



**Plan de Salud Menonita, Inc.
Formulario Certificación Cubierta Especial para Autismo**

El beneficio de cubierta especial está diseñado para brindar servicios a los beneficiarios con necesidades especiales de atención médica causadas por enfermedades graves. Para registrar a los beneficiarios en los beneficios de Cubierta Especial, complete y envíe este formulario y toda la información requerida que se encuentra en el Anejo de Condición Especial para cada condición y enviarlo al Fax 787-332-0923. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, contáctenos al 1-855-297-0140.

Información del Beneficiario (a)		
Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento:	Número de Identificación:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Información del Familiar		
Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Teléfono: ()	Tutor Legal	
Dirección de Beneficiario(a):	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Información de Médico Primario		
Nombre con Apellidos:	Teléfono:	
Número NPI:	Fax:	
Grupo Médico Primario (GMP):	Número de NPI del GMP:	
Información del Proveedor		
Sometido por: <input type="checkbox"/> Médico Primario <input type="checkbox"/> Facilidad <input type="checkbox"/> Otro Proveedor:		
Nombre del Proveedor:		
Nombre de Facilidad:		
Dirección:		
Código Postal:	Teléfono: ()	Fax: ()



<input type="checkbox"/> Autismo Cubierta Provisional	
<p>Certificación de riesgo sometida por el Médico Primario y evidencia de la herramienta de Cernimiento utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <16 meses - Cuestionarios de Edades y Etapas: Emocional Social-2 (ASQ-SE-2) o Escalas de Comportamiento Simbólico de Comunicación - Perfil de Desarrollo (CSBS-DP 6-24 meses) <input type="checkbox"/> 16- 30 meses – Lista de verificación modificada para autismo en niños pequeños: seguimiento revisado (M-CHAT R/F) <input type="checkbox"/> 31- 66 meses– Cuestionario de Edades y Etapas-Emocional Social-2 (ASQ-SE-2) <input type="checkbox"/> ≥ 48 meses – Cuestionario de comunicación social (SCQ edad mental> 2 años) Escalas de comunicación y comportamiento simbólico- Perfil de desarrollo (CSBS-DP 6-24 meses) <input type="checkbox"/> 67 meses-11 años – Prueba de síndrome de Asperger infantil (CAST) <input type="checkbox"/> > 11 años – Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS) <p>(Ver Protocolo de Autismo del Departamento de Salud)</p> <p>Duración: La cubierta provisional tendrá una duración de seis meses. Si el proceso de evaluación no se completa, la cubierta provisional puede renovarse por seis meses adicionales.</p>	
<input type="checkbox"/> Autismo Cubierta Especial Permanente	
<p>Registro permanente después de una certificación de diagnóstico según el Protocolo de diagnóstico del DOH y acompañado por el registro en el registro de Autismo del DOH por uno de los siguientes especialistas:</p> <p>Certificación de diagnóstico por un:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sicólogo Clínico <input type="checkbox"/> Sicólogo Escolar <input type="checkbox"/> Consejero en Psicología <input type="checkbox"/> Neurólogo <input type="checkbox"/> Siquiatra <input type="checkbox"/> Especialista en Desarrollo Pediátrico <p>Los Profesionales que certifican la condición deben tener capacitación o experiencia en el área de Autismo, como lo exige el Protocolo de Autismo del Departamento de Salud de Puerto Rico.</p>	
Historial Médico	
Firma del Proveedor:	Fecha:
Número de Licencia del Proveedor:	NPI: