

16 de mayo de 2019

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD MENONITA VITAL**

**SMI – SED/BUPRENORFINA**

¡Reciba un cordial saludo de todos los que laboramos en el Plan de Salud Menonita (PSM)!

Es importante que todo beneficiario adulto o pediátrico del Plan de Salud Menonita con condiciones de salud mental severa, déficit de atención con o sin hiperactividad, así como los beneficiarios bajo el tratamiento y/o Programa de Buprenorfina reciban un mayor cuidado.

Para lograr tener visibilidad al respecto en nuestra población, hacemos disponible el *Formulario de Registro de Beneficiarios SMI's / SED's / Buprenorfina*. El propósito de este formulario de Registro es tener una herramienta con la cual podamos identificar beneficiarios que tengan condiciones severas de salud mental y/o abuso de sustancias/opioides y no hayan sido reconocidos como tal en nuestro sistema. Se pretende, además, identificar nueva población con estas condiciones para ofrecerle servicios de cuidado integral y coordinado de la salud física y mental.

Por otro lado, el mismo será utilizado para las evaluaciones de algunos medicamentos bajo el beneficio de farmacia que requieran preautorización.

Junto a esta comunicación se incluye el Formulario de Registro para su referencia. La certificación se debe completar en todas sus partes y enviar por fax al 787-332-0919 y/o a través de nuestro email: [caremanagementvital@planmenonita.com](mailto:caremanagementvital@planmenonita.com).

Si tiene alguna duda, puede comunicarse con nosotros al Departamento de Manejo de Casos, (787) 625-1380 ext. 7408 ó 7411.

¡Agradecemos su compromiso con nuestros beneficiarios!

Cordialmente,



Gregorio A. Cortés Soto, MD  
Principal Oficial Médico  
[www.MenonitaVital.com](http://www.MenonitaVital.com)



## Formulario de Registro de Beneficiarios SMI's / SED's / Buprenorfina

Para incluir beneficiarios en el Registro de Condiciones Mentales Severas, complete y envíe este formulario con la información requerida al Fax 787-332-0919.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO Y PROVEEDOR			
Nombre del Beneficiario:		Número de Contrato de Beneficiario:	Fecha de Nacimiento:
Nombre del Proveedor:		Número de NPI:	
Teléfono del Proveedor:		Fax del Proveedor:	
Grupo Médico Primario:		NPI del Grupo Médico Primario	
<b>ESPECIALISTA QUE REFIERE:</b>			
<input type="checkbox"/> Psiquiatra Niños y Adolescentes <input type="checkbox"/> Psicólogo Clínico <input type="checkbox"/> Pediatra del Desarrollo <input type="checkbox"/> Psiquiatra Generalista <input type="checkbox"/> Neurólogo Pediátrico <input type="checkbox"/> Médico Generalista con Licencia en Buprenorfina			
<b>SELECCIONE LA CONDICIÓN DE SALUD MENTAL QUE DESEA REGISTRAR</b>			
<b>SMI's CONDICIÓN SEVERA DE SALUD MENTAL</b>	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia (F20) <input type="checkbox"/> Esquizofrenia paranoide (F20.0) <input type="checkbox"/> Esquizofrenia desorganizada (F20.1) <input type="checkbox"/> Esquizofrenia catatónica (F20.2) <input type="checkbox"/> Esquizofrenia indiferenciada (F20.3) <input type="checkbox"/> Esquizofrenia, no especificada (F20.9) <input type="checkbox"/> Trastorno esquizoafectivo (F25) <input type="checkbox"/> Otros trastornos psicóticos no orgánicos(F28)	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar, episodio actual maniaco severo, con síntomas psicóticos (F31.2) <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar, episodio actual deprimido, severo, con síntomas psicóticos (F31.5) <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar, episodio actual mixto, severo, con síntomas psicóticos (F31.6) <input type="checkbox"/> Trastorno depresivo mayor, severo, recurrente, con síntomas psicóticos (F33.3)	
<b>SED's NIÑOS Y ADOLESCENTES PRESENTANDO LAS SIGUIENTES CONDICIONES</b>	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia (F20) <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar (F31) <input type="checkbox"/> Trastorno depresivo mayor (F33) <input type="checkbox"/> Otros trastornos de ansiedad (F41) <input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios (F50) <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico _____	<input type="checkbox"/> Déficit de Atención con Hiperactividad <input type="checkbox"/> Predominantemente inatento (F90.0) <input type="checkbox"/> Predominantemente hiperactivo (F90.1) <input type="checkbox"/> Combinado (F90.2) <input type="checkbox"/> Otro tipo (F90.8) <input type="checkbox"/> No especificado (F90.9)	
<b>BUPRENORFINA</b> *Favor de incluir: consentimiento informado de tratamiento, firmado por el beneficiario y prueba toxicológica	<input type="checkbox"/> Abuso de opioides no complicado (F11.10) <input type="checkbox"/> Dependencia de opioides no complicado (F11.20) <input type="checkbox"/> Dependencia de opioides en retirada (F11.23) <input type="checkbox"/> Dependencia de opioides con desorden de ánimo inducido por opioides (F11.24) <input type="checkbox"/> Dependencia de opioides con disfunción sexual inducido por opioides (F11.281)	<input type="checkbox"/> Dependencia de opioides con desorden del sueño inducido por opioides (F11.282) <input type="checkbox"/> Dependencia de opioides con otro desorden inducido por opioides (F11.288) <input type="checkbox"/> Dependencia de opioides con desorden no especificado inducido por opioides (F11.29) <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>INDICAR SI PRESENTA LOS SIGUIENTES AGRAVANTES</b>	<input type="checkbox"/> Pacientes limitados al hogar o encamados. <input type="checkbox"/> Ubicados en hogares sustitutos o instituciones sociales. <input type="checkbox"/> Pacientes utilizando Clozaril u otros medicamentos inyectables de mantenimiento de salud mental. <input type="checkbox"/> Pacientes con condiciones mentales severas e incapacitantes asistidos por tutores.		
Firma del Proveedor	Núm. Lic.	NPI	Fecha