



Carta Circular 19-00054

25 de octubre de 2019

**A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL PLAN DE SALUD MENONITA VITAL
FORMULARIO CUBIERTA ESPECIAL-AUTISMO**

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

Nos dirigimos a ustedes para orientarles sobre el Formulario de Cubierta Especial de Autismo. El formulario adjunto a esta comunicación es el revisado y aprobado por la ASES. Siempre que se vaya a solicitar la Cubierta Especial de Autismo, ya sea la Provisional o la Permanente, este debe ser el Formulario a ser utilizado.

El mismo tiene que ser completado en todas sus partes y enviado al fax de Cubiertas Especiales al 787-332-0923. De recibir el formulario incompleto, el mismo no podrá ser procesado. Devolveremos el mismo y estaremos solicitando el reenvío completado en todas sus partes.

Como siempre, contamos con su colaboración y nos mantenemos a su orden para clarificar cualquier duda o pregunta.

Centro de Servicio al Proveedor
1-855-297-0140 (libre de cargos)
lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
<http://psmconnet.psmpr.com>

Cordialmente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'G. Cortés Soto'.

Gregorio A. Cortés Soto, MD
Principal Oficial Médico