|  |
| --- |
| **Solicitud de Cubierta Especial** |
| **Nombre del Asegurado:** |
| **Número de Contrato:**  | **Edad:** | **Estatura:** | **Peso:**  |
| **Condición Especial:** | **ICD-10** |
| **Nombre del especialista:** | **Especialidad:** |
| **Dirección Postal:** | **Teléfono:**  |
| **Fax:**  |
| **Certificación de Condición (Vea requisitos de documentación al dorso)** |
| **Fecha de Dx. (mes/día/año):** |  |
| **Historial Clínico:** |  |
|  |
|  |
| **Estudios/Lab./Patologías (someta evidencia):** |  |
|  |
|  |
| **Plan de Tratamiento** |
| **Código** | **Descripción** | **Fecha de Comienzo****(mes/día/año)** | **Fecha de Terminación****(mes/día/año)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Nombre del PCP:** |
| **Firma:** | **Fecha:** |

Favor enviar vía fax al **787-993-3265**. De tener dudas o para seguimientos puede comunicarse al Programa para el Manejo de Condiciones Crónicas al 787- 620- 1919, Ext. 4154.

|  |  |
| --- | --- |
| **Condición** | **Requisitos de documentación** |
| * Enfermedad Renal Terminal (ESRD)Estadios III, IV, V
 | * Fecha del acceso vascular y primera diálisis
* Fecha de trasplante
 |
| * Artritis Reumatoide
 | * Certificación de Reumatólogo
* Resultados de: ESR, CRP, ANA y/o radiografías pertinentes
 |
| * HIV/ SIDA
 | * Resultado de prueba Western Blot
 |
| * Lupus Eritematoso
 | * Certificación de diagnóstico por reumatólogo o nefrólogo
 |
| * Esclerosis Múltiple
 | * Resultados de MRI, IgG en fluido espinal, prueba de potenciales evocados.
* Plan de tratamiento del neurólogo
 |
| * Hemofilia
 | * Evidencia factor VIII y IX alterados
* Plan de tratamiento del hematólogo
 |
| * Escleroderma
 | * Biopsia de piel, Pruebas de función pulmonar y cardiaca, prueba de anticuerpos autoinmune
* Plan de tratamiento del reumatólogo
 |
| * Fibrosis Quística
 | * Prueba del sudor, radiografía de pecho, pruebas de función pulmonar, función del páncreas y grasa fecal
* Plan de tratamiento del neumólogo
 |
| * Cáncer/Neoplasmas
 | * Resultado de la patología o estudio especializado
* Plan de tratamiento
 |
| * Tuberculosis
 | * Evidencia radiografía, Cultivos Positivos, reporte de lavado bronquial o reporte de biopsia del lugar afectado.
 |
| * Lepra
 | * Biopsia o cultivos positivos.
* Certificación por Infectológo para condición.
 |
| * Parkinson
 | * Evaluación del neurólogo con estudio.
 |
| * Esclerosis amiotrόfica lateral
 | * Evaluación del neurólogo con estudio
 |

Esta información se encuentra gratis en otros idiomas. Favor comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-620-1919 de lunes a domingos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY/TDD con equipo, pueden llamar al 1-866-620-2520.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-888-620-1919 Monday to Sunday, from 8:00am to 8:00pm. TTY users should call at 1-866-620-2520.