|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.