute general information through mass media (i.e. newspapers, magazines and other periodicals, radio, television, the internet, public transportation advertising, and other media outlets).
2. Make telephone calls, mailings and home visits only to Enrollees currently enrolled in the MCO's plan, for the sole purpose of educating them about services offered by or available through the MCO.
3. Distribute brochures and display posters at Provider offices that inform patients that the Provider is part of the GIEP Provider Network;

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

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

IV. Provider Marketing Materials:

- A. MCOs are responsible for ensuring that not only its marketing activities, but also the marketing activities of its Subcontractors and Providers, meet the above requirements. MCOs shall collect from its Subcontractors and Providers any marketing materials they intend to distribute and submit these to PRHIA for review and written approval prior to distribution. MCOs shall provide for equitable distribution of all marketing materials without bias toward or against any group.
- B. PRHIA will sanction or assess monetary penalties on the MCOs that does not comply with this Normative Letter or marketing requirements in the Contract, as permitted by contract and applicable laws and regulations. The sanctions or monetary penalty for noncompliance will be \$5,000 for each event of non-compliance. Repeated instances of non-compliance with a requirement in this Normative Letter or the marketing requirements in the Contract may result in PRHIA's imposition of a sanction or monetary penalty of \$10,000 for each event of non-compliance.

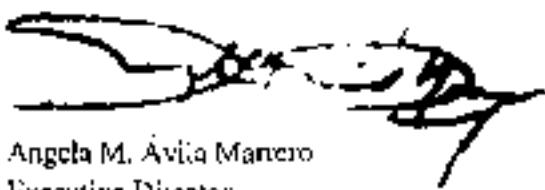
PRHIA may impose additional intermediate sanctions or civil monetary penalties in the Contract between PRHIA and the MCOs for the latter's non-compliance with any of the terms and conditions of the MCO contract. If an employee or authorized representative of PRHIA determines a MCO's sales representative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

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

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

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

We expect strict compliance with the aforementioned guidelines.



Angela M. Ávila Mancero
Executive Director





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

Ramón J. Rivera A. Rosalíe Pérez
Secretario
Asistente

Dr. Angelita Acosta Muñoz
Directora Ejecutiva

Carta Normativa 18-1003- Enmendada

30 de octubre de 2018

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

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

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

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

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

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

Transición Nuevo Modelo Vital
Página 2 de 7

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

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

I. Servicios a los Beneficiarios Durante el Periodo de Transición

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

Servicios a los cuales le aplica este Periodo de Transición:

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

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





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

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

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

II. Servicios a los asegurados bajo Cubierta Especial

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

Enfatizarnos que los beneficiarios en Cubierta Especial tienen libre acceso a especialistas y subespecialistas de acuerdo a su condición, sin necesidad de referidos. Además, y a tenor con las disposiciones de las secciones 7.5.12.7.1.3, 7.5.12.7.1.4 y 7.7.11.1b, los MCOs deben credencializar y contratar los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) y otros centros o grupos especializados que participen del programa Ryan White alrededor de la isla para que los beneficiarios puedan continuar sus tratamientos.

III. Servicios de Farmacia

a. Pro-Autorizaciones (PA) de medicamentos

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



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

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

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

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

b. Repeticiones de Medicamentos (Refills)

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

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

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



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

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

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

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

V. Beneficiarias Embarazadas

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

VI. Pacientes Asignados ("Auto-Enrollment")

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

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

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



Traición Nuevo Modelo Vital
Página 6 de 7

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

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



VII. Tarifas

El MCO al cual el beneficiario fue asignado garantizará que, durante el Periodo de Transición, los proveedores del PSG que atendían al beneficiario previo al 1 de noviembre 2016 pero que no fueron contratados con dicho MCO recibirán compensación por servicios ofrecidos al beneficiario durante el Periodo de Transición. El pago por dicho servicio durante el Periodo de Transición deberá ser igual a la tarifa de los proveedores contratados en la red. Esto incluye servicios anciliares como laboratorios y radiología, proveedores de equipo médico duradero, clínicas, hospitales¹, sala de emergencias², etc. De no realizar el pago de acuerdo a esta instrucción, ASES podría retener la cuantía adeudada al proveedor de los pagos pendientes de desembolso al MCO.

VIII. Publicación

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

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

Esperamos su colaboración para llevar a cabo estas instrucciones.

Cordialmente,

Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

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

² El pago por servicios de Sala de Emergencias debe ser de acuerdo a las facilidades sanitarias, ferias, y la disponibilidad de servicios mínimos tales como laboratorio y rayos X.



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Recd. Ricardo A. Lugo (RSL)
Gobernador

Sra. Ana M. Vazquez
Directora Ejecutiva

CARTA NORMATIVA 18-1116

16 de noviembre de 2018

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

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

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

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



PO Box 193661, San Juan, PR 00919-5661 Tel: 787.470.5300 • www.asespr.org



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

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

¡Tu Salud está en Tus Manos!

Cordialmente,

Angela M. Ávila Mamero
Directora Ejecutiva



A.F.A.

G.P.

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO



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

El periodo de transición al nuevo Plan de Salud del Gobierno, "Vital" transcurrirá desde el 1ro de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019 o la discontinuidad del tambo de cesación de manejo de cuidado (MCO) por sus aliados en inglés, o "aseguradoras", médico familiar o grupo médico realizado por el beneficiario durante este período, de haber alguno, lo que ocurra ultimo.

A continuación, presentamos las instrucciones que seguirán de seguir todos los aseguradores y proveedores participantes de Vital para garantizar la continuidad y acceso de todos los beneficiarios a los servicios, cuidados y tratamientos durante el Periodo de Transición:

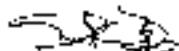
- Si usted es hoy proveedor de Mi Salud, podrá continuar ofreciendo servicios a ese paciente que sean beneficiarios, haya o no finalizado el proceso de contratación con las nuevas aseguradoras asignadas a ese paciente. Durante el periodo de transición todos los MCOs (aseguradoras) deben pagar por servicios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

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

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

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

Para más detalles sobre las instrucciones para el proceso de transición al Plan Vital le sugerimos a revisar nuestro portal de Internet www.asespr.org en la sección de proveedores donde encontrará copia de la Carta formaliza (B-1003 – Encendida, apén de encañadas por la aseguradora para el plan Vital).


Angela M. Aviles Marrero
Directora Ejecutiva

**Tu Salud está
en Tus Manos!**



PARA MÁS INFORMACIÓN:

Vista: PlanVitalPR.com O llame: 1-833-253-7721
Servicio TTY en español:
1-866-280-2050 Servicio TTY en Inglés:
1-866-280-2053