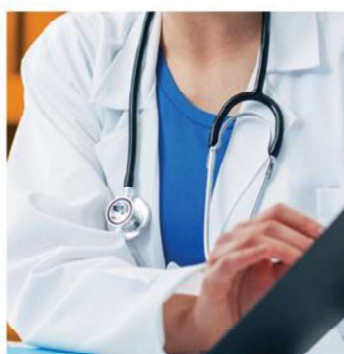
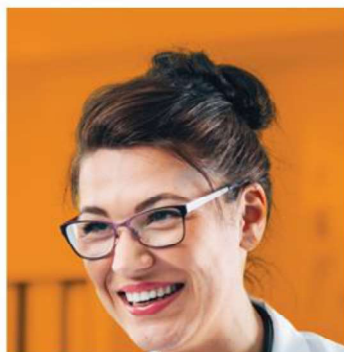


GUÍA DEL SUSCRIPTOR



**PLAN DE SALUD
MENONITA**
TU SALUD EN BUENAS MANOS



Empleados Públicos Ley 95

Fecha de efectividad: 1 de junio 2022

CONTRATO DE CUBIERTA GRUPAL

CONTRATO DE CUBIERTA GRUPAL



**PLAN DE SALUD
MENONITA**

**Apartado 44
Aibonito PR, 00705**

CUBIERTAS Empleados Públicos Ley 95

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE ESTA CUBIERTA DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE
--

“ESTE CONTRATO NO ES UN CONTRATO COMPLEMENTARIO A MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, examine la Guía de Cubierta de Salud para Personas con Medicare disponible por la organización de servicios de salud.”

Por favor, lea detenidamente.

Este contrato se emite como evidencia de cubierta de salud grupal. La misma contiene detalles de los servicios. La cubierta está sujeta a los términos del plan grupal del Plan de Salud Menonita, Inc. El Plan de Salud Menonita, Inc. será llamado de aquí en adelante “EL PLAN”.

Este contrato, incluyendo los endosos y documentos anejos, si los hubiere, constituye el texto íntegro del contrato de cubierta. Ningún cambio en esta cubierta será válido hasta que sea autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Ningún productor tiene autoridad para cambiar esta cubierta o renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Este contrato no deniega, rehúsa emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de esta cubierta, basado en que el suscriptor ha sufrido maltrato; no excluye, limita la cubierta o deniega una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato del suscriptor.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Félix Ortiz Figueroa".

[Félix Ortiz Figueroa]
Delegation Oversight Director

Tabla de Contenido

I. Introducción.....	3
II. Elegibilidad	3
III. Proceso de pre-autorización.....	9
IV. Coordinación de Beneficios.....	19
V. Conversión	20
VI. Disposiciones Generales	22
VII. Exclusiones de cubierta médica básica.....	49
VIII. Cubierta de Trasplante de Organos.....	54
X. Cubierta de Gastos Médicos Mayores	61
XI. Exclusiones de Gastos Médicos Mayores.....	62
XII. Resumen de su cubierta de farmacia	63
XIV. Cubierta Dental.....	77
VIII. Seguro de vida.....	79
XVI. Información de Contacto.....	82
XVII. Proceso de Querellas, Apelaciones y Reclamaciones	82
XVIII. Definiciones	113

GUÍA DEL SUSCRIPTOR

I. Introducción

“EL PLAN”, vela por las necesidades de salud de sus suscriptores. Le exhortamos a que se familiarice con esta guía que ha sido preparada para que puedan acceder apropiadamente a los beneficios incluidos como empleados públicos o pensionados a través de la Ley 95. Esta cubierta tendrá vigencia comenzando a partir del **primero (1^{ro}) de junio de 2022 al 31 de mayo de 2023**.

El modelo de servicio de este contrato es uno de libre selección dentro de la red de proveedores contratada por “EL PLAN”. Contamos con una red de proveedores contratados de 11, 957 a través de todo Puerto Rico que incluye, 5,637 médicos primarios y especialistas, 1,196 centros de imágenes radiológicas y laboratorios, 1,126 profesionales aliados de la salud, 205 Hospitales y centros de diagnóstico y tratamiento, 777 proveedores de servicios de salud mental, 547 proveedores de servicios dentales y 1,062 farmacias participantes.

II. Elegibilidad

1. Dependientes Elegibles

1.1 Dependientes Directos: Es responsabilidad del empleado suscriptor demostrar con evidencia fehaciente que sus dependientes directos dependen de él y cumplen con estos requisitos que más adelante se mencionan. Se denomina a los siguientes como dependientes directos:

- 1.1.1 El cónyuge o cohabitante del suscriptor principal, incluido en el contrato mientras el contrato está en vigor.
- 1.1.2 Hijos menores hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. Los hijos o hijas serán aquellos que hayan sido recibidos en el seno de la familia por nacimiento, adopción o adjudicación de custodia o por ser hijos o hijas de uno de los cónyuges o cohabitantes en un matrimonio, cónyuges y cohabitantes anteriores se les extenderá la cubierta a hijos o hijas, hasta los 26 años de edad según establecido por el artículo 6(h) de la Ley Núm. 161 del 1 de noviembre del 2010, e hijos de crianza según establecido en el artículo 19.150(6) del Código de Seguros de Puerto Rico y según definido en el artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico. En el caso de los hijos o hijas por adopción o adjudicación de custodia, deberá acreditarse la adopción o adjudicación de custodia mediante el documento de resolución de adjudicación de custodia provista por el Tribunal correspondiente según exigido por “EL PLAN”.

- 1.1.3 Los hijastros y los hijos naturales reconocidos legalmente por el empleado, hasta alcanzar los 26 años y cualquier otro familiar que esté bajo la custodia legal y que vivan con el empleado en una relación corriente de padre e hijo.
- 1.1.4 Cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del suscriptor principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el suscriptor principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho suscriptor principal. Deberá presentar evidencia que confirme esta relación. (Ejemplos: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos, planillas, entre otros).
- 1.1.5 Cualquier menor no emancipado, cuyo abuelo o abuela u otro familiar que sea suscriptor principal de este contrato, siempre y cuando se le presente a “EL PLAN” copia certificada de la sentencia final y firme del Tribunal, en la que se le adjudica la custodia física de dicho menor no emancipado al abuelo, abuela o familiar dependiente.
- 1.1.6 Hijas o hijos que estén suscritos como dependientes directos del suscriptor principal o menores no emancipados o que estén incapacitados y sean dependientes directos de un abuelo, abuela o miembro de la familia que sea el principal tenedor del plan médico familiar, hasta que alcancen la edad de 26 años, podrán continuar como dependientes directos, siempre y cuando se le presente a “EL PLAN” copia certificada de la sentencia final y firme del Tribunal, mediante la cual se declare como incapaz a dicho dependiente; así como la tutela o el documento oficial judicial que autoriza a dicho abuelo, abuela o familiar actual como tutor de dicho incapacitado.
- 1.1.7 Cualquier hijo/a, independientemente de su edad, que esté física o mentalmente incapacitado/a, si dicha incapacidad comenzó antes de que dicho/a hijo/a cumpliera 19 años y la misma no le permite desempeñar ningún empleo. Para efectos de la elegibilidad al plan, la determinación de la incapacidad se basará en opinión médica mediante documento fehaciente a esos efectos.

Será responsabilidad de “EL PLAN” notificar al suscriptor la intención de cancelar o eliminar al dependiente afectado, 30 días previos a la efectividad de la cancelación del plan médico por falta de evidencia. De “EL PLAN” cumplir con el envío de la notificación y posteriormente cancelar al dependiente, será responsable de enviar el ajuste en prima correspondiente, si alguno, a la entidad gubernamental.

1.2 Dependientes Opcionales: Denomina al familiar inmediato del suscriptor principal o su cónyuge, que no cualifica como dependiente directo, que depende sustancialmente del suscriptor para su sustento y que no haya alcanzado la edad de 65 años. Es responsabilidad del suscriptor

principal demostrar en forma satisfactoria a “EL PLAN”, la elegibilidad de estos dependientes. Disponiéndose que también cualifican los dependientes declarados incapacitados total y permanentemente ya sean menores o mayores de edad, cuya custodia, patria potestad o tutela haya sido concedida a los abuelos u otros familiares según la Ley Núm. 15 del 27 de febrero del 2007. Es responsabilidad del suscriptor demostrar que sus dependientes opcionales cumplen con estos requisitos para ser participantes de este contrato.

- 2. Cambios durante el año:** “EL PLAN” realizará los cambios necesarios en el sistema electrónico, de lo contrario será responsable del pago del servicio a que tiene derecho el suscriptor luego de realizar el cambio. El suscriptor no podrá realizar cambios en cubierta durante el año contrato.

2.1 Casamiento

Un suscriptor que contraiga matrimonio tendrá derecho a incluir a su cónyuge en los beneficios de este contrato si lo solicita durante el período de 60 días posteriores a la fecha del matrimonio.

2.2 Recién Nacidos

Los niños nacidos durante la vigencia de un contrato familiar son elegibles para ingreso con efectividad a la fecha de su nacimiento, con derecho a recibir beneficios desde esa fecha. Los padres deberán notificar, dentro de un período no mayor de 30 días, el nombre del niño y la fecha de su nacimiento a los fines de que se le emita la tarjeta de suscriptor. El suscriptor en un plan individual o de pareja podrá incluir a los hijos que nazcan durante la vigencia como dependientes directos mediante el pago de la prima adicional que corresponda. La fecha de efectividad de la cubierta, en este caso, será la fecha de nacimiento del o los dependientes directos. En los casos de niños recién nacidos, el suscriptor deberá notificar a “EL PLAN” sobre el nacimiento del niño(a) y proporcionar el pago de los cargos o la prima, si alguna, requerida a más tardar de los 30 días de la fecha de nacimiento.

Si no se proporciona la notificación y pago descrito anteriormente, “EL PLAN” podrá optar por no continuar proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de 30 días de su nacimiento. No obstante, si a más tardar de los 4 meses de la fecha de nacimiento del niño el suscriptor emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño(a).

Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, “EL PLAN” podrá solicitar que se proporcione una notificación del nacimiento, y no denegará el continuar proveyendo la cubierta si el suscriptor no proporciona dicha notificación.

2.3 Hijos adoptivos e hijastros o cualquier otro familiar que esté bajo la patria potestad o custodia legal

El suscriptor deberá solicitar el ingreso de un hijo adoptivo, hijastro, cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el suscriptor en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho suscriptor o dependiente directo que sea

elegible mediante la obtención de la custodia legal dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la adopción legal o la fecha en que comenzó una relación corriente de hijo con el suscriptor, según sea el caso, sometiendo la evidencia correspondiente.

2.4 Por divorcio o muerte

Los hijos de un suscriptor que se divorcie o muera tienen derecho a continuar bajo “EL PLAN”, aunque no vivan bajo el mismo techo. El cónyuge divorciado o viudo que no fuera suscriptor principal es elegible a continuar como suscriptor acogiéndose al derecho de conversión, de acuerdo con las disposiciones de este contrato. Si un dependiente directo u opcional muere durante el año contrato, el suscriptor deberá notificar a “EL PLAN” dentro de los 30 días siguientes al fallecimiento para el cambio o ajuste, si alguno, de la prima correspondiente. En caso de que fallezca el cónyuge o pareja cohabitante, “EL PLAN” debe ser notificado por medio de un certificado de defunción. “EL PLAN” hará el cambio dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la muerte.

En casos de divorcios “EL PLAN” deberá ser notificado por medio de copia de la sentencia de divorcio y en caso de separación de pareja cohabitante, deberá someter la forma CSS-AS-10-003 “Notificación de Terminación de condición de Pareja Cohabitante”. “EL PLAN” hará el cambio dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la notificación del cambio.

2.5 Por separación del servicio para acogerse al retiro

Si un suscriptor se separa del servicio activo para acogerse a los beneficios de cualquiera de los Sistemas de Retiro y desea continuar cubierto o ingresar en un plan de los contratados por el Secretario de Hacienda y hacer uso de su aportación patronal, le aplicará lo siguiente:

2.5.1 Ingresar

El suscriptor deberá llenar y entregar una solicitud de ingreso directamente a “EL PLAN” dentro de los siguientes 60 días calendarios a la fecha en que recibe su primer pago del Sistema de Retiro. En estos casos, el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes siguiente si se somete antes del día 10. Si la solicitud de ingreso se efectúa después del día 10, el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.

2.5.2 Interesa continuar sin interrupción de servicios

En estos casos el suscriptor deberá comunicarse directamente con “EL PLAN” dentro de los 30 días calendarios antes de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificarle la fecha en que se acogerá al retiro. Además, enviará el Plan copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental. El retirado no podrá hacer cambios de plan ni de cubierta en ese momento. El retirado pagará directamente a “EL PLAN” el costo total de la prima, incluyendo la aportación patronal. Tan pronto el suscriptor reciba su primer pago como pensionado podrá solicitar, con evidencia certificada del pago, al Sistema de Retiro que

pertenece, el reembolso de las aportaciones patronales pagadas y notificar a “EL PLAN” para que ésta comience a facturar al Sistema de Retiro.

2.5.3 Decida no continuar con su plan

En este caso el suscriptor deberá comunicarse directamente con “EL PLAN” dentro de los 30 días calendarios antes de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificar la fecha en que se acogerá al retiro, además, enviará copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental, junto con las tarjetas de “EL PLAN”. Del suscriptor no entregar las tarjetas, podría ser responsable del pago de la prima o del pago de los servicios utilizados durante el periodo donde la cubierta no estaba en vigencia, según lo acordado con “EL PLAN”.

- 2.5.4** El suscriptor ya pensionado podrá optar por una cubierta Complementaria de Medicare en caso de que estuviera disponible, en la fecha de su retiro o en cualquier fecha posterior en que advenga su elegibilidad para tal cubierta, durante la vigencia de este contrato. La fecha de efectividad de tal cubierta Complementaria será el día primero del mes siguiente en que “EL PLAN” reciba una solicitud escrita del pensionado a tales efectos.

2.5.5 Por separación del servicio de una Corporación Pública para acogerse al Retiro

Si un suscriptor se separa del servicio de una Corporación Pública para acogerse al retiro gubernamental, someterá una solicitud a través del sistema de retiro al cual pertenece.

2.6 Por doble cubierta

Si un suscriptor es elegible para otro plan médico después de la fecha que comienza este contrato, solicitará la cancelación de este plan durante la vigencia de este contrato dentro de los 30 días siguientes de tener conocimiento. El suscriptor someterá evidencia a tales efectos con la efectividad de la cancelación de éste. La cancelación en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la misma, siempre que la persona someta ésta antes del día 10 del mes. Si la persona somete la cancelación después del día 10 del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud de cancelación.

2.7 Cancelación de la cubierta en otro plan médico

Si un suscriptor deja de ser elegible a otro plan médico durante la vigencia de este contrato, podrá solicitar ingreso a “EL PLAN” y tendrá 30 días a partir de la fecha de notificación de cancelación para solicitar el cambio. Deberá someter evidencia a tales efectos, con la efectividad de la cancelación de este. El ingreso tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la misma, siempre que la persona envíe ésta antes del día 10 del mes. Si la persona emite la solicitud después del día 10, la misma tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

2.8 Cambios de plan durante el año de contrato por liquidación, cese de operaciones o cualquier otra causa que a juicio de ASES afecte o pueda afectar la prestación de servicios

Cuando un Tribunal de Primera Instancia emita una orden autorizando a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico a iniciar un proceso de liquidación de uno de los planes contratados, éste notificará inmediatamente a ASES para la acción correspondiente. “EL PLAN” reconoce su obligación y se compromete a notificar inmediatamente a ASES, tan pronto tenga conocimiento de cualquier cambio, transacción o cualquier plan de otorgar convenios de fusión o de cambio en la razón social de “EL PLAN”, durante el año contrato que pueda afectar la prestación de servicios, de modo que ASES pueda tomar la acción correspondiente. También “EL PLAN” notificará a ASES la intención o cese de operaciones, fusiones, traspasos o ventas, así como de cualquier otro cambio. Luego de evaluar el caso, ASES emitirá un comunicado a los suscriptores acogidos a “EL PLAN”, informándoles la determinación final o la fecha del período autorizando el cambio y el proceso administrativo a seguir para acogerse a otro de los Planes contratados.

2.9 Licencia Sin Sueldo

Si un suscriptor se acoge a una licencia sin sueldo, licencia militar sin sueldo o licencia médica familiar, puede continuar o no con su contrato de plan médico. El suscriptor tiene que informar a la agencia o municipio y a “EL PLAN” para el debido proceso administrativo.

- 2.9.1 Si determina continuar con el contrato tendrá derecho al pago de la aportación patronal por un período que no excederá de 4 meses, siempre y cuando se reintegre al finalizar dicho período. De no reintegrarse a sus labores, éste vendrá obligado a reembolsar a ASES los desembolsos incurridos para el pago de las aportaciones patronales. Sin embargo, ASES podrá excluir de la obligación de reembolsar las aportaciones mencionadas a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios del retiro por una condición de salud.
- 2.9.2 Si el plan médico es mancomunado, notificará a la oficina de recursos humanos de la agencia donde trabaje el cónyuge mancomunado.
- 2.9.3 Si el suscriptor se reintegra al servicio público luego de terminada la licencia sin sueldo, y no está acogido a un plan médico, éste tendrá hasta 60 días calendario siguientes a la fecha de reintegrarse a sus labores para ingresar a uno de los planes médicos contratados por ASES.
- 2.9.4 Si la licencia sin sueldo fue concedida bajo la ley de licencia familiar y médica, la cual entró en vigor el 5 de agosto de 1993 (Public Law 103-3), y el empleado determina continuar con el contrato, la cubierta podrá continuar por un período que

no excederá de 12 semanas y tendrá derecho al pago de la aportación patronal correspondiente por el referido período.

- 2.9.5 Cuando un militar suscrito a un plan de beneficios de salud se acoge a una licencia militar sin sueldo y determina continuar con el contrato del plan médico, deberá notificarle a la oficina de recursos humanos de su agencia. La licencia militar sin sueldo es hasta que la persona regrese y no tiene que devolver la aportación patronal, siempre y cuando, sea activado para una necesidad específica.
- 2.9.6 Las licencias sin sueldo deben ser solicitadas por el empleado a la agencia, no se concederán automáticamente.
- 2.9.7 Cuando una agencia otorga una licencia sin sueldo a un empleado para que trabaje en otra agencia, la aportación patronal le corresponde pagarla a la agencia para la cual éste presta sus servicios.

III. Proceso de pre-autorización

Hay ciertos servicios que requieren pre-autorización antes de ser realizados para poder ser cubiertos por este contrato. Este proceso de pre-autorización debe ser coordinado con “EL PLAN” antes del servicio. Las visitas a Sala de Emergencias no requerirán pre-autorización.

El médico o suscriptor envía toda la documentación de apoyo a nuestras facilidades. “EL PLAN” evaluará la solicitud y notificará en o antes de 5 días laborables si se requiere información adicional para validar la necesidad médica del servicio o procedimiento. Las solicitudes de pre-autorización podrá enviarlas por fax al 787-735-4505, por correo a Apartado 44 Aibonito PR, 00705 o en servicio en línea a través de la internet accediendo la siguiente dirección <https://planmenonita.org/suscriptor/>. “EL PLAN” mantendrá el caso abierto por hasta 45 días después de que la “Solicitud de Información” fuera enviada al suscriptor. Si no se recibe información adicional durante este periodo, entonces el caso es denegado por falta de información para establecer la necesidad médica y el mismo será cerrado. Esto último no impedirá que se pueda abrir una nueva solicitud.

Si la información recibida está completa, entonces “EL PLAN” evaluará el caso en o antes de 15 días laborables. La notificación de la determinación será enviada al suscriptor por fax, correo regular, correo electrónico o puede ser recogida directamente en cualquiera de nuestras oficinas de servicio. En el caso de una decisión adversa, el suscriptor tendrá derecho a apelar. “EL PLAN” evaluará la apelación y hará una recomendación en o antes de 15 días laborables luego de haberla recibido. Se tomará en consideración el proceso de apelación aquí establecido.

En el caso de una solicitud de cuidado urgente, “EL PLAN” notificará al suscriptor su determinación, en un término no mayor de 24 horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que la persona cubierta no haya provisto suficiente información para que “EL PLAN” pueda determinar si los beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos a tenor con “EL PLAN”.

Si un médico, con conocimiento de la condición de salud del suscriptor, determina presentar una solicitud de cuidado urgente, “El Plan” tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

Según establecido en la “Ley Especial para Asegurar el Acceso al Tratamiento y Diagnóstico de los Pacientes de Cáncer en Puerto Rico” conocida como “Ley Gabriela Nicole Correa” y aprobada el 1 de agosto de 2020, todo medicamento de cáncer y pruebas diagnósticas contenidas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer (“NCCN Guidelines”) o de las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), serán aprobadas o denegadas, a todo paciente que padezca dicha condición, dentro de un término de 24 a 72 horas de recibida la solicitud o dentro del término de 24 horas de tratarse de un caso marcado urgente o expedito, con el propósito de que no hayan dilaciones innecesarias que pongan en peligro la vida y salud de un paciente de cáncer.

SERVICIOS QUE REQUIEREN PREAUTORIZACIÓN

Categoría de Beneficio	Descripción del Servicio
Procedimientos Diagnóstico/Terapéutico	➤ Estudios del Sueño (polisomnografía) ➤ Procedimientos que rutinariamente se realizan en oficina médica y se requiere solicitar realizarlos en sala de operaciones. ➤ Medicina Nuclear PET Scan, PET CT y SPECT ➤ Todo tipo de Endoscopia Virtual ➤ Anestesia General
Servicios Hospitalarios	Cirugía bariátrica
	Cirugía para la remoción de piel excesiva (colgajos) posterior a una cirugía bariátrica, si cumple con los criterios y disposiciones de ley.
	Cirugía ortognática
	Mamoplastías excepto si es por mastectomía por cáncer de seno
	Septoplastía o rinoplastía, blefaroplastía

Vacunas	RSV (Conocida como Synagis)
Otros	➤ Cuidado de salud en el hogar ➤ Equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico excepto, sala de emergencias. ➤ Equipo Médico Duradero y todo servicio cubierto a través de equipo médico duradero. ➤ Bomba de Infusión de insulina y Glucómetro ➤ Litotricia extracorpórea (shockwave) ➤ Cámara Hiperbárica ➤ Prótesis ➤ Hospicio ➤ Trasplante ➤ Ventilador mecánico y enfermera en el hogar ➤ Radio Terapia IMRT ➤ Facilidades de Cuidado de Enfermería Diestra ➤ Pruebas moleculares y/o genéticas ➤ Bandejas quirúrgicas (Implantes)

1. Procedimientos para la revisión de utilización y determinación de beneficios ordinarios

“EL PLAN” mantiene, por escrito, procedimientos para llevar a cabo la revisión de utilización y determinación de beneficios ordinarios, en relación con las solicitudes de beneficios hechas por los suscriptores, y para la notificación de sus determinaciones dentro de los plazos que se requieren en el Artículo 24.090 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

1.1 En el caso de las determinaciones de revisiones prospectivas, “EL PLAN” hará su determinación y la notificarán al suscriptor, independientemente de si se autoriza el beneficio o no, dentro del plazo adecuado según la condición de salud de este, pero en ningún caso en un plazo mayor de 15 días, contados a partir de la fecha en que se recibió la solicitud.

1.2 En caso de que se emita una determinación adversa, “EL PLAN” notificará dicha determinación como se dispone en el apartado (F) del Artículo 24.090 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

1.3 El plazo de 15 días para hacer la determinación y notificar al suscriptor, se podrá extender o prorrogar 1 vez por parte de “EL PLAN”, por un periodo adicional de 15 días, siempre y cuando “EL PLAN” satisfaga los siguientes requisitos:

1.3.1 Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de “EL PLAN”; y

- 1.3.2 Notifique al suscriptor, antes del vencimiento del plazo inicial de 15 días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.
- 1.4 Si la prórroga se debe a que el suscriptor no ha presentado información necesaria para que “EL PLAN” pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:
- 1.4.1 Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y
 - 1.4.2 Dispondrá un plazo de por lo menos 45 días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que el suscriptor provea la información adicional especificada.
- 1.5 Cuando “EL PLAN” recibe una solicitud de revisión prospectiva, que no cumpla con los requisitos para la radicación de solicitudes de beneficios del Plan le notificará al suscriptor de esta deficiencia y proveerá en la notificación información sobre los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.
- 1.6 La notificación sobre deficiencia en la radicación de la solicitud se proveerá a la brevedad posible, pero en ningún caso, en un plazo mayor de 5 días contados a partir de la fecha de la presentación deficiente.
- 1.7 “EL PLAN” podrá hacer la notificación sobre deficiencia, de manera verbal o por escrito, si así lo solicita el suscriptor.
- 1.8 En el caso de las determinaciones de revisiones concurrentes, si “EL PLAN” ha autorizado previamente el tratamiento en curso por un plazo de tiempo o tratamiento determinado, aplicarán las siguientes normas:
- 1.8.1 Se considerará, como una determinación adversa, toda reducción o terminación del tratamiento que haga “EL PLAN” antes de finalizar el plazo o la cantidad de tratamientos previamente autorizados, salvo que la reducción o terminación se deba a una enmienda en los beneficios de “EL PLAN” o a la terminación del plan médico; y
 - 1.8.2 “EL PLAN” notificará la determinación adversa al suscriptor, con antelación a la reducción o terminación, de modo que el suscriptor pueda presentar una querella interna a tenor con el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y obtener una determinación con respecto a dicha querella, antes de que se reduzca o termine el beneficio.
 - 1.8.3 El servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la determinación adversa se continuará hasta tanto “EL PLAN” notifique al suscriptor la determinación relacionada con la querella interna hecha conforme al Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

- 1.9 En el caso de las determinaciones de revisiones retrospectivas, “EL PLAN” hará su determinación en un plazo razonable, pero en ningún caso en un plazo mayor de 30 días, contados a partir del recibo de la solicitud.
- 1.10 En caso de que se emita una determinación adversa, “EL PLAN” notificará dicha determinación.
- 1.11 El plazo para hacer la determinación y notificar al suscriptor se podrá extender o prorrogar 1 vez por parte del Plan, por un periodo adicional de 15 días, siempre y cuando “EL PLAN” satisfaga los siguientes requisitos:
 - 1.11.1 Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control “EL PLAN”; y
 - 1.11.2 Notifique al suscriptor, antes del vencimiento del plazo inicial de 30 días calendario, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.
- 1.12 Si la prórroga se debe a que el suscriptor no ha presentado información necesaria para que “EL PLAN” pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:
 - 1.12.1 Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y
 - 1.12.2 Dispondrá un plazo de por lo menos 45 días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que el suscriptor provea la información adicional especificada.
- 1.13 A los fines de calcular los plazos en que se requiere que “EL PLAN” tome sus determinaciones, el plazo comenzará en la fecha en que “EL PLAN” reciba la solicitud conforme a los procedimientos de radicación que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.
- 1.14 Si se extiende el plazo debido a que el suscriptor no presentó toda la información necesaria para hacer la determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a partir de la fecha en que “EL PLAN” envíe la notificación de prórroga al suscriptor, hasta la que ocurra primero de entre las siguientes fechas:
 - 1.14.1 La fecha en que el suscriptor responda a la solicitud de información adicional especificada; o
 - 1.14.2 La fecha para la cual se debiera haber presentado la información adicional especificada.

- 1.15 Si el suscriptor no presenta la información adicional especificada antes de vencer la prórroga, “EL PLAN” podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.
- 1.16 Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios “EL PLAN” emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible al suscriptor, lo siguiente:
- 1.16.1 Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;
 - 1.16.2 Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;
 - 1.16.3 Una referencia a las disposiciones específicas de “EL PLAN” en las que se basa la determinación;
 - 1.16.4 Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que el suscriptor pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesaria;
 - 1.16.5 Una descripción de los procedimientos internos de querellas de “EL PLAN”, establecidos a tenor con el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
 - 1.16.6 Si para formular la determinación adversa “EL PLAN” se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a el suscriptor una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;
 - 1.16.7 Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo, o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos de “EL PLAN” a las circunstancias del suscriptor; y
 - 1.16.8 Una explicación del derecho del suscriptor a comunicarse, según corresponda, con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, o con la Oficina del Procurador del Paciente, para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de “EL PLAN”. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador del Paciente.

- 1.17 “EL PLAN” proveerá la notificación que se requiere aquí, de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

2. Procedimientos para la revisión acelerada de utilización y determinación de beneficios

- 2.1 “EL PLAN” ha establecido por escrito, procedimientos para la revisión acelerada de utilización y determinación de beneficios; además de notificar al suscriptor sus determinaciones respecto a las solicitudes de cuidado urgente.

- 2.2 Como parte de los procedimientos que se requieren, “EL PLAN” dispondrá que, si el suscriptor no sigue los procedimientos de radicación para una solicitud de cuidado urgente, “EL PLAN” deberá notificarle dicha deficiencia y los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

- 2.2.1 La notificación sobre deficiencia en la radicación de una solicitud de cuidado urgente:

- 2.2.1.1 Se proveerá al suscriptor a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de 24 horas, contadas a partir del recibo de la solicitud; y

- 2.2.1.2 Podrá ser verbal, a menos que el suscriptor solicite la notificación por escrito.

- 2.3 En el caso de una solicitud de cuidado urgente, “EL PLAN” notificará al suscriptor su determinación, sea o no una determinación adversa, a la brevedad posible, tomando en cuenta la condición de salud del suscriptor, pero en ningún caso en un término mayor de 24 horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que el suscriptor no haya provisto suficiente información para que “EL PLAN” pueda determinar si los beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos a tenor con “EL PLAN” .

- 2.3.1 En caso de que se emita una determinación adversa, “EL PLAN” notificará dicha determinación.

- 2.4 Si el suscriptor no ha provisto suficiente información para que “EL PLAN” pueda tomar una determinación, “EL PLAN” notificará la deficiencia al suscriptor, ya sea verbalmente o, si el suscriptor así lo solicita, por escrito, y le indicará la información específica que se necesita, a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de 24 horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

- 2.5 “EL PLAN” proveerá al suscriptor un plazo razonable para presentar la información adicional especificada, pero en ningún caso dicho plazo será menor de 48 horas, contadas a partir de la notificación de la deficiencia.

- 2.6 “EL PLAN” notificará al suscriptor su determinación respecto a la solicitud de cuidado urgente a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de 48 horas, contadas a partir de lo que ocurra primero entre lo siguiente:

- 2.6.1 La fecha del recibo, por parte del Plan, de la información adicional especificada; o
- 2.6.2 La fecha en que vence el plazo otorgado para que el suscriptor presentara la información adicional especificada.
- 2.7 Si el suscriptor no presenta la información adicional especificada en el término concedido, “EL PLAN” podrá denegar la autorización del beneficio solicitado.
- 2.8 En caso de que se emita una determinación adversa, “EL PLAN” notificará dicha determinación como se dispone en el apartado (2.14) de esta sección.
- 2.9 En el caso de solicitudes de revisión concurrente de cuidado urgente en las que el suscriptor pide que se extienda el tratamiento más allá del plazo originalmente aprobado o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados, si la solicitud se hace por lo menos 24 horas antes del vencimiento del plazo original o de cumplirse la cantidad de tratamientos previamente aprobados, “EL PLAN” hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará al suscriptor a la brevedad posible, teniendo en consideración la condición de salud del suscriptor, pero en ningún caso en un término mayor de 24 horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.
- 2.10 A los fines de calcular los plazos en que se requiere que “EL PLAN” tome sus determinaciones, conforme a los apartados (2.3) y (2.9) de esta sección, el plazo comenzará en la fecha en que “EL PLAN” reciba la solicitud conforme a los procedimientos para la radicación de solicitudes que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.
- 2.11 Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios, “EL PLAN” emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible al suscriptor, lo siguiente:
 - 2.11.1 Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;
 - 2.11.2 Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;
 - 2.11.3 Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

- 2.11.4 Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que el suscriptor pueda completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué dicho material o información es necesaria;
- 2.11.5 Una descripción de los procedimientos internos de querellas de” EL PLAN”, establecidos a tenor con el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- 2.11.6 Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas de” EL PLAN”, establecidos a tenor con el Artículo 22.100 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- 2.11.7 Si para formular la determinación adversa “EL PLAN” se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, al suscriptor una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;
- 2.11.8 Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias del suscriptor;
- 2.11.8.1 Una explicación del derecho del suscriptor a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la Oficina del Procurador del Paciente para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de “EL PLAN”. Deberá incluirse la información de contacto de la oficina del Comisionado y del Procurador del Paciente.
- 2.12 “EL PLAN” proveerán la notificación que se requiere en este Artículo de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

3. Servicios de Emergencia

- 3.1 Al llevar a cabo revisiones de utilización o al hacer determinaciones de beneficios con respecto a servicios de emergencia, “EL PLAN” seguirá las disposiciones del Artículo 24.110 de Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- 3.2 “EL PLAN” cubrirá los servicios de emergencia necesarios para el cernimiento y estabilización de la persona cubierta, de conformidad con las siguientes normas:
- 3.2.1 “EL PLAN” no requerirá obtener autorización previa para los servicios de emergencia descritos en el apartado (3.2) anterior, aun cuando dichos servicios de emergencia

hayan sido provistos por un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de” EL PLAN” (en adelante denominado “proveedor no participante”);

- 3.2.2 Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, no se impondrán requisitos administrativos ni limitaciones de cubierta que resulten más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicables a los proveedores participantes cuando prestan los mismos servicios de emergencia;
- 3.3 Si los servicios de emergencia son provistos por un proveedor participante, dichos servicios estarán sujetos a los copagos, coaseguros y deducibles aplicables.
- 3.4 Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, dichos servicios estarán sujetos a los mismos copagos, coaseguros y deducibles que aplicarían de haber sido provistos por un proveedor participante.
- 3.5 La persona cubierta no podrá ser requerida a pagar, cantidad alguna en exceso de los copagos, coaseguros y deducibles aplicables conforme el apartado anterior.
- 3.6 Se considerará que “EL PLAN” ha cumplido con los requerimientos de pago de este Artículo, si paga por los servicios de emergencia provistos por un proveedor no participante, una tarifa no menor que la que resulte mayor de las siguientes cantidades:
 - 3.6.1 La tarifa negociada con los proveedores participantes para tales servicios de emergencia, excluyendo los copagos o coaseguros que debe pagar la persona cubierta;
 - 3.6.2 La tarifa atribuible al servicio de emergencia provisto, calculada según el método que “EL PLAN” utilice para determinar los pagos a los proveedores no participantes, pero utilizando los copagos, coaseguros y deducibles aplicables a los proveedores participantes por los mismos servicios, en lugar de los copagos, coaseguros y deducibles de los proveedores no participantes;
 - 3.6.3 La tarifa que se pagaría bajo Medicare por el servicio de emergencia provisto, excluyendo cualquier requisito de copago o coaseguro aplicable a los proveedores participantes.
- 3.7 En el caso de que “EL PLAN” pague sobre una base per cápita o cualquier otro método en el que no haya fijada una tarifa por servicio para los proveedores participantes, el apartado (3.6.1) de este Artículo no será de aplicación.
 - 3.7.1 Si “EL PLAN” tiene negociada más de una tarifa para determinado servicio de emergencia provisto por los proveedores participantes, la cantidad a la que se refiere el apartado (3.6.1) de este Artículo sería la mediana de dichas tarifas negociadas.
- 3.8 Cualquier requisito de compartir costos (“cost-sharing”) que no sea copago o coaseguro, como pudiera ser un deducible, podrá ser impuesto a los servicios de emergencia provistos

por los proveedores no participantes en la medida en que tales requisitos sean generalmente aplicables a otros servicios provistos por proveedores no participantes.

- 3.9 Un deducible podrá ser impuesto respecto a los servicios de emergencia provistos por proveedores no participantes sólo como parte de los deducibles que generalmente apliquen a los beneficios o servicios provistos por proveedores no participantes. Para facilitar la revisión de los servicios post evaluación o post estabilización que las personas cubiertas pudieran requerir de inmediato, “EL PLAN” proveerá acceso a un representante designado las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

IV. Coordinación de Beneficios

1. Reglas

- 1.1 En el caso que la persona cubierta tenga derecho a recibir beneficios iguales o similares a los provistos por este contrato o a través de cualquier asociación, organización de salud, compañía o entidad de la cual es suscriptor, “EL PLAN” tendrá responsabilidad sobre dichos beneficios conforme a las reglas que se expresan más adelante, disponiéndose que, bajo ninguna circunstancia “EL PLAN” pagará una cantidad que resulte mayor que el gasto en que incurrió realmente la persona cubierta, ni tampoco mayor de aquella cantidad que “EL PLAN” hubiese pagado de otro modo de no existir dicha cubierta o cubiertas. Las reglas para establecer la responsabilidad de “EL PLAN” en la determinación del pago correspondiente en virtud de las disposiciones de esta cláusula son las siguientes:
- 1.1.1 Los beneficios de un plan que cubra la persona en cuyos gastos se basa una reclamación en una capacidad que no sea la de dependientes, se deberán determinar antes que los beneficios de un plan que cubra dicha persona como dependiente.
- 1.1.2 Niño dependiente/Padres no separados ni divorciados cuando “EL PLAN” y otro plan cubran al mismo niño como dependiente de diferentes personas llamadas "padres".
- 1.1.3 Los beneficios del Plan de aquel cuyo cumpleaños ocurre más temprano en el año se determinan antes que aquellos del plan cuyo cumpleaños ocurre más tarde en el año.
- 1.1.4 Si ambos padres cumplen años el mismo día, los beneficios del plan que ha cubierto a uno de ellos durante más tiempo se determinarán antes que aquellos del plan que ha cubierto al otro durante un período más corto de tiempo. Sin embargo, si el otro plan no contiene una regla descrita, pero, en su lugar, contiene una regla que se base en el sexo del padre y si, como resultado de éstos, los planes no están de acuerdo sobre el orden de los beneficios, la regla del otro plan determinará el orden de los beneficios.
- 1.1.5 Niño dependiente / padres separados o divorciados si dos o más planes cubren una persona como niño dependiente de padres divorciados o separados, los beneficios para el niño se determinarán en el siguiente orden:

- 1.1.5.1 Primero, el plan de aquel que tenga la custodia del niño.
 - 1.1.5.2 Luego, el plan del cónyuge de aquel que tenga la custodia del niño.
 - 1.1.5.3 Finalmente, el plan de aquel que no tenga la custodia del niño.
- 1.2 Sin embargo, si los términos específicos de un decreto judicial establecen que uno de los padres es responsable de los gastos por el cuidado de la salud del niño y la entidad obligada a pagar o proveer los beneficios del plan tiene conocimiento real de esos términos, los beneficios de ese plan se determinan primero.

V. Conversión

1. Derecho a Convertir

Un suscriptor cubierto bajo “EL PLAN” tendrá derecho a que se le emita una cubierta de mercado individual también conocidas como cubiertas de pago directo, bajo las siguientes circunstancias:

- 1.1 Su cubierta cesa por razón de finalizar su empleo.
- 1.2 Su cubierta cesa porque deja de pertenecer a la clasificación que lo hacía elegible.
- 1.3 “EL PLAN” termina por cualquier causa, incluyendo expiración, terminando la cubierta para todos los suscriptores.
- 1.4 “EL PLAN” se enmienda de tal forma que termina la cubierta para la categoría de suscriptores a la que pertenece la persona.

2. Extensión del Derecho de Conversión

El derecho de conversión es extensivo al cónyuge y/o hijos dependientes y/u otros dependientes opcionales:

- 2.1 Si su cubierta termina por cualquiera de las circunstancias mencionadas en el apartado (1.1 al 1.4) de esta sección.
- 2.2 Si ocurre la muerte del suscriptor principal.
- 2.3 Cuando la cubierta del cónyuge y/o dependientes cese porque deje de cualificar por edad u otra razón como miembro del grupo familiar, aunque el suscriptor continúe cubierto por “EL PLAN”.

3. Término Para Ejercer El Derecho de Conversión

La solicitud por escrito para el contrato individual de pago directo se someterá, y la primera prima se pagará a “EL PLAN” en o antes de 30 días después de ocurrir la terminación de la cubierta por alguna de las razones indicadas en el apartado (1.1 al 1.4) de esta sección.

4. Obligación de Notificar

“EL PLAN” notificara a toda persona cubierta por este contrato, cuya protección termine, de su derecho a convertir a un contrato de pago directo, sin que tenga que someter evidencia de asegurabilidad, sujeto a que solicite y pague la primera prima dentro del período de 30 días especificado en el apartado (7) de esta sección.

5. Extensión del Término Para Ejercer Derecho a Conversión

Si la persona no recibe notificación de su derecho a convertir por lo menos 15 días antes de la fecha de expiración del término indicado en la Sección 5.4 tendrá un período adicional durante el cual podrá ejercer su derecho. El período adicional expirará 15 días después de habersele notificado, pero en ningún caso se extenderá el término para ejercer el derecho a conversión luego de haber transcurrido más de un año desde la fecha de la terminación de la cubierta.

6. Características del Contrato Individual/Tipo de Contrato

La cubierta de mercado individual, será, a opción de la persona con derecho a convertir, cualquiera de las formas que para esa fecha sean emitidas corrientemente por “EL PLAN” para el tipo de cubierta de que se trate, y estará sujeta a los términos y condiciones de dicho contrato individual. El contrato individual se emitirá sin requisito de asegurabilidad y sin utilizar la condición de salud de la persona al momento de la conversión como base para la clasificación de riesgo. Si “EL PLAN” no tiene disponibles formularios de contratos individuales de pago directo al momento de la conversión, por no ofrecer tales tipos de contratos al público en general, se emitirá un contrato individual a tales fines con beneficios iguales a los contratados en el plan médico grupal para ser ofrecidos en la conversión, el cual debe ser previamente aprobado por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Si ocurre una conversión antes de la aprobación de dicho contrato aprobado, se extenderán los beneficios y disposiciones del contrato grupal a la persona con derecho a conversión mediante el pago actual de prima hasta que el contrato individual esté disponible.

7. Prima

La prima por cobrar en el contrato individual o familiar a ofrecer será igual a la tarifa aprobada por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico en el mercado de cubiertas individuales. Dicho contrato será hasta la fecha de vigencia según establecida por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. En el caso de que se extienda el contrato grupal a la persona con derecho a convertir, se deberá cobrar, mediante pago directo, la prima individual según contratada con ASES que corresponda a este contrato. En ningún momento se requerirá al suscriptor el pago por adelantado de prima por más de un mes. Luego que finalice el contrato con ASES, si “EL PLAN” tiene un contrato de pago directo autorizado por la Oficina del

Comisionado de Seguros de puerto Rico, tiene que ofrecer dicho contrato a todo suscriptor que interese continuar con “EL PLAN”.

8. Personas Cubiertas

El contrato de mercado individual tendrá que cubrir a todas las personas que estaban cubiertas por el plan grupal a la fecha de terminación de este, incluyendo al suscriptor, cónyuge, hijos dependientes y dependientes opcionales, con excepción de aquellos que opten por no ejercer el derecho que les da la cláusula de conversión. Si algunos de los integrantes del grupo familiar, incluyendo dependientes opcionales, continuaran cubiertos bajo el plan grupal, se emitirá uno o más contratos individuales, según lo requieran las circunstancias, para cubrir a aquellos miembros del grupo que han perdido su cubierta bajo el plan grupal y que opten por convertir a un plan individual.

9. Fecha de Efectividad

El contrato individual tendrá efectividad a los 30 días de haber terminado la cubierta bajo el contrato grupal, si el mismo se solicita dentro de dicho término de 30 días. Si se concede un período adicional para ejercer el derecho a convertir, según se provee en el apartado (5) y si la solicitud escrita para dicho contrato individual o familiar de pago directo se somete acompañada por la primera prima, durante el período adicional otorgado, la fecha de efectividad del contrato individual de pago directo será la fecha de terminación del contrato grupal.

10. Extensión de Cubierta Bajo el Contrato Grupal

En caso de que una persona con derecho a convertir a un contrato individual según se provee en esta cláusula, tenga necesidad de utilizar un servicio cubierto bajo el contrato grupal durante el período dentro del cual hubiere cualificado para que se le emitiera dicho contrato individual de pago directo, incluyendo cualquier período adicional a que tenga derecho por virtud del apartado (9) y antes de que dicho contrato individual de pago directo se solicite o se haga efectivo, se le proveerán los beneficios del plan grupal y se tratarán los mismos como reclamación bajo este contrato grupal. En estos casos, “EL PLAN” tendrá derecho a requerir del suscriptor el pago de la prima correspondiente al período durante el cual tuvo el derecho de conversión a base de los tipos aplicables al plan grupal, incluyendo la aportación que hubiera correspondido al patrono.

VI. Disposiciones Generales

1. Disposiciones generales

1.1 Acceso Cubiertas para Dependientes en Combinación con Complementaria de Medicare

Se requiere que si el pensionado se acoge a la cubierta complementaria del Programa de Medicare y tiene un cónyuge o dependientes directos que no cualifican para Medicare, se establezcan tarifas bajo las diferentes alternativas de los planes básicos ofrecidos que sean aplicables a dichos cónyuges o dependientes directos menores de sesenta y cinco (65) años.

Las tarifas tendrán que ser iguales con relación a las ofrecidas a los demás cónyuges o dependientes directos acogidos a tales planes bajo su cubierta familiar.

1.2 Acciones Civiles

No se entablará alguna acción civil para recobrar cualesquiera derechos con arreglo a este contrato antes de transcurrir 60 días contados a partir de haberse suministrado prueba escrita de la pérdida. No se entablará ninguna acción luego de transcurridos 3 años contados a partir de la fecha en que se requiere que se suministre prueba escrita sobre la reclamación.

1.3 Cancelación Individual

“EL PLAN” podrá cancelar la cubierta de cualquier suscriptor bajo “EL PLAN” en cualquier momento cuando el suscriptor:

1.3.1 Haya presentado o haya hecho presentar una reclamación falsa o fraudulenta, para el pago de una reclamación bajo este contrato, o

1.3.2 Cuando el suscriptor denota patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por “EL PLAN”.

1.3.3 Cuando el suscriptor adeude el pago de la prima.

1.3.4 La cancelación se hará mediante aviso por escrito entregado al suscriptor, o enviado por correo a su última dirección según demuestren los archivos de “EL PLAN”. El aviso, que también será enviado al patrono, indicará la fecha en que será efectiva la cancelación, la que será mayor de 30 días calendarios contados a partir de la fecha del matasellos del correo postal que aparece en la carta.

1.4 Cobro de Diferencias por Tipo de Acomodo en el Hospital

Ningún suscriptor que sea hospitalizado en una habitación privada o semiprivada vendrá obligado a pagar cantidad alguna o adicional a un médico participante por los servicios que preste y que estén cubiertos por “EL PLAN”

1.5 Derechos Personales

El suscriptor no podrá ceder, traspasar o enajenar en favor de terceras personas ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de este contrato: se dispone que “EL PLAN” se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que el suscriptor, con su consentimiento expreso o tácito, permita que personas no aseguradas o suscritas utilicen la tarjeta de suscriptor expedida a su favor por “EL PLAN”. El recobro de tales gastos no impedirá que “EL PLAN” cancele el contrato de dicho suscriptor, si así lo decidiera, en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la presentación de una querrela para que se enjuicie criminalmente al suscriptor o la persona que haya utilizado ilegalmente la tarjeta.

1.6 Interpretación Liberal

De surgir dudas con respecto a las limitaciones y exclusiones en este contrato, las mismas se interpretarán según lo establecido en este documento.

1.7 Reclamaciones de Reembolsos

En caso de que el suscriptor de un plan de libre selección reciba servicios cubiertos de proveedores de servicios no participantes, excluyendo los servicios de emergencia mientras el suscriptor esté de viaje en los Estados Unidos de América, según se establece en el apartado 1.7.5 de esta sección, los pagos que haya que hacer por estos servicios cubiertos en este contrato se regirán por las siguientes disposiciones:

- 1.7.1 El suscriptor dará aviso por escrito de cualquier reclamación a “EL PLAN” tan pronto le sea razonablemente posible, sin exceder de 2 meses contados a partir de la fecha en que recibió el servicio.
- 1.7.2 “EL PLAN” suministrará al suscriptor los formularios correspondientes para la presentación de evidencias de servicios dentro de un período de 15 días después de que se haya dado el aviso de reclamación. Si estos formularios no se suministran dentro de dicho período, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este contrato, en cuanto a la prueba de servicios y bastará con que éste someta original de la factura por los servicios recibidos que le suministre el proveedor del servicio al recibir el pago del suscriptor.
- 1.7.3 El suscriptor deberá someter evidencia escrita de los servicios dentro de 60 días contados a partir de haber recibido los formularios correspondientes para la presentación de evidencia de servicios.
- 1.7.4 Los pagos que haya que hacer al amparo de esta sección, se harán inmediatamente después de que se reciba evidencia escrita fehaciente de los servicios, según se describe a continuación:
 - 1.7.4.1 “EL PLAN” reembolsará al suscriptor por gastos incurridos a base de las cantidades que “EL PLAN” hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos.
 - 1.7.4.2 Se descontará de la cantidad a rembolsar a “EL PLAN” cualquier cantidad que el suscriptor hubiera tenido que pagar a un proveedor participante por concepto de deducibles, copagos o coaseguros.
 - 1.7.4.3 En caso de que los servicios de emergencia hayan sido provistos por un proveedor no participante, “EL PLAN” no será responsable de un pago por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos

servicios de un proveedor contratado por “EL PLAN”. “EL PLAN” compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y éste vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la contratada con los proveedores a su vez contratados por “EL PLAN” para ofrecer los mismos servicios, según la Ley 194 del 25 de agosto de 2002.

- 1.7.5 Pago de gastos por servicios de proveedores no participantes en caso de planes de libre selección de los servicios de emergencia mientras el suscriptor esté de viaje en Estados Unidos de América.
- 1.7.6 En el caso de emergencia fuera de Puerto Rico (Estados Unidos de América), si “EL PLAN” cuenta con el acceso a facilidades o redes fuera de Puerto Rico, aplicará el cargo usual y acostumbrado contratado en el área geográfica donde se prestó el servicio.
- 1.7.7 De no contar con facilidades o redes fuera de Puerto Rico “EL PLAN” negociará directamente con el proveedor el costo total de los servicios prestados a base del cargo usual y acostumbrado contratado en el área geográfica donde se prestó el servicio.
- 1.7.8 Posterior a la negociación, “EL PLAN” pagará directamente al proveedor el 80% de lo negociado por los servicios que el suscriptor recibió.
- 1.7.9 El suscriptor pagará al proveedor directamente el 20% de lo negociado entre “EL PLAN” y el proveedor.

1.8 Servicios Para el Embarazo y Para la Maternidad

Los cuidados prenatales, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para la empleada suscrita y esposa o cohabitante del suscriptor principal. A la madre cubierta, y su(s) hijo(s) recién nacido(s) se les proveerá una cubierta mínima de 48 horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias en partos naturales sin complicaciones y, de 96 horas si requirió cesárea, según lo establecido en la Ley Núm. 248 del 15 de agosto de 1999, conocida como “Ley para Garantizar un Cuidado Adecuado para las Madres y su Recién Nacidos Durante el Período Postparto”. El cuidado del niño(a) en el hospital estará cubierto durante la estadía de la madre en el hospital. Cualquier otro cuidado médico necesario estará cubierto sólo si el niño(a) es cubierto de acuerdo con las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este contrato. El servicio de esterilización estará disponible solamente para el suscriptor principal o su cónyuge.

1.9 Tarjeta de Identificación

Para tener derecho a los beneficios que provee “EL PLAN”, todo suscriptor que solicite servicios vendrá obligado a identificarse como suscriptor de “EL PLAN” mostrando al

proveedor participante, al momento de solicitar sus servicios, la tarjeta de suscriptor expedida por “EL PLAN”, la cual indicará las cubiertas a que tiene derecho. “EL PLAN” expedirá una tarjeta a cada suscriptor, la que será requisito presentar a cualquier proveedor participante de “EL PLAN. En el caso de suscriptores no videntes la evidencia de cubierta, los folletos informativos y la tarjeta de identificación se emitirán en el sistema Braille, conforme lo requiere la Ley Núm. 162 de 30 de diciembre de 2020.

1.10 Vencimientos de Prima - Período de Gracia

Las primas bajo este contrato serán pagaderas mensualmente al final de cada mes. “EL PLAN” concede un período de gracia de 30 días para el pago de cualquier prima, comenzando dicho período en la fecha en que la prima es pagadera.

1.11 Tiempo para Autorización de Servicios

“EL PLAN” se compromete a entregar al suscriptor las pre-autorizaciones de servicios no más tarde de 15 días laborables contados a partir de la entrega de la orden médica, excepto en casos de urgencia, el cual será no más tarde de 24 horas de haberle sido solicitada.

1.12 Edad Falsamente expresada

Si la edad de un suscriptor ha sido falsa o incorrectamente expresada, la prima será ajustada a la edad correcta.

1.13 Bebidas Embriagantes y Narcóticos

“EL PLAN” no será responsable por ninguna pérdida sufrida o contraída como consecuencia del suscriptor hallarse ebrio o bajo la influencia de un narcótico, a menos que fuere por prescripción médica.

1.14 Ocupación Ilegal

“EL PLAN” no será responsable de ninguna pérdida que haya tenido como causa contributiva a la comisión de un delito grave por el suscriptor, o el intento de cometerlo, o que haya tenido como causa contributiva el hallarse el suscriptor dedicado a una ocupación ilegal excepto en caso de violencia o condición médica.

1.15 Rescisión

“EL PLAN” se reserva el derecho a rescindir el contrato (invalidar retroactivamente a la fecha original de vigencia) de cualquier suscriptor debido a falsa representación de un hecho material o fraude. “EL PLAN” podrá cancelar la cubierta dispuesta en este contrato o la cubierta de cualquier suscriptor cuando usted o cualquiera de los suscriptores presenten o hagan presentar una reclamación falsa o fraudulenta, u otra documentación fraudulenta o falsa con el propósito de que “EL PLAN” pague una reclamación por beneficios permitidos en sus cubiertas. La notificación para esta cancelación se hace por escrito y se le entregará al suscriptor, o se enviará por correo a su última dirección en sistema, según demuestren los archivos de “EL PLAN”, no menos de 30 días antes de la fecha de cancelación. Para tomar

esta determinación, no importa; (a) la fecha en que se cometió tal acto, (b) la fecha ni el modo en que fue descubierto tal acto; (c) o cuando tales personas presentaron patrones de abusos fraudulentos o fraude en la utilización de los beneficios provistos por este contrato.

2. Cubierta Básica

2.1 Beneficios cubiertos

“EL PLAN” proveerá bajo este contrato los beneficios de hospitalización médico-quirúrgicos, y de diagnóstico en forma ambulatoria, de medicinas y dentales que se describen próximamente. Los beneficios incluidos aquí aplicarán solamente cuando una persona esté suscrita bajo este contrato. Los mismos serán cubiertos cuando los servicios sean prestados en el área de servicio, entiéndase, Puerto Rico.

Los cargos inadvertidos e involuntarios fuera de la red de proveedores participantes no están sujetos a cobro o factura más allá de la responsabilidad económica incurrida bajo los términos de esta cubierta dentro de la red participante. Los costos serán establecidos basados en el cargo razonable y acostumbrado para un tratamiento, servicio, o suministro en el área geográfica donde se ofreció el servicio y según contratado para proveedores participantes similares. Cualquier intento por parte del proveedor no participante de cobrar o facturar algún cargo inadvertido deberá ser informado inmediatamente al Centro de Atención al Cliente al 1-866-221-9636 de lunes a domingo de 7am a 10pm. El suscriptor será responsable de gastos o porciones de un gasto que exceda los límites del cargo razonable y acostumbrado por un tratamiento, servicio, o el suministro en el área geográfica donde se ofreció el servicio. Cargo razonable y acostumbrado significa el cargo hecho por un proveedor que no excede el cargo usual hecho por la mayoría de los proveedores similares contratados por el mismo o similar procedimiento o servicios proporcionados al suscriptor y que residen en la misma zona geográfica en la que se prestó el servicio. Le notificamos del derecho que le asiste a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Puerto Rico (OCS) para informar o impugnar un cargo fuera de la red contratada llamando al (787)304-8686, por correo a 361 Calle Calaf, PO Box 195415, San Juan, PR 00919 o visitando las oficinas de la OCS en Edificio World Plaza, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918.

Para conocer si su proveedor es participante de la red contratada bajo esta cubierta o para conocer los copagos y/o coaseguros aplicables a algún beneficio incluido en esta cubierta, puede comunicarse a nuestro Centro de Atención al Cliente al 1-866-221-9636 de lunes a domingo de 7am a 10pm.

2.2 Servicios de Hospitalización

“EL PLAN” pagará las tarifas negociadas por “EL PLAN” para cama y habitación, Médico, dietas especiales, suministros y medicamentos, cuidado de enfermería y otros profesionales aliados a la salud, laboratorios clínicos, pruebas radiológicas, cuarto y comida, cuando el suscriptor sea hospitalizado en una habitación semiprivada. Este será cubierto 365 días al año, por año contrato. En caso de que el suscriptor seleccione una habitación privada, este

vendrá obligado a cubrir la diferencia entre el costo de la habitación semi privada y la privada. Ningún suscriptor bajo este contrato, que se hospitalice en una habitación privada del hospital, está obligado a pagar cantidad alguna a un médico participante por los servicios cubiertos por este contrato que el médico le preste durante la hospitalización. En estos casos, el pago de honorarios médicos lo efectuará “EL PLAN” directamente a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos. La habitación privada estará cubierta en caso de necesidad médica o aislamiento. Hospitalizaciones por servicios o procedimientos que pueden ser realizados en la oficina del médico o en facilidades no hospitalarias están excluidas de esta cubierta.

Se cubrirán servicios en Unidades de Cuidado Intensivo y Unidades Especializadas dentro del hospital, según sean requeridos por la necesidad médica presentada. El suscriptor será responsable de copago descrito en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES de este contrato.

2.3 Servicios Médico-quirúrgicos durante períodos de hospitalización

“EL PLAN” pagará por los servicios incluidos por esta cubierta prestados por médicos participantes durante períodos de hospitalización. Solamente estarán cubiertos los servicios de médicos que pertenezcan a la facultad médica de la facilidad hospitalaria en que el suscriptor se recluye, excepto en los casos en que dichos médicos requieran una consulta externa o en que la facilidad hospitalaria no tenga en su facultad médica que puedan atender la condición del suscriptor. “EL PLAN” velará porque esto se cumpla.

2.3.1 Los servicios médicos cubiertos incluirán servicios de diagnóstico, tratamientos, cirugías, administración de anestesia y consultas de especialistas.

2.3.2 Ningún suscriptor que se hospitalice en una habitación privada o semiprivada del hospital vendrá obligado a pagar diferencia alguna a un médico participante por los servicios que el médico le preste que están cubiertos por “EL PLAN”.

2.4 Servicios en Salas de Emergencias

Estos servicios estarán disponibles durante las 24 horas del día, todos los 365 días del año y de acuerdo con la definición del Secretario de Salud. Se presume que las siguientes condiciones requieren servicios de emergencia:

2.4.1 Accidentes traumáticos

2.4.2 Fracturas

2.4.3 Dislocación

2.4.4 Heridas y laceraciones

- 2.4.5 Cólicos renales y hepáticos
- 2.4.6 Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria
- 2.4.7 Embolias pulmonares
- 2.4.8 Ataque agudo de asma bronquial
- 2.4.9 Dificultad respiratoria
- 2.4.10 Vómitos y diarreas severas, con o sin deshidratación
- 2.4.11 Dolor abdominal agudo
- 2.4.12 Convulsiones
- 2.4.13 Reacciones febriles persistentes
- 2.4.14 Episodios neurológicos
- 2.4.15 Estado de choque ("shock") y coma de cualquier orden
- 2.4.16 Estados de pérdida de conocimiento o de obnubilación o desorientación súbita.
- 2.4.17 Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia.
- 2.4.18 Cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz y otras cavidades naturales
- 2.4.19 Envenenamiento por indigestión, inhalación
- 2.4.20 Hemorragias de todo tipo
- 2.4.21 Quemaduras
- 2.4.22 Retención aguda de orina
- 2.4.23 Presencia súbita de sangre en la orina, con o sin dolor (hematuria súbita)
- 2.4.24 Condición aguda del prepucio (parafimosis)
- 2.4.25 Pérdida súbita de la visión por cualquiera de los ojos o ambos

2.4.26 Dolor agudo en el pecho

2.4.27 Emergencias de Condiciones Mentales

2.4.28 Otros de acuerdo con el protocolo establecido en servicios de emergencias.

2.5 Asistente Quirúrgico

Estará cubierto en el hospital. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.6 Ciberterapias

Siempre y cuando sea viable la provisión de Ciberterapias, mediante las plataformas tecnológicas existentes, incluyendo, pero sin limitarse a, ABA, apraxia, disfagia educativa, estimulación auditiva y sensorial, hipnoterapia, neuropsicológica, ocupacional, ocupacional sensorial, psicológica, psicoeducativa, procesamiento auditivo (ILS), transición postsecundaria, visual, habla-lenguaje y física, entre otras. Según requerido por la Ley Núm. 48 de 29 de abril de 2020, todo profesional licenciado en la fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación y terapia educativa en Puerto Rico, podrá realizar sus consultas a distancia por medios tecnológicos, tales como, teléfonos, video llamadas, aplicaciones o cualquier otra herramienta tecnológica al alcance. Para esto, solo tendrá que solicitar la certificación para la práctica de la Ciberterapia en Puerto Rico y que esta le sea concedida por el Departamento, conforme a los requisitos que, a tales efectos, se promulguen mediante reglamento. Todo profesional al que se hace referencia en esta Ley que no esté debidamente licenciado y autorizado a ejercer en Puerto Rico, o en la jurisdicción federal, no podrá recibir la aludida certificación. Se podrán establecer salas de Ciberterapia en las facilidades desde donde ejercen los profesionales licenciados en la fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación y terapia educativa en Puerto Rico. No obstante, eso no impedirá el ofrecimiento de las terapias desde cualquier lugar, dentro de los límites geográficos de Puerto Rico. Será necesario que, previo a recibir los servicios de la Ciberterapia, todo individuo suscriba una hoja de consentimiento provista por su proveedor informando y expresando su conformidad a recibir los servicios. Si el individuo no está de acuerdo en la utilización de los servicios de la Ciberterapia, no se le proveerá el servicio, ni se le facturará ningún tipo de cargo. El individuo mantiene la opción de aceptar en cualquier momento, sin que se afecte el derecho de recibir cualquier otro tipo de atención, cuidado o terapia por medio de la Ciberterapia. En caso de que el paciente sea un menor de edad, o persona declarada legalmente incapaz, lo anterior será aplicable a su custodio, tutor o representante legal. Estos servicios serán pagados al proveedor como si fueran visitas presenciales. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida según tipo de terapia en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.7 Perfil Biofísico

Estará cubierto limitado a uno (1) por embarazo. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.8 Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina

Estará cubierto para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de edad del paciente. En adición, a la atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.9 Procedimientos de Diagnóstico y Servicios Profesionales

Los cargos por procedimientos de diagnóstico y Servicios Profesionales incluyendo estudios del sueño requieren pre-autorización, y se pagarán de acuerdo con la tarifa contratada por “EL PLAN” que esté en efecto a la fecha en que el procedimiento se realice y el suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Para los Procedimientos de Diagnóstico y Servicios Profesionales realizados en la oficina médica, el suscriptor, será responsable de pagar al médico participante la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato por concepto de procedimientos de diagnóstico y servicios profesionales.

2.10 Pruebas Diagnósticas Especializadas

Las pruebas diagnósticas especializadas incluidas en esta cubierta son, PET Scan y PET CT, hasta 1 por persona suscrita, por año contrato. En casos de condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, se cubrirá hasta 2 por persona suscrita por año contrato. Requieren pre-autorización pruebas cardiovasculares no invasivas, pruebas vasculares invasivas, electrocardiogramas y ecocardiogramas, “Stress Test” y “Holter” de 24 horas pruebas de medicina nuclear, tomografías computarizadas, SPECT, sonogramas, electromiogramas, densitometría ósea no preventiva, mamografía no preventiva, pruebas audiológicas. MRI's, están limitados a 1 por año contrato por suscriptor. El Suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.11 Litotricia

Las litotricias estarán cubiertas y requieren pre-autorización. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.12 Pruebas de Resonancia Magnética y CT Scans

Las pruebas de resonancia magnética de MRI's, MRA's y CT están limitados a una (1) por año contrato por suscriptor. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.13 Pruebas de Alergia

Las pruebas de alergias están limitadas a cincuenta (50) por año contrato. Las vacunas no están incluidas en esta cubierta. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.14 Sonogramas

Los sonogramas pélvicos para mujeres embarazadas estarán no están limitados. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.15 Servicios para combatir el COVID-19

Estará cubierto libre de costo compartido, sin pre-autorización ni otros requisitos de manejo médico, todo cuidado médico, estudio, análisis, diagnóstico y tratamiento presente y futuro de COVID-19 de acuerdo a las tarifas establecidas por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, incluyendo hospitalización, conforme al "FAMILIES FIRST CORONAVIRUS RESPONSE ACT", "CARES Act" y la Ley 43 de 16 de abril 2020. La prueba de diagnóstico del COVID-19 será provista "libre de costo compartidos" (incluidos deducibles, copagos y coaseguros), en los casos que conforme al criterio médico así se ordene realizar la prueba y conforme lo establecido en la Sección 6001 del "FAMILIES FIRST CORONAVIRUS RESPONSE ACT", "CARES Act"

2.16 Vacuna Contra el Virus Sincitial Respiratorio Synagis

Estará cubierta en las dosis, de acuerdo con la edad y la condición de salud del suscriptor y con la Ley Núm. 165 de 30 de agosto de 2006. Se requiere pre-autorización. El suscriptor pagará de acuerdo con lo estipulado en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.17 Cirugía Ambulatoria

Cargos por procedimientos de cirugía ambulatoria se pagarán al proveedor de acuerdo con las tarifas contratadas por “EL PLAN” que estén en efecto en la fecha en que la cirugía ambulatoria se realice. En el caso de la cirugía ortognática requiere pre-autorización y los gastos relacionados a materiales están excluidos de esta cubierta. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.18 Procedimientos y pruebas neurológicas, incluyendo Nerve Conduction Velocity Test (NCV)

Los procedimientos quirúrgicos (aplican copagos relacionados a Hospitalización). Pruebas neurológicas tradicionales incluyendo electroencefalogramas estarán cubiertos bajo este contrato. Las pruebas de Conducción Nerviosa están limitadas a 2 por año contrato. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.19 Cirujano

La cantidad máxima a pagar por “EL PLAN”, al cirujano por procedimientos de cirugía ambulatoria será la contratada por “EL PLAN” para el procedimiento quirúrgico. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida por la cirugía ambulatoria en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.20 Criocirugía del Útero

La criocirugía del cuello uterino está limitada a un (1) procedimiento por año contrato, por suscriptor. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida por la cirugía en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.21 Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia para cáncer incluyendo Cobalto

Tratamiento de quimioterapia y radioterapia contra el cáncer estará cubierto en sus varios métodos de administración de la droga, tal como por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según sea la orden médica del médico especialista u oncólogo. Estos servicios estarán cubiertos de forma ambulatoria y en hospital. Según establecido en la “Ley Especial para Asegurar el Acceso al Tratamiento y Diagnóstico de los Pacientes de Cáncer en Puerto Rico” conocida como “Ley Gabriela Nicole Correa” y aprobada el 1 de agosto de 2020, todo medicamento de cáncer contenido en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer (“NCCN Guidelines”) o de las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) formara parte de esta cubierta. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.22 Esterilización

Procedimientos de esterilización estará cubierto al 100% en mujeres. Vasectomía en hombres pagara la cantidad establecida por en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.23 Anestesia

“EL PLAN” cubrirá los servicios de anestesia, de acuerdo con la tarifa contratada por “EL PLAN” y COPAGOS, COASEGUROS de hospitalización estipulados en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.24 Pruebas de Laboratorio y Rayos X

“EL PLAN” pagará la tarifa establecida con los laboratorios y facilidades de Rayos X y el suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Dichos servicios deben ser:

- 2.24.1 Ordenados por un médico;
- 2.24.2 Necesarios para el diagnóstico de alguna enfermedad o lesión;
- 2.24.3 Médicamente necesarios; y
- 2.24.4 Practicados por un laboratorio o radiólogo participante.

2.25 Visitas Médicas

“EL PLAN” cubrirá los cargos por visitas a médicos (generalistas, especialistas, subespecialistas, quiroprácticos, optómetras, audiólogos, podiatras, psicólogos, y nutricionistas, los cuales serán pagados de acuerdo con las tarifas contratadas por “EL PLAN” y el suscriptor pagará el copago estipulado en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que aparece en este contrato.

2.26 Cuidado de salud en el Hogar

Cubierto 30 visitas por año contrato, por suscriptor para terapias físicas, ocupacionales y del habla (habilitativa y rehabilitativa). Cubierto solo si se comienza 14 días después de que el suscriptor es dado de alta de una hospitalización de al menos 3 días y si el servicio es provisto para la misma condición/diagnostico por la cual fue admitido el suscriptor. Servicios de enfermería y auxiliar de servicios de Salud en el hogar parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado de paciente están incluidos. Una visita por un empleado de la compañía de cuidado de salud en el hogar o 4 horas de servicio por un auxiliar se considerarán cada uno como una visita en el hogar. Estos servicios deberán ser supervisados por un médico licenciado y requieren pre-autorización. Servicios serán pagados de acuerdo con tarifas contratadas por “EL PLAN” y el suscriptor pagará el copago

estipulado en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que aparece en este contrato.

2.27 Audiólogo

Cubierto conforme a la Ley Núm.127 del 27 de septiembre de 2007. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.28 Optómetra

Cubierto conforme a la Ley Núm.148 del 9 de agosto de 2002. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.29 Servicio de Nutricionista

La visita al nutricionista estará limitada a doce (12) visitas por año contrato. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.30 Servicios Preventivos incluyendo vacunas para adultos y niños

“EL PLAN” cubrirá servicios preventivos incluyendo vacunas para adultos y niños. Cubiertos al 100% según establecido en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.31 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA/HIV)

Cubierto como cualquier otra condición conforme a la Ley Núm. 349 del 2 de septiembre de 2000.

2.32 Terapia Física

“EL PLAN” cubrirá terapias o manipulaciones combinados por año contrato, de acuerdo con las tarifas contratadas. Servicios limitados a terapia física excepto, aquellos cubiertos en cuidado de salud en el hogar. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.33 Terapia Respiratoria

“EL PLAN” cubrirá en la oficina del médico por año contrato, de acuerdo con las tarifas establecidas. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Servicios de terapia respiratoria en sala de emergencia y en el hospital estarán cubiertos sin límite.

2.34 Tratamiento Quiropráctico

“EL PLAN” cubrirá terapias o manipulaciones combinadas por año contrato por suscriptor, de acuerdo con las tarifas y limitaciones establecidas. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Los servicios estarán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes autorizados para proveer dichos servicios, de acuerdo con la enmienda a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de la Ley Núm.150 del 8 de agosto de 2006.

2.35 Timpanometrías y Audiometrías

Estarán cubierta hasta 1 por año contrato. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.36 Servicios Podiátricos

“EL PLAN” cubrirá visitas y procedimientos quirúrgicos podiátricos prestados por podiatras participantes, los cuales serán tratados como cualquier otro procedimiento quirúrgico. Cuidado de rutina del pie estará cubierto sin límites anuales. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Los servicios estarán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes autorizados para proveer dichos servicios, de acuerdo con la enmienda a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de la Ley Núm.150 del 8 de agosto de 2006.

2.37 Cateterismo Cardíaco

“EL PLAN” cubrirá procedimientos y exámenes de diagnóstico cardiovasculares invasivos, no invasivos y estudios perifero vasculares no invasivos. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.38 Inyecciones Intraarticulares

Estarán cubiertas hasta 12 inyecciones por año contrato; por suscriptor hasta un máximo de 2 por día. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.39 Facilidades de enfermería diestra

Cubierto 60 días por año contrato, por suscriptor. Cubierto solo si se comienza 14 días después de que el suscriptor es dado de alta de una hospitalización de al menos tres (3) días y si el servicio es provisto para la misma condición/diagnostico por la cual fue admitido el suscriptor. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX,

ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.40 Equipo médico duradero

Cubierto con pre-autorización para la renta o compra de los siguientes servicios:

- camas de posición
- silla de ruedas estandarizada
- oxígeno y equipo necesario para su administración
- máquina de terapia respiratoria

Cubierto también con pre-autorización, Respiradores mecánicos y ventiladores estarán cubiertos sin límites según requerido por la ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015 para pacientes menores de 21 años. Aquellos que comenzaron tratamiento como menores y cumplen los 21 años y aun reciben servicios Médicos o cuidado en el hogar continuaran recibiendo este servicio luego de los 21 años. La cubierta incluirá los siguientes beneficios: equipo tecnológico necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, al menos un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes. Servicios no incluidos en esta sección o en cubierta básica como parte de servicios de equipo médico duradero están excluidos de esta cubierta. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.41 Servicios de Refracción Adultos y Pediátricos

“EL PLAN” cubrirá 1 examen de refracción por año y 1 examen de la vista rutinario por contrato por suscriptor. Espejuelos para suscriptores un par por año contrato. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.42 Cáncer de Seno y Cervical

“EL PLAN” cubrirá estudios y pruebas preventivas de monitoreo de cáncer de seno, tales como, visita a especialistas, exámenes clínicos de mama y mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías como resultado de cáncer de seno, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía como resultado de cáncer de seno para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante toda las etapas de mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente, según lo requiere el Artículo

3(E)(d) de la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012 y conforme a lo requerido por la Women's Health and Cancer Rights Act de 1998. Plan de Salud Menonita no rechazara o denegara ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato suscrito entre las partes, cuando medie una recomendación médica a esos fines. No se rechazará o denegará tratamientos entre los cuales se incluye la hospitalización, diagnósticos y medicamentos a cualquier paciente diagnosticado con cáncer. Para el sobreviviente de cáncer, el tratamiento y monitoreo frecuente y permanente de la salud física y el bienestar emocional del suscriptor, no se dejará al descubierto por "EL PLAN" y proveedores de planes de cuidado de salud, según lo requiere el Artículo 3(A)(g) de la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012. También se incluirán como parte de la cubierta los exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical, según lo requiere el Artículo 3(E)(c) de la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Mamografías preventivas estarán cubiertas al 100%. También estarán incluidos como parte de la cubierta los exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical, según lo requiere el Artículo 3(E)(c) de la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012.

2.43 Servicios de Cáncer

"EL PLAN" cubrirá los tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas(incluyendo genéticas y/o moleculares con pre-autorización), incluidas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer ("NCCN Guidelines") y/o aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés), así como los necesarios para atender y minimizar sus efectos adversos, sujeto a las disposiciones de la Ley Núm. 79 de 1 de agosto de 2020. También se utilizará el "Local Coverage Determinations-LCD from First Coast Service Options, INC", "Medicare Approved Compendia List", "National Coverage Determinations Alphabetical Index" y "Milliman Care Guidelines". Los derechos establecidos en la Ley Núm. 79 de 1 de agosto de 2020 serán adicionales a los provistos por la Ley 275-2012, según enmendada, conocida como la "Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer", y tendrán el alcance y se regirán de conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y la reglamentación federal y local adoptada al amparo de esta y cualquier otra ley o reglamento sucesor o aplicable en el ámbito federal o local. Todo paciente tendrá derecho a recibir el tratamiento que su médico le recomiende, sin limitaciones de que el paciente reciba un tratamiento de mayor efectividad y de vanguardia, disponible en el mercado, en conformidad con las cubiertas y protocolos diseñados al amparo de los Artículos 5 y 9 de esta Ley.

No se rechazará o denegará tratamientos entre los cuales se incluye la hospitalización, diagnósticos y medicamentos a cualquier paciente diagnosticado con cáncer. Para el sobreviviente de cáncer, el tratamiento y monitoreo frecuente y permanente de la salud física y el bienestar emocional del suscriptor, no se dejará al descubierto por el plan y proveedores de planes de cuidado de salud, según lo requiere el Artículo 3(A)(g) de la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.44 Servicios de habilitación y rehabilitación ambulatorios

“EL PLAN” cubrirá terapias o manipulaciones combinadas por año contrato por suscriptor, de acuerdo con las tarifas y limitaciones establecidas. Los siguientes servicios no están cubiertos: terapias ocupacionales, del habla y lenguaje excepto para la condición de autismo según descrito en este contrato, prótesis e implantes, aparatos ortóticos y ortopédicos, rehabilitación cardíaca. Servicios limitados a terapias físicas, excepto aquellos cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.45 Diálisis y Hemodiálisis

Cubierto 90 días. Servicios relacionados a cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como también cualquier servicio por complicaciones que pudieran resultar y sus servicios médico hospitalarios, serán cubiertos por los primeros 90 días desde el primer día que el suscriptor es elegible para cubierta por primera vez y la fecha en que el suscriptor recibe la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicará a diálisis o hemodiálisis subsiguientes que estén relacionadas a la misma condición clínica. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presentan en este contrato.

2.46 Beneficios mandatorios de Puerto Rico

Estarán cubiertos todos los beneficios mandatorios establecidos por el Gobierno de Puerto Rico incluidos en este contrato. De existir algún servicio mandatorio no incluido en este documento el mismo será cubierto según la reglamentación existente. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.47 Servicios Pacientes Diabéticos

Estará cubierto a través de cubierta básica como equipo duradero para pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo y según requerido por la Ley 177 del 13 de agosto de 2016 según enmendada. Se cubrirá el suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años con

reemplazo de equipo dañado, el suministro de una (1) inyección de glucagón y reemplazo de la misma en caso de su uso o por haber expirado, y un mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y ciento cincuenta (150) lancetas cada mes, con el propósito del monitoreo de los niveles de glucosa en los pacientes diabéticos, bomba portátil de infusión de insulina para pacientes diabéticos, ambas cubiertas y requiere preautorización. En caso de que el glucómetro ordenado por el endocrinólogo sea de una marca particular, el mismo será cubierto cuando sea sometida una justificación para el uso de este. La bomba portátil de infusión de insulina para pacientes diabéticos, diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo. Respecto a la cubierta de bomba de infusión de insulina, la selección de la marca de este dispositivo la determina el endocrinólogo basado en la edad del paciente, el nivel de actividad física del paciente y el conocimiento del paciente y/o los cuidadores sobre la condición. La bomba portátil, deberá cumplir de conformidad con lo establecido por el Centers for Medicare & Medicaid Services y requiere preautorización. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.48 Polisomnografía/Estudios del Sueño

Está cubierto un (1) estudio por año contrato. “EL PLAN” pagará la tarifa establecida con las facilidades que proveen estos servicios y el suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Requiere pre-autorización.

2.49 Cuidado del Recién Nacido

Un recién nacido tendrá cubierta desde su nacimiento. Los siguientes beneficios serán cubiertos para un recién nacido y serán pagados bajo la misma base que cualquier otra hospitalización bajo este contrato. Los servicios serán cubiertos de acuerdo con las tarifas de “EL PLAN”.

- 2.49.1 Uso de sala para recién nacidos (“Well baby nursery”).
- 2.49.2 Cargos de enfermería rutinaria en el hospital
- 2.49.3 Atención médica en el hospital y Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.
- 2.49.4 Cernimiento Auditivo Neonatal Universal, el cual incluye evaluaciones audiológicas conforme a la Ley Núm.311 el 19 de diciembre de 2003.
- 2.49.5 Circuncisión

A la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) se les proveerá una cubierta mínima de 48 horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias en partos naturales sin complicaciones y, de 96 horas si requirió cesárea, según lo establecido en la Ley Núm. 248 del 15 de agosto de 1999, conocida como “Ley para Garantizar un Cuidado Adecuado para las Madres y su Recién Nacidos Durante el Período Postparto”. El cuidado del niño(a) en el hospital estará cubierto durante la estadía de la madre en el hospital.

2.50 Ventilador Mecánico

Cubierto como equipo médico duradero con pre-autorización. La cubierta comprenderá de los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para suscriptores menores de edad y que aún luego de rebasar los veintiún (21) años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de éstos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante.

2.51 Cuidado Prenatal y Postnatal

Cubierto solo para el suscriptor principal, su cónyuge, cohabitante e hijas dependientes. El cuidado prenatal incluye entre otras cosas suplementos de ácido fólico prescrito por un Obstetra Ginecólogo y vitaminas prenatales. Por otro lado, el cuidado postnatal incluye apoyo, asesoramiento por un proveedor adiestrado, acceso a equipos para la lactancia materna. La renta o compra de equipos de lactancia estarán cubiertos a través de equipo médico duradero y requiere pre-autorización, orden medica de un Obstetra Ginecólogo o Pediatra y estará cubierto al 100%.

2.52 Tratamiento para Autismo

Cubierto, sin limitarse a pruebas tales como, genética, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas, e incluirá las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente. A estos efectos, no se establecerán limitaciones en cuanto a la edad de los pacientes. Tampoco estará sujeto a límite de beneficios, tope en el número de visitas a un profesional de servicios médicos, luego que la necesidad médica haya sido establecida por un médico licenciado según dispuesto en la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012. En adición, estará cubierto el tratamiento de oxigenación hiperbárica a suscriptores diagnosticados con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales y requiere preautorización. Las pruebas moleculares y/o genéticas requieren pre-autorización. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.53 Tratamiento para Síndrome de Down

Cubierto, sin limitarse a pruebas tales como, genética, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, incluirá, además, las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente y servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o

vivienda asistida para adultos mayores de 21 años, luego que la necesidad médica haya sido establecida por un médico licenciado según dispuesto en la Ley Núm. 97 de 15 de mayo de 2018, Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down. Las pruebas moleculares y/o genéticas requieren pre-autorización. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.54 Pruebas moleculares y/o genéticas

Cubiertas con pre-autorización cuando sea requerido por ley local (Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (BIDA) para el tratamiento de persona con Autismo), (Ley Núm. 97 de 15 de mayo de 2018, Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down), federal (Women's Health and Cancer Rights Act del 1998), o requerido por "EL PLAN" de beneficios esenciales de referencia de Puerto Rico ("Essential Health Benefits Benchmark Plan") que incluyen los servicios preventivos requeridos y pruebas diagnósticas, incluidas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer ("NCCN Guidelines") y/o aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés), sujeto a las disposiciones de la Ley Núm. 79 de 1 de agosto de 2020. Solamente cubierto en la red de proveedores participantes. Aplica coaseguro de pruebas moleculares y/o genéticas, excepto pruebas requeridas por ley como servicio preventivo. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.55 Pruebas de Cernimiento

Las pruebas de cernimiento requeridas serán cubiertas de acuerdo con la edad del niño, de acuerdo con los estándares actuales establecidos por el Departamento de Salud y de acuerdo con los estándares actuales del Título XIX del Programa de Medicare, Título V del Programa para Madres, Niños y Adolescentes y de la Academia Americana de Pediatría, según requerido por la Ley Núm. 296 del 1 de septiembre de 2000.

Serán cubiertas, además, las pruebas de cernimiento de: Cáncer, Presión Alta y Colesterol, Diabetes, Osteoporosis y Enfermedad de Transmisión Sexual, en conformidad con los artículos 2 y 3 de la Ley Núm. 218 de 30 de agosto de 2012.

2.56 Métodos Anticonceptivos

En conformidad con lo dispuesto "Final Rule Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Services under the Patient Protection and Affordable Care Act" publicado en la Parte II del Reglamento final interino publicado el 15 de febrero de 2012 por el Departamento del Tesoro, del Trabajo y de Salud a partir del 1 de agosto de 2012, todas las mujeres tendrán acceso a todo método anticonceptivo aprobado por la Food and Drug Administration y recetado por un médico, procedimientos de esterilización y la educación del

paciente y el asesoramiento, cubiertos al 100%. Los métodos anticonceptivos tales como aparatos intrauterinos, así como su inserción y remoción estarán cubiertos.

2.57 Servicio de Ambulancia Aérea

Servicios de Ambulancia Aérea limitados a Puerto Rico: El servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico (incluye los municipios de Vieques y Culebra) estará cubierto si es médicamente necesario. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.58 Servicios de Ambulancia terrestre

Servicios de Ambulancia terrestre estarán cubierto dentro de los límites territoriales de Puerto Rico en casos de emergencia en transportes certificados por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud. Aquellos solicitados a través de 9-1-1 serán cubiertos y pagados directamente al proveedor de servicios en Puerto Rico. Otros servicios de ambulancia que no sean emergencias estarán cubiertos por reembolso hasta \$80.00 por viaje. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.59 Disposiciones de Periodo de Emergencia

Las disposiciones incluidas a continuación concernientes a la práctica de la telemedicina y telesalud conforme a la Ley Núm. 168 de 2018, según enmendada por la Ley Núm. 68 del 16 de julio de 2020, aplicarán a raíz de la declaración de emergencia promulgada por la Gobernadora de Puerto Rico mediante el Boletín Administrativo Núm. OE-2020-020 como consecuencia del coronavirus SARS-CoV-2, conocido como COVID-19.

- ✓ Los médicos y profesionales de la salud cubiertos por esta Ley podrán utilizar la tecnología propia de telemedicina o telesalud para atender a sus pacientes, sin necesidad de contar con la Certificación correspondiente por parte de la Junta de Licenciamiento o de su respectiva Junta Examinadora u Organismo Rector.
- ✓ La Junta Examinadora u Organismo Rector de cada profesión de salud cubierta por esta Ley, deberá establecer de inmediato las guías básicas para poder atender pacientes utilizando la tecnología propia de telesalud y notificar al grupo correspondiente de profesionales de la salud para que puedan comenzar a utilizar tales mecanismos. Ningún profesional de la salud autorizado a ejercer en Puerto Rico podrá comenzar a atender pacientes utilizando la tecnología propia de telesalud, hasta tanto su respectiva junta u organismo rector emita las guías correspondientes conforme a la naturaleza de la emergencia declarada. Este inciso no aplicará a los médicos autorizados a ejercer la telemedicina según establecido en la Resolución Conjunta 19-2020.
- ✓ Todos los servicios ofrecidos conforme lo dispuesto en esta sección, estarán sujetos y responderán a las mismas normas de cuidado, competencias y conducta profesional

- aplicable al ofrecimiento de dichos servicios de forma presencial. Se prohíbe la grabación de consultas, sesiones o conversaciones terapéuticas.
- ✓ La autorización delineada en esta sección no exime a los médicos y los profesionales de salud, con el cumplimiento de los requisitos de sus respectivas licencias y/o estándares éticos, por lo que estarán sujetos a las sanciones correspondientes.
 - ✓ Independientemente de lo establecido en este Artículo, siempre se respetará la privacidad del paciente conforme a las disposiciones del Health Insurance Portability Accountability Act of 1996 o de cualquier otro estatuto o reglamento estatal o federal aplicable. Tanto la Junta de Licenciamiento como la Junta Examinadora u Organismo Rector podrán adoptar todas las medidas que entiendan necesarias para asegurar que los proveedores de salud que regulan protejan la privacidad de sus pacientes; estas medidas deben ser de conformidad con cualquier ley o reglamento federal aplicable.
 - ✓ Plan de Salud Menonita ha incluido dentro de la cubierta básica y pagara por aquellas pruebas de diagnóstico y/o tratamiento médicos presentes o futuros para atender el COVID-19, conforme a los precios establecidos por el Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
 - ✓ Como medida para reducir el contacto personal, el contagio y desalentar que los ciudadanos acudan a las oficinas de los médicos, las farmacias despacharan las repeticiones de aquellos medicamentos crónicos, aunque el suscriptor no posea repeticiones disponibles o una nueva receta. Para esto, el suscriptor deberá mostrar el frasco del medicamento vacío en el que se especifica la dosis y la identidad del suscriptor. Se exceptúa de lo antes dispuesto los medicamentos clasificados como controlados en las clasificaciones II, III, IV o V por las leyes o reglamentos federales o estatales, así como los narcóticos independientemente de su clasificación.
 - ✓ Cualquier edificación permanente o temporera que se habilite en una facilidad de servicios para atender de manera aislada a suscriptores con síntomas de este virus, será considerado para todos los fines legales pertinentes como una extensión de servicios de salud en la que se encuentre.
 - ✓ Mientras subsista esta emergencia de COVID-19, todo médico o profesional de la salud que esté autorizado por ley a preparar recetas, referidos, orden médica u ordenar tratamientos, pruebas o exámenes al suscriptor, podrá enviar la receta, referido u orden por fotografía o cualquier otro método electrónico y el proveedor de servicio que la reciba vendrá obligado a aceptarla. La receta deberá ser enviada directamente por el médico o profesional de la salud, por lo cual no se aceptarán recetas enviadas por fotografías al suscriptor directamente.
 - ✓ Los médicos y profesionales de la salud aquí autorizados conservarán toda aquella información necesaria para documentar los servicios prestados. En aras de evitar el fraude contra organizaciones de servicios de salud, El Plan de Salud menonita podrá efectuar las verificaciones pertinentes para corroborar que, en efecto, se han brindado los servicios por los medios propios de telemedicina o telesalud.
 - ✓ Los médicos y profesionales de la salud aquí autorizados deberán cumplir con las disposiciones de consentimiento informado establecidas en Ley Núm. 168 de 2018, según enmendada por la Ley Núm. 68 del 16 de julio de 2020.
 - ✓ Facturación: (a) Todo médico o profesional de salud autorizado a ejercer en Puerto Rico podrá facturar los servicios provistos utilizando la tecnología de telemedicina o telesalud y el Plan de Salud Menonita pagará las mismas como si fuera una consulta presencial. A esos fines, el Plan de Salud Menonita proveerá a los médicos y los

profesionales de la salud que así lo soliciten los correspondientes códigos para la facturación por los servicios de salud prestados utilizando la tecnología propia de la telemedicina o telesalud. En el caso de los médicos o profesionales de la salud que brinden sus servicios de conformidad con esta Ley, pero cuyos servicios no estén debidamente codificados por el Plan de Salud Menonita y exista un impedimento estatutario, normativo, procesal o reglamentario para poder codificarlo, podrán facturar por los servicios provistos como de ordinario lo hacen para una consulta presencial, pero deberán descontar un diez por ciento (10%) en la facturación del costo total. (b) Cuando el médico o profesional de la salud autorizado mediante este Artículo, brinde sus servicios mediante el Plan de Salud Menonita, y el suscriptor reciba los servicios, el suscriptor estará exento de pagar la cantidad fija que paga por estos servicios o el copago que de ordinario pagaría en una consulta presencial, durante la vigencia de la emergencia declarada por la Gobernadora a raíz del COVID-19.

Las disposiciones incluidas en esta sección tendrán vigencia hasta 30 días después que concluya la emergencia decretada por el Gobernador(a) a raíz del COVID-19. Una vez concluya la emergencia, aquellos médicos y profesionales de salud que no contaban con la Certificación y pudieron ofrecer sus servicios por virtud de este Artículo, deberán realizar las gestiones correspondientes con la Junta de Licenciamiento o Junta Examinadora u Organismo Rector, según sea el caso, para recibir la Certificación correspondiente conforme a las disposiciones de esta Ley, de manera que puedan continuar ofreciendo servicios de telemedicina o telesalud.

Cubierta de Equipo de Protección Personal para Servicios Dentales

- ✓ Como respuesta a la declaración del periodo emergencia promulgada por la Gobernadora de Puerto Rico como consecuencia del coronavirus SARS-CoV-2, conocido como COVID-19 y según establecido en Carta Normativa Núm. CN-2020-279-D se incluye en la cubierta dental el código D1999 según establecido y mientras dure el estado de emergencia o la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico notifique la suspensión de sus efectos, de ambas, lo que ocurra primero.

2.60 Servicios por Condiciones Mentales

“EL PLAN” cubrirá los servicios las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana.

Para recibir los servicios el suscriptor puede de manera opcional coordinar los servicios a través del Programa de Manejo de Condiciones. No existirá distinción entre un trastorno mental y cualquier otra condición médica en términos de acceso a servicios.

Una emergencia psiquiátrica se entiende como el cuadro clínico caracterizado por una alteración en el pensamiento, o en la percepción de la realidad, en los afectos y/o sentimientos o en sus acciones o conducta que requiere una intervención terapéutica inmediata, o de urgencia ante la intensidad de los síntomas y signos, y por presentar riesgo inmediato de daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. Toda emergencia psiquiátrica estará cubierta conforme a los términos y condiciones de este contrato, así como la transportación en un vehículo adecuado, incluyendo servicio de ambulancia terrestre certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, para ser trasladado a la

instalación donde recibirá tratamiento. Esta transportación estará cubierta por reembolso hasta \$80 por viaje. La transportación cubrirá desde donde se encuentre la persona que necesita el servicio y hasta cualquier otra institución proveedora de los servicios hospitalarios necesarios, según lo dispone la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008, La transportación en ambulancia deberá cumplir con los requisitos de la Ley Núm. 35 de 1994 y de la EMTALA.

El Cuidado de Salud Mental incluye:

2.60.1 Tratamiento a nivel ambulatorio que incluye:

2.60.1.1 Visitas ilimitadas a Psiquiatras, psicólogos clínicos, conforme a la Ley Núm.408 del 2 de octubre del 2000 y la Ley Núm.148 del 9 de agosto de 2002. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.60.1.2 Visitas Colaterales - El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

2.60.1.3 Visitas de terapias de grupo – Las visitas de terapia de grupo (de pacientes) por condiciones mentales, incluyendo las visitas relacionadas a abuso de sustancias controladas. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.60.1.4 Hospitalización Psiquiátrica Parcial. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

2.60.2 Hospitalización Psiquiátrica Total. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Los servicios de salud en psicología, pueden incluir, pero no se limitaran a prevención, descripción o diagnóstico del comportamiento, evaluación psicológica, intervención terapéutica con problemas psicológicos de diversos niveles de severidad y consultoría

concerniente al funcionamiento intelectual, emocional, conductual, interpersonal, familiar, social y ocupacional de individuos y grupos, según lo requiere el artículo 1 de la Ley Núm. 239 de 13 de septiembre de 2012 y estos servicios estarán sujetos a copagos relacionados.

2.61 Abuso de Sustancias Controladas incluye:

- 2.61.1 Los servicios para detoxificación por abuso de sustancias controladas estarán cubiertos bajo este contrato tanto en hospitalización total como parcial. Dos días de hospitalización parcial serán equivalentes a 1 día de hospitalización. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.
- 2.61.2 Visitas a psiquiatras, psicólogos. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.
- 2.61.3 Visitas de Terapias de Grupo El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.
- 2.61.4 Cuidado de Salud en el Hogar – sujeto a la necesidad médica, según definida en la PARTE I – DEFINICIONES de este contrato. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.
- 2.61.5 Visitas Colaterales - El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.
- 2.61.6 Gastos por servicios resultado de la administración de un programa de detección de drogas patronal están excluidos de esta cubierta. Luego de la participación de un suscriptor en cualquier tratamiento relacionado a un resultado positivo de un programa de detección de drogas patronal, este podrá ser elegible para tratamiento.
- 2.61.7 Facilidad de Tratamiento Residencial – sujeto a la necesidad médica, según definida en la PARTE I – DEFINICIONES de este contrato.
Estos servicios estarán cubiertos conforme a la Ley Núm.183 del 6 de agosto de 2008.

2.62 Uso y Dependencia al Tabaco y sus Derivados

En conformidad con los servicios preventivos recomendados por el USPSTF, se establece que “EL PLAN” como parte de esta cubierta, si media justificación médica, según los criterios establecidos en el Protocolo para Tratamiento al Uso y Dependencia al Tabaco y sus Derivados, cubrirá la prestación de estos servicios, incluyendo medicamentos a suscriptores que requieren tratamiento al uso y dependencia al tabaco y sus derivados. Este plan cubre hasta \$400 de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA, por noventa (90) días consecutivos en un intento, y hasta dos intentos por año.

2.63 Cirugía Bariátrica

Los servicios cubiertos incluyen: cirugía por bypass gástrico, banda ajustable. Otras metodologías quirúrgicas como la cirugía de balón intragástrico están excluidas de este contrato. El beneficio de cirugía bariátrica requiere un período de espera de 12 meses a partir de la fecha de efectividad de este contrato, excepto en los casos para los cuales el cirujano bariátrico certifique basado en evidencia médica a “EL PLAN”, que la vida o el bienestar del suscriptor está en riesgo. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato relacionados a hospitalización, visitas a médicos, pruebas de laboratorios y diagnosticas entre otros.

La cubierta está sujeta a la pre-autorización del procedimiento. Para comenzar el proceso de autorización el suscriptor deberá cumplir con las indicaciones mínimas, según se detallan a continuación:

- 2.63.1 “EL PLAN” de tratamiento debe ser aprobado por un médico especialista en medicina bariátrica o en cirugía bariátrica. “EL PLAN” de tratamiento recogerá el compromiso escrito del paciente con el cumplimiento de su tratamiento, incluyendo el protocolo psicológico, y detallará los riesgos, complicaciones y beneficios de la cirugía bariátrica, así como los cambios a largo plazo en los estilos de vida que deberá efectuar el paciente
- 2.63.2 Para la pre-autorización del servicio, el primer tratamiento para la obesidad mórbida debe ser dietético y cambio de estilos de vida. El médico deberá documentar “EL PLAN” dietético anterior y las causas del fracaso del mismo. Además, deberá especificar si existen condiciones en el paciente que se agravan con la obesidad mórbida, como, por ejemplo: enfermedades cardiovasculares o cardiopulmonares, diabetes severa, artritis y apnea del sueño.
- 2.63.3 Esta cubierta cubrirá sólo 1 cirugía de por vida en Puerto Rico y limitada al Sistema de Salud Menonita y su programa de cirugías bariátricas en el Hospital Menonita de Cayey acreditado por la “Joint Commision” o Comisión Conjunta.

2.64 Exclusiones y Limitaciones de la cirugía bariátrica

- 2.64.1 Las cirugías para la remoción de la piel excesiva (comúnmente conocida como colgajos) no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso debido a que afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo en cuyo caso requiere pre-autorización.
- 2.64.2 Otras técnicas o metodologías de cirugía bariátrica como la cirugía de balón intragástrico, distintas a las incluidas explícitamente en la Sección 3 de la PARTE III – BENEFICIOS CUBIERTOS.
- 2.64.3 El beneficio de cirugía bariátrica está limitado al Sistema de Salud Menonita y su programa de cirugías bariátricas en el Hospital Menonita de Cayey acreditado por la Joint Commision o Comisión Conjunta.
- 2.64.4 Se excluyen de cubierta procedimientos y tratamientos de cirugía bariátrica fuera de Puerto Rico.
- 2.64.5 La cirugía bariátrica está limitada a 1 por vida, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada.
- 2.64.6 Servicios de cirugía bariátrica sin pre-autorización de “EL PLAN” están excluidos del beneficio.

VII. Exclusiones de cubierta médica básica

- 1. Tratamientos que los hospitales se nieguen a ofrecer de acuerdo con los reglamentos sanitarios.
- 2. Servicios que se presten mientras el contrato no está en vigor.
- 3. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, Fondo del Seguro del Estado, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona cubierta no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
- 4. Anticonceptivos que no estén aprobados por la FDA. Además, no se cubrirán anticonceptivos aprobados por la FDA sin receta del médico.

5. Marcapasos (con o sin desfibrilador), desfibrilador, válvulas, STENT's. Estos estarán cubiertos a través de gastos médicos mayores.
6. Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, por motivo de un aborto provocado y/o electivo, así como todos los gastos y complicaciones asociados.
7. Acondicionadores de aire, unidades de purificación de aire, almohadas humedecedoras antialérgicas, mantas, forros de colchones, elevadores, banquillos para escaleras, instrumentos para tomar la presión, estetoscopios, bandas elásticas, medias y cualquier otro artículo similar.
8. Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios que resulten de exámenes premaritales, pruebas de paternidad y exámenes preventivos, excepto los especificados en el contrato.
9. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos no incluidos en esta cubierta. Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante no incluido en esta cubierta. Solo estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyen en esta cubierta.
10. Servicios de equipo médico duradero no incluidos en esta cubierta.
11. Servicios de ambulancia marítima.
12. Las cirugías para la remoción de piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o bypass gástrico no estarán cubiertas, excepto si el medico certifica que es necesario remover la piel en exceso porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo en cuyo caso requiere pre-autorización.
13. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales cuando estos sean requeridos para propósitos de empleos.
14. Cámara hiperbárica excepto en pacientes diagnosticados con Autismo.
15. Maternidad delegada.
16. Medios de Contraste utilizados durante pruebas de MRI's, CT's y otros.
17. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
18. Servicios que sean recibidos gratuitamente.
19. Servicios no solicitados por el suscriptor.

20. Pruebas moleculares y/o genéticas no incluidas en esta cubierta.
21. Facturación por servicios prestados por el cónyuge, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.
22. Servicios no requeridos de acuerdo con las normas aceptadas en la práctica médica.
23. Servicios que no sean razonables ni médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.
24. Hospitalizaciones por procedimientos que se puedan practicar en forma ambulatoria.
25. Servicios de hospitalización (incluyendo servicios ancilares) para realizar procedimientos y/o cirugías que están excluidos de esta cubierta.
26. Procedimientos y servicios experimentales o investigativos no aprobados por "EL PLAN", excepto el Artículo 9(g) de la Ley 194 del 25 de agosto de 2000.
27. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos que surjan durante el año contrato no considerados experimentales o investigativos y no determinada su inclusión en la cubierta vigente, excepto en aquellos casos en que el suscriptor opte por utilizar tal metodología o servicio nuevo, en cuyo caso "EL PLAN" reembolsará el equivalente de lo que hubiese costado el servicio o procedimiento bajo el método convencional existente, según las tarifas vigentes en ese momento.
28. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología excepto los especificados en el contrato.
29. Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos por el patrono o para certificados, excepto el requerido por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000.
30. Gastos en hospital por cuidado personal, teléfono, "admission Kits" y otros similares.
31. Hospitalización para fines puramente diagnósticos.
32. Servicios, tratamiento y cirugía para aumentar o bajar de peso en Centros de Programas de Control de Peso.
33. Liposucción.

34. Cirugía para aumento o reducción del seno.
35. exclusionesCirugía para corregir condiciones, deformidades o enfermedades y tratamiento de acné con fines estéticos.
36. Servicios necesarios para el tratamiento de la disfunción temporomandibular (TMJ).
37. Servicios de escalonectomía.
38. Gastos por servicios de descanso, convalecencia y cuidado custodial.
39. Gastos por servicios de cuidado de enfermería diestro, servicios de custodia, hospicio.
40. Exámenes de laboratorios que requieren inoculación animal.
41. Gastos por aparatos ortopédicos y órganos artificiales, excepto los incluidos en esta cubierta si alguno.
42. Audiogramas y audiometría, excepto lo requerido por la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.
43. Gastroplastías.
44. Tratamiento de diálisis o hemodiálisis y procedimientos relacionados, después de los primeros 90 días.
45. Tratamientos de fertilidad o Inseminación artificial y fertilización “in vitro” y todo tipo de tratamientos para la condición de infertilidad.
46. Remisión de vasectomía, tuboplastías, vasostomía y otras operaciones y tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
47. Cirugías para cambio de sexo.
48. Hiperalimentación, alimentación enteral y servicios que sirven o actúan como suplementos nutricionales.
49. Microcirugía, con fines estéticos.
50. Gastos de enfermeras especiales.
51. Aparatos auditivos.

52. Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías de refracción como por ejemplo “crosslink”.
53. Medicina deportiva, musicoterapia. Medicina natural, homeopática, acupuntura, acupresión, hipnotismo, aromaterapia, masajes, musicoterapia, psicocirugía y otras formas de medicina alternativa.
54. Tratamiento, servicios, cirugías con fines estéticos.
55. Medicamentos que no sean recetados como medicina terapéutica. ‘Medicinas de leyenda y “over the counter” a nivel ambulatorio, excepto como se provee bajo la cubierta de medicinas. Suplidos tales como jeringuillas, vendajes, medias elásticas.
56. Vacunas para viajar.
57. Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras o condiciones de motín. Condiciones que resulten de daños recibidos mientras la persona cubierta participa de manifestaciones o conmociones civiles. Servicios para personas en servicio militar activo o servicios que se reciben como resultado de guerras (declaradas o no declaradas) en cualquier país.
58. Servicios necesarios para atender condiciones que surjan a raíz de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes de Puerto Rico o de cualquier otro país por parte del suscriptor.
59. Servicios de visitas a domicilio.
60. Servicios de "Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation (TENS)".
61. Todo tipo de prótesis, implantes excepto para cáncer en el seno.
62. Tratamientos para la impotencia.
63. Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta por este contrato haga a un proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlo.
64. Material ortopédico o para cirugías neurológicas tales como, tornillos, placas, clavos y cualquier otro material o aditamento.
65. Pruebas moleculares y/o genéticas sin pre-autorización.

66. Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, para propósitos cosméticos o embellecimiento, tratamientos o cuidados para corregir defectos de apariencia física y sus complicaciones.
67. Gastos por implantes y órganos artificiales excepto por los listados en la cubierta, esto incluye la exclusión de lentes intraoculares.
68. Septoplastia, rinoplastia, blefaroplastia excluido con fines estéticos
69. Servicios de hospitalización, tratamientos o exámenes de laboratorios realizados fuera de Puerto Rico para condiciones cubiertas en este contrato, excepto en condiciones presentadas en casos de emergencias mientras el suscriptor esté de viaje en Estados Unidos. En el caso de servicios de emergencia prestados en Estados Unidos cuando el suscriptor esté de viaje, si “EL PLAN” cuenta con el acceso a facilidades o redes en Estados Unidos, aplicará el cargo contratado en el área donde se prestó el servicio. Luego de este ejercicio “EL PLAN” pagará directamente al proveedor de servicios conforme a lo dispuesto a continuación y el suscriptor pagará al proveedor del servicio la diferencia, si alguna.
70. Se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a estos procedimientos excluidos, independientemente de si existe o no justificación médica para realizarse
71. Quedan excluidos de cubierta los beneficios no expresamente incluidos como beneficios y/o servicios cubiertos, excepto según pueda ser requerido por disposición de la ley.

VIII. Cubierta de trasplante de órganos

1. “EL PLAN” cubrirá al 100% los gastos relacionados a trasplantes de órganos y tejidos que se detallan a continuación, cuando éstos sean médicamente necesarios y apropiados para la condición del paciente. El pago de beneficios bajo esta cubierta de trasplante está sujeto a todos los términos y condiciones establecidos a continuación, incluyendo la evaluación del paciente y que sean previamente coordinados y pre-autorizados con “EL PLAN”. El Suscriptor deberá hacer referencia a la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES para más detalles de la cubierta.
2. **Límites de esta cubierta:**
 - 2.1 Cubierto 100% del monto total US \$ 0.00 hasta un máximo de US \$ 500,000, por persona cubierta, por trasplante, por año contrato.

2.2 Beneficio máximo de por vida de \$ 1, 000,000 por persona cubierta.

2.3 Los nuevos participantes del Plan tienen un período de espera de 6 meses y 12 meses si tienen una condición preexistente o diagnosticados antes de la inscripción.

3. Trasplantes Cubiertos

3.1 Corazón, Pulmón, Hígado, Riñón, Páncreas, Venas, Arterias, Piel, Tejido, Páncreas / Riñón, Corazón / pulmón, Intestino delgado, Hueso, Médula ósea, y Córnea.

4. Gastos Médicos cubiertos en este contrato:

4.1 Los gastos directamente relacionados con el procedimiento del suscriptor; Incluye la evaluación antes del cuidado de la cirugía, trasplante, cuidado post-cirugía y fármacos inmunosupresores.

4.2 Los costos y servicios proporcionados o relacionados con la recolección, almacenamiento y transporte de órganos para su uso en un trasplante cubierto.

4.3 Con respecto a los trasplantes cubiertos se cubrirán los siguientes servicios:

4.3.1 Alojamiento y alimentación en el hospital, servicios generales de enfermería y servicios y suministros que son médicamente necesarios y no están incluidos en los cargos por habitación y comida;

4.3.2 Servicios médicos para tratamiento y cirugía en un procedimiento de trasplante cubierto;

4.3.3 Gastos de transporte y servicios médicos a un donante vivo para la remoción de un órgano para trasplantarlo al suscriptor, hasta un máximo de \$ 20,000. Los beneficios para estos servicios se calculan después de los beneficios para el suscriptor. Los beneficios combinados para el donante y el suscriptor no excederán el máximo especificado en esta cubierta;

4.3.4 Costos razonables y necesarios incurridos por el suscriptor para el transporte y acompañamiento en el viaje hacia y desde el lugar de la cirugía para el procedimiento de trasplante cubierto. El beneficio máximo para un acompañante será de \$ 5,000. Si el destinatario es menor de edad, se cubrirán los gastos de transporte de dos (2) acompañantes. En ese caso, el beneficio máximo será de \$ 10,000 (un máximo de \$5,000 por acompañante). Los gastos de transporte incluyen la clase turista de ida y vuelta, los costos del hotel y las comidas.

4.3.5 Servicios por una enfermera registrada privada (RN) o una enfermera licenciada del profesional (LPN o TPN), cuando es recomendada por un médico. La enfermera no

puede ser un miembro de la familia del paciente o vivir en la casa de este. En el hospital, los servicios de una enfermera privada están cubiertos sólo si el personal hospitalario regular no puede proporcionar la atención necesaria debido a la naturaleza de la condición del paciente;

4.3.6 Costo de alquiler de sillas de ruedas, cama de hospital especial y equipo mecánico para el tratamiento de la parálisis respiratoria, siempre que se utilicen fuera del hospital o en el domicilio del suscriptor, pero sin exceder el precio de compra de dicho equipo;

4.3.7 Medicamentos recetados por un médico, incluyendo inmunosupresores; oxígeno; radiografías, pruebas de laboratorio y otros servicios de diagnóstico;

4.3.8 Terapia de rehabilitación, consistente en: terapia del habla; terapia auditiva; terapia de la visión; fisioterapia;

4.3.9 Vendajes y suministros quirúrgicos;

4.3.10 Segunda opinión. Esta segunda opinión debe ser proporcionada por un médico que no está asociado de ninguna manera con el médico que originalmente recomendó el procedimiento de trasplante cubierto; y

4.3.11 Servicio de ambulancia aérea para transportar a una persona cubierta a una institución de trasplante participante.

5. Gastos relacionados con el Cuidado de Custodia.

5.1 Período de Beneficio:

El período de beneficios comienza 30 días antes del procedimiento de trasplante de órgano o médula ósea, y termina 12 meses después de que el procedimiento se lleva a cabo hasta que se haya agotado el beneficio máximo de \$ 1,000,000, sujeto a los términos, condiciones y limitaciones de esta cubierta.

5.2 Orden de beneficios pagados:

En el caso de personas cubiertas que bajo “EL PLAN” sean a su vez elegibles para, o están cubiertas bajo cualquier otro plan gubernamental, privado, de asociación o individual, que provea cubierta de trasplante de órganos, la cobertura de Trasplante de Órganos, que está sujeta a este contrato se considerara secundaria.

5.3 Pago de beneficios:

5.3.1 Para recibir beneficios, deben cumplirse las siguientes condiciones:

5.3.2 La pre-autorización debe ser obtenida de "EL PLAN"

5.3.3 "EL PLAN" debe aprobar el tratamiento y el hospital en que se llevará a cabo el trasplante.

5.3.4 El tratamiento y/o servicios deben ser proporcionados en un hospital reconocido y aprobado en los Estados Unidos continentales, y/o Puerto Rico.

6. Inmunosupresores:

Los gastos relacionados con medicamentos médicamente necesarios identificados como inmunosupresores, incurridos durante el contrato, están cubiertos como gastos médicos. Cualquier gasto incurrido después del final del contrato, será cubierto bajo el siguiente año del contrato, si es renovado. Esto se aplica a todos los beneficios de trasplante de órganos.

7. Trasplantes:

"EL PLAN" designará, una empresa de servicios que se encargará de la gestión y coordinación de todos los servicios y procedimientos relacionados con el trasplante y de proporcionar acceso a los hospitales miembros de la red de proveedores.

Las reclamaciones por servicios, tratamiento o procedimientos proporcionados o como resultado de un trasplante estarán cubiertas bajo este Contrato solamente si todos los servicios y procedimientos relacionados con el trasplante son administrados y coordinados por el proveedor y están dentro de los términos del Contrato.

8. Términos y Condiciones

Cargos razonables y acostumbrados:

Con respecto a las reclamaciones presentadas bajo las cubiertas de plan médico incluidas en este contrato, el suscriptor será responsable de gastos o porciones de un gasto que exceda los límites del Cargo razonable y acostumbrado por un tratamiento, servicio, o el suministro en el área geográfica donde se ofreció el servicio.

Cargo razonable y acostumbrado significa el cargo hecho por un proveedor que no excede el cargo usual hecho por la mayoría de los proveedores similares por el mismo o similar procedimiento o servicios proporcionados a personas cuyas lesiones o enfermedades son comparables en naturaleza y gravedad, y que residen en la misma zona geográfica en la que se prestó el servicio.

Si fuera necesario, la determinación de lo que puede considerarse un Cargo Razonable y Acostumbrado será realizada por un médico debidamente calificado e independiente o por una

organización o firma de servicios de revisión médica nombrada por “EL PLAN”. Para llegar a tal determinación, factores como la complejidad; Grado de habilidad necesario; Tipo de especialista requerido; Y las cargas vigentes en otras áreas serán consideradas.

El término "área" o "área geográfica" significa una ciudad o cualquier otra área que se debe tomar en consideración para obtener una representación de instituciones o tratamientos similares para establecer lo que es una Cargo Razonable y Acostumbrado por un tratamiento, servicio o suministro.

IX. Exclusiones de la Cubierta de Trasplante de Órganos:

1. Cualquier reclamación o gasto incurrido antes de la fecha de vigencia de esta cubierta de trasplante;
2. Cualquier exclusión expresamente incluida en este contrato;
3. Cualquier reclamo o gasto que supere los límites establecidos en esta cubierta;
4. Cualquier cargo (o parte de un cargo) que exceda los Gastos Razonables y Acostumbrados por cualquier tratamiento, servicio o suministro pagado o pagadero este contrato;
5. Cualquier reclamación o gasto que surja de, u ocasionado por la guerra, rebelión, revolución y otros eventos o incidentes similares excepto, en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras el suscriptor estuvo activo en el ejército (Service Connected) en cuyo caso, el plan recobrara a la administración de veteranos;
6. Cualquier reclamación o gasto derivado de la contaminación por radiactividad u ocasionado por dicha contaminación;
7. Cualquier reclamación o gastos de trasplantes no incluidos en esta cubierta;
8. Cualquier reclamación o cualquier gasto relacionado directa o indirectamente con un reclamo por el cual se pague o paguen beneficios de cualquier tipo en virtud de cualquier legislación sobre accidentes del trabajo y / o enfermedades, o bajo cualquier otra legislación o política laboral o gubernamental vigente en el país o jurisdicción donde se incurrieron los gastos;
9. Toda reclamación o gasto contraído por tratamientos, servicios o suministros prestados: (1) en países fuera del territorio de Estados Unidos de América; O (2) por o en beneficio de personas y/o empresas sujetas a restricciones comerciales, sanciones económicas o políticas y/o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos o por cualquiera de sus agencias e instrumentalidades;

10. Cualquier reclamación, cargo o gasto por tratamientos considerados de naturaleza experimental;
11. En el caso de que un suscriptor reciba un diagnóstico de cualquier condición médica dentro del período de 90 días previos a la fecha de vigencia de la cubierta, se excluirán todos los gastos o gastos de emergencia incurridos como resultado de dicho diagnóstico;
12. Cualquier reclamación o gasto relacionado con un servicio que no ha sido ordenado por un médico;
13. Cualquier reclamación o gasto que el suscriptor no estaría legalmente obligado a pagar si la cobertura bajo este contrato no hubiera estado establecida;
14. Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo;
15. Cualquier reclamo o gasto relacionado con el Cuidado de Custodia si excede el máximo de \$10,000;
16. Cualquier reclamación o gasto relacionado con el trasplante de cualquier órgano o tejido que no sea humano;
17. Cualquier reclamación o gasto relacionado con un servicio prestado por una institución médica o médico fuera de los Estados Unidos de América y Puerto Rico;
18. Cualquier reclamación o gasto que sea elegible para pago en cualquier fondo de investigación privado o público, independientemente de que se haya solicitado o recibido dicho fondo;
19. Cualquier reclamación o gasto relacionado con complicaciones resultantes de un Procedimiento de Trasplante Cubierto, a menos que la Compañía determine que tales complicaciones son el resultado inmediato y directo de un Procedimiento Cubierto;
20. Cualquier reclamación o gasto relacionado con un Procedimiento de Trasplante Cubierto si no está pre-autorizado por la Compañía;
21. Cualquier reclamación o gasto relacionado con un trasplante que implique dispositivos artificiales o mecánicos diseñados para reemplazar órganos de forma permanente o temporal;
22. Cualquier reclamación o gasto relacionado con lesiones personales como resultado de intoxicación causada por alcohol, drogas o sustancias tóxicas, excepto cuando tal intoxicación sea involuntaria o no intencional;
23. Cualquier reclamo o gasto relacionado con un trasplante de hígado como parte del tratamiento relacionado con el abuso de alcohol o drogas;

24. Cualquier reclamo o gasto relacionado con el trasplante de hígado para tratar sarcoma hepatocarcinoma;
25. Cualquier reclamación o gasto relacionado con el trasplante de hígado para tratar la hepatitis;
26. Cualquier reclamación o gasto relacionado con un trasplante en pacientes con cáncer, excepto los trasplantes de médula ósea;
27. Cualquier reclamo o gasto relacionado con un servicio, incluso si no está relacionado con el beneficio de trasplante si está limitado o excluido en esta cubierta;
28. Cualquier reclamación o gasto relacionado con las exclusiones contenidas en esta cubierta;
29. Cualquier reclamación o gasto relacionado directa o indirectamente con una reclamación, cuyo beneficio debe pagarse en virtud de cualquier legislación sobre accidentes de trabajo y / o enfermedad, en virtud de cualquier ley o reglamentación relacionada con el trabajo o política vigente en el país o jurisdicción donde los gastos son incurridos;
30. Toda reclamación o gasto relacionado con un tratamiento, servicio o procedimiento considerado de naturaleza experimental o de investigación. Experimental, de investigación o electiva, ya que se refiere a un trasplante, procedimientos médicos o quirúrgicos, tratamiento, programa de tratamiento, equipo, medicamento o medicina.
31. No ha sido ampliamente aceptado como completamente seguro, eficaz o apropiado para el tratamiento de una enfermedad o lesión por consenso de organizaciones profesionales reconocidas por la comunidad médica internacional.
32. Bajo investigaciones o estudios limitados.
33. Restringido en su uso a esfuerzos clínicos disciplinados y/o estudios científicos.
34. No objetivamente demostrado tener valor terapéutico o beneficio.
35. Medicamento cuestionable para la eficacia; y
36. Está bajo estudio, investigación sobre libertad condicional o en alguna fase de pruebas clínicas (incluido el protocolo de investigación).
37. Cualquier reclamación o gasto que exceda el límite de los cargos razonables y acostumbrados;
38. Cualquier reclamación o gasto relacionado con cualquier lesión o enfermedad.

39. Resultante de cometer o intentar cometer una agresión o crimen o combate o acto de agresión, insurrección, rebelión o participación en un motín; Por el suscriptor; Excepto en casos de violencia doméstica o condición médica;
40. Cualquier reclamación o gasto relacionado con la atención o tratamiento proporcionado por un miembro de la familia inmediata del Participante (padre, madre, hijo, cónyuge);
41. Cualquier reclamación, gasto o cargo incurrido como resultado de una enfermedad o un accidente autoinfligido;
42. Cualquier reclamación o gasto relacionado con medicamentos prescritos o no por un médico para uso ambulatorio, excepto los indicados en esta cubierta; y
43. Cualquier reclamación o gasto relacionado con accidentes automovilísticos y servicios disponibles bajo la ley estatal o federal, para los cuales el suscriptor no está legalmente obligado a pagar. Los costos y servicios excluidos también incluyen los servicios que han sido negados por las agencias gubernamentales debido a la violación y / o violación de la ley estatal o federal, incluso si tal violación no es un crimen.

X. Cubierta de Gastos Médicos Mayores

Coaseguro de 20% de los gastos médicos cubiertos. El Suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

1. Beneficios Cubiertos a través de Gastos Médicos Mayores:

- 1.1 Equipo Médico Durable (DME) requiere pre-autorización. Cubierto hasta \$10,000.00 por año contrato de no estar incluido en su cubierta básica.
- 1.2 Prótesis/Implantes/válvulas/Marcapasos/desfibriladores/Stents y bandejas quirúrgicas cubierta hasta \$10,000.00 por año. Requiere pre-autorización
- 1.3 Aparatos ortopédicos / ortóticos cubiertos hasta \$5,000.00 por año (beneficio combinado) con pre-autorización.
- 1.4 Mamoplastía de reconstrucción cubierta hasta \$5,000.00 por año solo como resultado de cáncer de seno de no estar incluido en su cubierta básica.
- 1.5 Programa de Cuidado de Hospicio; requiere preautorización.

1.6 Cirugías Cardiovasculares hasta \$20,000.

1.7 Estudios Electrofisiológicos de no estar incluido en su cubierta básica.

1.8 Cuidado de salud en el hogar de no estar incluido en su cubierta básica.

1.9 Facilidades de enfermería diestra (SNF) de no estar incluido en su cubierta básica.

1.10 Terapias del Habla de no estar incluido en su cubierta básica.

1.11 Lasik

XI. Exclusiones de Gastos Médicos Mayores

1. Los servicios excluidos en las Exclusiones y Limitaciones de la Cubierta Básica; que no estén específicamente incluidos en esta cubierta de gastos médicos mayores.
2. Servicios que estén incluidos en su cubierta básica.
3. Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de o en el curso del empleo de la persona asegurada;
4. Servicios que se puedan cubrir bajo leyes de compensaciones por accidente del trabajo o gastos por accidentes de automóviles (según definido en seguro de automóvil).
5. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
6. Servicios que sean recibidos gratuitamente.
7. Servicios no solicitados por el suscriptor.
8. Servicios prestados a la persona asegurada por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.
9. Los que se incurran en el ajuste de espejuelos.
10. Los que sean incurridos en artículos de comodidad personal.
11. Los que sean incurridos por tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular.

12. Los deducibles y/o coaseguros aplicables a la Cubierta Básica, así como aquellos aplicables a cubiertas Opcionales, excepto los que estén expresamente cubiertos en esta cubierta.
13. Terapias de rehabilitación, ocupacionales y del habla
14. Asistente quirúrgico
15. Servicios de cirugía para corregir la condición de miopía, astigmatismo o hipermetropía o la queratotomía radial o queratoplastia lamelar.

XII. Resumen de su cubierta de farmacia

1. DEFINICIONES:

- 1.1 Medicamento, medicina o fármaco: Toda droga en forma de dosificación adecuada para ser utilizada en seres humanos.
- 1.2 Medicamento de receta: significa un medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.
- 1.3 Medicamentos de Mantenimiento: Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas a largo plazo, tales como: diabetes, alta presión, trastornos de la tiroides, arritmias cardíacas, cáncer, asma y fallo congestivo, entre otros.
- 1.4 Medicamentos Especializados: Fármacos que deben ser distribuidos o almacenados en una manera no convencional y que requieren una supervisión y monitoreo cercano durante la terapia. Entre ellos se incluyen los medicamentos inyectables, drogas biotecnológicas y productos biológicos.
- 1.5 Medicamento de Marca: Fármacos que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o marca de fábrica.
- 1.6 Medicamentos Genéricos Bioequivalentes: Medicamentos clasificados por el FDA como terapéuticamente bioequivalentes por contener los mismos ingredientes activos; ser idénticos en su potencia, forma de dosificación y vía de administración y tener indisponibilidad comparable.

- 1.7 Exclusión: significa la disposición expresa que establece un plan médico para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.
- 1.8 Farmacia: Establecimiento de servicio de salud, autorizado y registrado de conformidad con las disposiciones de la Ley de Puerto Rico y los Estados Unidos de América, para dedicarse a la prestación de servicios farmacéuticos, que incluye: la dispensación de medicamentos de receta, medicamentos sin receta y otros productos relacionados con la salud, la prestación de cuidado farmacéutico y otros servicios dentro de las funciones del farmacéutico establecido por Ley.
- 1.9 Farmacia participante: Farmacias contratadas en la red de “EL PLAN” que brindan servicios a los suscriptores de “EL PLAN”.
- 1.10 Formulario: significa una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por la organización de seguros de salud, o su designado, y la cual regularmente se evalúa para añadir o excluir medicamentos de receta, a la cual se refieren para determinar los beneficios en la cubierta de farmacia.
- 1.11 Persona que expide una receta de medicamentos: significa todo profesional de la salud autorizado por ley a expedir órdenes de medicamentos de receta.
- 1.12 Receta o prescripción: significa una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.
- 1.13 Repeticiones (refills): Receta de medicamentos que se repite por indicaciones escritas del médico o la persona que receta.
- 1.14 Restricción de dosis: significa el establecimiento de una limitación en el número de dosis de un medicamento de receta que estará cubierto durante un periodo de tiempo específico. “Restricción de dosis” no incluye: (a) Una disposición incluida en la cubierta en la cual se limita el número de dosis de un medicamento de receta que se cubrirá durante determinado periodo; o (b) una limitación en la dosis de un medicamento de receta cuando el fabricante de este lo ha retirado del mercado o no lo puede suplir.
- 1.15 Terapia escalonada: significa el protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica.
- 1.16 Nivel 1: Medicamento Genérico
- 1.17 Nivel 2: Marca Preferida

1.18 Nivel 3: Marca No Preferida

1.19 Nivel 4: Medicamento Especializado

1.20 Sustitución con bioequivalentes: significa el intercambio de un medicamento de receta de marca por una versión bioequivalente que tenga los mismos ingredientes activos, potencia y esté indicado para el mismo uso que el medicamento de receta de marca, cuya equivalencia terapéutica haya sido reconocida por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA), y que aparezca codificado como tal en el “Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations”.

1.21 Coaseguro: Por ciento de dinero que tiene que pagar un suscriptor cuando recibe un medicamento cubierto por un proveedor participante.

1.22 Copago: Una cantidad fija de dinero que tiene que pagar el suscriptor cuando recibe un medicamento cubierto por parte de un proveedor participante.

1.23 Deducible: Cantidad pagada por el suscriptor antes de comenzar a recibir servicios cubiertos por un proveedor participante.

“EL PLAN” provee un beneficio de farmacia para el pago de medicamentos recetados por un médico para ser adquiridas por el suscriptor y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado. “EL PLAN” administra este beneficio con un administrador de servicios de farmacia (“PBM”), “[ABARCA HEALTH Inc.]”. Los copagos, coaseguros y/o deducibles correspondientes a esta cubierta están detallados en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Este beneficio incluye medicamentos genéricos bioequivalentes, de marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados. Los medicamentos genéricos, medicamentos de marca no preferidas, no Preferidas y especializados están sujetos a un formulario de medicamentos con genéricos como primera opción. Algunos medicamentos podrían requerir preautorización, límite de edad, límite de cantidad, límite por especialidad y/o terapia escalonada. Medicamentos de salud mental no están limitados a ser prescritos por un psiquiatra o neurólogo. “EL PLAN” provee para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada.

La cubierta de un medicamento incluye, además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

“EL PLAN” no cubrirá un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la condición para la cual se prescribe.

Los siguientes medicamentos o servicios no estarán cubiertos a tenor con el párrafo anterior a este inciso:

- ✓ • los medicamentos que se utilicen en pruebas de investigación que tengan el patrocinio de los fabricantes o de una entidad gubernamental;
- ✓ • los medicamentos o servicios suministrados durante pruebas de investigación, si el patrocinador de dichas pruebas de investigación provee los medicamentos o servicios sin cobrarle nada a los participantes.

Si usted solicita un medicamento de marca cuando existe un genérico bioequivalente disponible, su pago es mayor. El suscriptor será responsable del copago que aplique al medicamento genérico bioequivalente y el 100% de la diferencia entre la cantidad que “EL PLAN” hubiera pagado a la farmacia por el medicamento de marca y la cantidad que “EL PLAN” hubiera pagado por el medicamento genérico bioequivalente. Si el médico que prescribe determina que el medicamento de marca es medicamento necesario, el suscriptor solo será responsable del coaseguro que aplique al medicamento de marca.

El listado de Medicamentos de “EL PLAN” es revisado por un Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) para validar la seguridad de los medicamentos incluidos, su efectividad clínica y costos. El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) de “EL PLAN” está compuesto de médicos y farmacéuticos reconocidos, además de otros profesionales relacionados a la industria de la salud.

“EL PLAN” “establecerá uno o más comités de farmacia y terapéutica, según entienda apropiado, para desarrollar, mantener y manejar el formulario de medicamentos y los procedimientos relacionados al mismo. El comité de farmacia y terapéutica no participará en los procesos de determinación de beneficios que establezca “EL PLAN” para el despacho de medicamentos de receta.

“EL PLAN” garantizará que todo comité de farmacia y terapéutica establezca políticas y requisitos de divulgación en los que se contemple la identificación de posibles conflictos de interés entre los miembros de los comités y los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta. Ningún miembro del comité de farmacia y terapéutica podrá tener relación o interés alguno, financiero o de otra índole, con los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta.

El Comité de Farmacia y Terapéutica actualizará e implementará actualizaciones y cambios en el formulario u otro procedimiento de manejo, de manera oportuna, a base de:

- ✓ Nueva evidencia científica y médica u otra información relacionada con los medicamentos de receta que figuren en el formulario o estén sujetos a otro procedimiento de manejo y nueva evidencia científica y médica sobre medicamentos de receta recién aprobados y de

otra índole que no figuren en el formulario o estén sujetos a algún otro procedimiento de manejo, para determinar si se debe hacer un cambio al formulario o procedimiento de manejo;

- ✓ si fuera aplicable, información que reciba “EL PLAN” respecto a solicitudes de excepción médica para permitir que el comité de farmacia y terapéutica evalúe si los medicamentos que figuran en el formulario o que están sujetos a otro procedimiento de manejo, cumplen con las necesidades de las personas cubiertas; e
- ✓ información sobre la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta que figuran en el formulario o están sujetos a otro procedimiento de manejo, información sobre medicamentos de receta que sean clínicamente similares o bioequivalentes pero que no figuran en el formulario ni están sujetos a otro procedimiento de manejo, información que surja de las actividades de garantía de calidad de “EL PLAN”, o información incluida en reclamaciones recibidas después de la revisión más reciente del comité de farmacia y terapéutica de dichos medicamentos de receta.
- ✓ “EL PLAN” requerirá que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la “Food and Drug Administration” (FDA, por sus siglas en inglés) en un término no mayor de 90 días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En un término no mayor de 90 días, contados a partir de que el nuevo medicamento de receta entre al mercado, el Comité de farmacia y terapéutica deberá emitir su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho nuevo medicamento de receta.

Todo medicamento genérico bioequivalente que esté aprobado por la FDA será incluido automáticamente en su cubierta. Para las excepciones, favor de ver la próxima sección, Exclusiones de la Cubierta de Medicinas. “EL PLAN” podrá hacer, durante la vigencia de la cubierta, hacer cambios en el formulario o en otros procedimientos de manejo de medicamentos de receta, si el cambio obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. A estos efectos notificará, o hará las gestiones para que algún tercero notifique dicho cambio a:

- ✓ Todas las personas cubiertas y a las farmacias participantes, solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario con 30 días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión.

2. Requisitos y procedimientos para la aprobación de excepciones médicas

2.1 El proceso de Solicitud de Excepción aplica solo a despacho medicamentos:

2.1.1 No incluidos en el Formulario

2.1.2 Con dosis que excedan los criterios establecidos

- 2.1.3 Con limitación de cantidad (QL) que no cumpla los criterios establecidos
 - 2.1.4 Con limitación de edad (AL) que no cumpla los criterios establecidos
 - 2.1.5 Con Pre-autorización (PA) que no cumpla los criterios establecidos
 - 2.1.6 Con protocolo de terapia escalonada (ST) que no cumpla los criterios establecidos
- 2.2 “EL PLAN”, provee acceso a beneficios de medicamentos de receta. Dicho beneficio se maneja mediante el uso de un formulario o la aplicación de limitaciones de dosis, dependiendo de la cubierta del suscriptor. En los casos que determinado medicamento recetado no se cubra para la cantidad de dosis recetada, o que tenga un requisito de terapia escalonada, de manera que no se cubra un medicamento recetado hasta que se cumplan los requisitos del procedimiento de manejo en particular, “EL PLAN” ha establecido y mantendrá un procedimiento para solicitar excepciones médicas que permita que la persona cubierta, o su representante personal, solicite la aprobación de este. “EL PLAN” ofrecerá cubierta inmediata temporera para una receta inicial del medicamento recetado durante el proceso de solicitud de excepciones médicas y hasta que se le notifique por escrito la determinación final, cuando el médico o profesional de la salud que expidió la receta haga constar por escrito que el medicamento de receta solicitado es medicamento necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición de la persona cubierta o suscriptor entre otros tales como:
- 2.2.1 Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;
 - 2.2.2 cubierta continuada de determinado medicamento de receta que “EL PLAN” habrá de discontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o
 - 2.2.3 una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.
 - 2.2.4 El medicamento de receta este excluido del formulario de medicamentos.
- 2.3 El Plan ofrecerá cubierta inmediata temporera para una receta inicial del medicamento recetado durante el proceso de solicitud de excepciones médicas y hasta que notifique por escrito su determinación final, cuando el médico o profesional de la salud que expidió la receta haga constar por escrito que el medicamento de receta solicitado es medicamento necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición de la persona cubierta; aun cuando dicho medicamento de receta sea de los cuales se excluya del formulario de medicamentos del plan médico de la persona cubierta o esté sujeto a un procedimiento de manejo de medicamentos de receta que se establecen en este Artículo. El Plan pagará a la

farmacia la receta inicial del medicamento despachado, en lo que determina la adjudicación de cubierta del medicamento recetado. La farmacia podrá presentar una factura electrónica al Plan para el pago de la receta inicial de medicamentos despachados y aceptará la facturación electrónica y no requerirá una factura física o de papel como condición para el pago. De manera que, en ninguna circunstancia, la persona cubierta, se quedará desprovista de su medicamento de receta mientras está en un proceso de solicitud de excepciones médicas conforme lo establece este Artículo, o la presentación de una querrela a tenor con el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores del CSSPR. Esta norma para una cubierta temporera de las recetas iniciales de medicamentos recetados no afectará las regulaciones existentes sobre medicamentos en transición. No obstante, lo anterior, las disposiciones de este inciso deberán cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema.

El Plan incluirá en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido (“cost sharing, out-of-pocket maximun”), cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida al suscriptor por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del paciente en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos, coaseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida. Estas aportaciones, descuentos y cupones del manufacturero estarán disponibles y podrán ser utilizados en todos los proveedores de salud, conforme a los requisitos del programa, sin importar el lugar de adquisición del descuento o cupón. Se prohíbe el uso del acumulador de beneficios, maximizador o cualquier otro programa similar que tenga el efecto de implementar una restricción a la responsabilidad establecida en este inciso.

2.4 La persona cubierta, o su representante personal, solamente podrá hacer una solicitud conforme al Artículo 4.070 de la Ley Núm. 194 de 29 de agosto de 2011, la cual deberá constar por escrito, si la persona que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es medicamento necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta porque:

2.4.1 No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica de la persona cubierta;

2.4.2 el medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada:

2.4.2.1 Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta y las características conocidas del régimen del medicamento de receta,

es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente; o

2.4.2.2 ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona cubierta; o la persona cubierta ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.

2.4.3 La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

2.5 “EL PLAN” requerirá que la persona cubierta o su representante personal, provea una certificación (Forma CC-AS-04-002: Solicitud de Excepciones Médicas) de la persona que expide la receta sobre la determinación que se hizo.

2.5.1 En dicha certificación se requiere la siguiente información:

2.5.1.1 Nombre, número de contrato, número de suscriptor;

2.5.1.2 historial del paciente;

2.5.1.3 diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica;

2.5.1.4 razón por la cual:

2.5.1.4.1 El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular;

2.5.1.4.2 el medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada; o

2.5.1.4.3 la dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis;

2.5.1.5 el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica se necesita para el paciente, o, si la solicitud se relaciona con una

limitación de dosis, la razón por la que se requiere la excepción a la limitación de dosis para ese paciente en particular.

2.6 Al recibo de una solicitud de excepción médica hecha conforme a este Artículo, “EL PLAN”, confirmara que la solicitud sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al hacer su determinación sobre la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona cubierta para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

2.6.1 Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y

2.6.2 si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica “EL PLAN”, u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.

2.7 Los profesionales de la salud designados por “EL PLAN”. para revisar las solicitudes de excepción médica, confirmaran que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en “EL PLAN” médico de la persona cubierta. Los profesionales de salud designados para revisar las solicitudes de excepción médica poseen experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones se harán constar en un informe debidamente y en el mismo se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron tal determinación.

2.8 El procedimiento de solicitud de excepciones médicas que se dispone en este Artículo requerirá que “EL PLAN”. tome la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha determinación a la persona cubierta, o a su representante personal, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta, pero en ningún caso a más de 72 horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha del recibo de la certificación, en el caso que la organización solicite la misma conforme al apartado B (2), cual fuere posterior de las fechas.

2.8.1 Si “EL PLAN” no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:

2.8.1.1 La persona cubierta tendrá derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud hasta por treinta (30) días; y

2.8.1.2 “EL PLAN” tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona cubierta finalice de consumir el medicamento suministrado.

- 2.8.2 Si “EL PLAN” no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona cubierta termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona cubierta y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.
- 2.9 Si se aprueba una solicitud de excepción médica hecha conforme a este Artículo, “EL PLAN” proveerá cubierta para el medicamento de receta objeto de la solicitud y no requerirá que la persona cubierta solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos de receta del plan médico, siempre y cuando:
- 2.9.1 La persona que le expidió la receta a la persona cubierta siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica; y
- 2.9.2 se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta.
- “EL PLAN” no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de excepción médica.
- 2.10 Toda denegación de una solicitud de excepción médica hecha por “EL PLAN”:
- 2.10.1 Se notificará a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona cubierta ha acordado recibir la información por esa vía;
- 2.10.2 se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito; y
- 2.10.3 se podrá apelar mediante la presentación de una querella a tenor con el Procedimientos Internos de Querellas” EL PLAN”, el cual está a tenor con el Capítulo de Procedimientos Interno de Querellas del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- 2.11 La denegación expresará de una manera comprensible a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal:
- 2.11.1 Las razones específicas de la denegación;

- 2.11.2 referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud;
 - 2.11.3 instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación; y
 - 2.11.4 una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querrela para apelar la denegación conforme al Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Servicios de Salud de este Código, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.
- 2.12 En los casos de medicamentos de mantenimiento, cuando el historial de la persona cubierta así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud, el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de 180 días, sujeto a las limitaciones de la cubierta del plan médico.
- 2.13 No se interpretará que este procedimiento permite que la persona cubierta pueda usar el procedimiento de solicitud de excepción médica aquí dispuesto para solicitar la cubierta de un medicamento de receta que esté excluido categóricamente de la cubierta de su plan médico.

3. DESPACHO DE FARMACIA

- 3.1 El beneficio de medicinas incluye los siguientes límites por despacho:
- 3.1.1 Para ver límites de Despacho ver PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES en este contrato.
 - 3.1.2 Medicamentos para condiciones agudas; hasta un máximo de 15 días; 0 repeticiones
 - 3.1.3 Medicamentos de Mantenimiento Despacho de 30 días y hasta un máximo de 5 repeticiones.
 - 3.1.4 Medicamentos relacionados a condiciones de salud mentales no están limitados a ser prescritos por psiquiatras o neurólogos.
- 3.2 Los medicamentos recetados estarán sujetos a los copagos y/o coaseguros en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES en este contrato. Algunos medicamentos podrían requerir pre-autorización, límites de cantidad (QL), límites de edad (AL) y/o terapia escalonada. En el

evento de disponibilidad de genérico de algún medicamento de marca, el mismo será siempre primera opción.

XIII. Exclusiones y Limitaciones de la cubierta de farmacia

1. Gastos o cargos que están expresamente excluidos en la Cubierta Básica.
2. Despacho de medicamentos de marca con genéricos disponibles se le aplicara el coaseguro de marca establecido en esta cubierta más la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca.
3. Productos utilizados con fines diagnósticos.
4. Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de ley.
5. Están excluidos Drogas o medicamentos que no requieren una receta del médico, tales como los medicamentos “Over the Counter”.
6. Agentes inmunizadores están excluidos excepto, las vacunas incluidas en esta cubierta.
7. Están excluidos la sangre, sueros biológicos, plasma sanguíneo, productos cosméticos, artículos de belleza y/o salud estética.
8. Para los medicamentos que se especifican a continuación se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito que no excedan de 30 días de tratamiento cada una, por un periodo máximo de 5 repeticiones y se garantizarán hasta 180 días de tratamiento a partir de la fecha de la receta original incluyendo la original.
 - 8.1 Medicamentos para la diabetes
 - 8.2 Medicamentos para el asma
 - 8.3 Vitaminas prenatales para las personas con cubierta de maternidad
 - 8.4 Medicamentos para el Parkinson
 - 8.5 Vasodilatadores
 - 8.6 Anticonvulsivos
 - 8.7 Medicamentos para el tratamiento de condición de tiroides
 - 8.8 Nitroglicerina
 - 8.9 Medicamentos para condiciones cardiovasculares
9. Artefactos o artículos terapéuticos, incluyendo agujas hipodérmicas, jeringuillas y vestimenta quedan excluidos de esta cubierta.
10. Drogas recetadas que pueden ser obtenidas sin costo bajo programas locales, estatales o federales.

11. Cualquier cargo por la administración de drogas recetadas o insulina inyectable que no estén incluidos como parte de esta cubierta.
12. Drogas experimentales o drogas con la leyenda: “Precaución limitada por la Ley Federal para usos de investigación” o usos no aprobados de drogas. En el caso de pacientes que padezcan de una condición que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, cuando dicho paciente sea elegible para participar en un estudio de tratamiento clínico autorizado, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del paciente le ofrezca a éste un beneficio potencial y se cumpla con la condición de que el médico que refiera al paciente a participar en el estudio entienda que es apropiada su participación, o que el paciente presente evidencia de que es apropiada su participación en el estudio, la entidad suscriptora costeará los gastos médicos rutinarios del paciente, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios del paciente” los gastos relacionados con el estudio, o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.
13. Repeticiones de una receta que excedan la cantidad especificada en este contrato.
14. Cargos por repeticiones de fármacos o medicamentos que son despachados en un período que exceda los 180 días subsiguientes a la fecha en la cual fueron recetados originalmente por el médico, conforme a la Ley Núm. 282 del 15 de mayo de 1945, según enmendada.
16. Medicamentos de infertilidad o fertilidad y/o hormonas de crecimiento.
16. Cualquier cantidad de drogas o medicamentos despachados que excedan la cantidad indicada para despacho.
17. Drogas utilizadas y sus derivados para tratar la condición de impotencia, disfunción eréctil, para la pérdida de pelo, para tratamiento relacionado con dietas o control de peso. No se pagarán beneficios de drogas utilizadas para dejar de fumar, excepto aquellas que son utilizadas como parte del tratamiento al uso y dependencia al tabaco y sus derivados.
18. Esteroides anabólicos.
19. Suplementos alimenticios, vitaminas y minerales, el ácido fólico y suplementos de hierro para niños que estará cubierto como parte de los servicios preventivos conforme lo requiere la regulación “Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Service under the Patient Protection and Affordable Care Act”.
20. Medicamentos despachados por farmacias no participantes de la red.

21. Medicamentos que tienen que tomarse o administrarse a un individuo, completa o parcialmente, mientras este sea paciente en un hospital, casa de convalecencia, o institución similar que opere con los permisos pertinentes una facilidad con despacho para medicamentos.
22. Inmunosupresores
23. Servicios después de expirado este contrato o cancelado el mismo.
24. Anoréxicos
25. Despacho de medicamentos para un periodo mayor de 30 días.
26. Cualquier porción de un medicamento de especialidad o medicamento inyectable autoadministrado, recibido por una farmacia al detal o una farmacia especializada que exceda un suplido para 30 días.
27. Repeticiones de recetas:
 - 27.1 En exceso de la cantidad especificada por el médico; o
 - 27.2 Despachadas más de un año después de la fecha de la orden original.
28. Medicamentos despachados por correo.
29. Pediculicidas.
30. Medicamentos prescritos por el padre, madre, hermanos(as), hijos(as), primos(as), tíos(as), abuelos(as) y cónyuges o cohabitantes del suscriptor.
31. Medicamentos para el acné.
32. Minoxidil en todas sus formas.
33. Medios de contraste utilizados en MRI's, CT's.
34. Medicamentos para el tratamiento de enfermedades o condiciones no contempladas en este contrato.
35. Vacunas, excepto aquellas cubiertas en el Anejo B.1- Resumen de Beneficios Médicos.
36. Toxoides, sangre o sueros biológicos no serán cubiertos.

37. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos que no estén incluidos en la cubierta de trasplante.
38. Cualquier receta o repetición de receta por medicamentos que hayan sido perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados.
39. Cualquier medicamento para el cual se requiere una autorización previa, que no haya sido obtenida.
40. Anticonceptivos que no sean aprobados por la FDA. Además, no se cubrirán anticonceptivos aprobados por la FDA sin receta del médico.
41. Medicinas que tienen que ser tomadas o administradas en dosis completas o parciales, mientras el suscriptor esté hospitalizado o en un hogar de convalecencia, sanatorio, facilidad de cuidado extendido o cualquier institución similar, en la cual en sus premisas se le permite operar una facilidad para dar medicinas o productos farmacéuticos o en el lugar que se prescriba u ordene.

XIV. Cubierta Dental

1. Aplicarán los copagos y coaseguros establecidos en la PARTE XIX, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.
2. **Exclusiones de la Cubierta Dental:**
 - 2.1 Cargos excluidos de la Cubierta Básica.
 - 2.2 Cargos incurridos por educación o adiestramiento en nutrición, limpieza oral y control de placa dental.
 - 2.3 Cargos incurridos por tratamientos dentales que no son aprobados por la Asociación Dental Americana o que son de naturaleza experimental.
 - 2.4 Cargos incurridos en el curso de un tratamiento dental o de ortodoncia iniciado antes de que la persona estuviera suscrita para este beneficio. Esto incluye cargos por cualquier corona, prótesis para sustituir piezas naturales, puente o dentadura postiza ordenada antes de que la persona estuviera suscrita bajo este beneficio.
 - 2.5 Cargos incurridos por una cita que el suscriptor no pudo cumplir.
 - 2.6 Cargos incurridos por la reparación o reemplazo de un artefacto ortodóntico.

- 2.7 Cargos por materiales incurridos para el tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporomandibular.
- 2.8 Cargos incurridos para corregir la oclusión.
- 2.9 Sustitución de puentes removibles por puentes fijos por razones de alergia.
- 2.10 Servicios comenzados antes del paciente tener la cubierta.
- 2.11 Cargos por anestesia general, excepto que se proveerá cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios dentales en el contrato para los siguientes casos;
 - 2.11.1 cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica;
 - 2.11.2 cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;
 - 2.11.3 cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;
 - 2.11.4 cuando la anestesia local será inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;
 - 2.11.5 cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;
 - 2.11.6 cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.

- 2.11.7 Una pre-autorización será requerida para proveer los servicios de anestesia general y servicios de hospitalización, según determine un dentista pediátrico, cirujano oral o maxilofacial. RHP deberá aprobar o denegar la misma dentro de dos (2) días, contados a partir de la fecha en que el suscriptor someta todos los documentos requeridos que son los siguientes:
 - 2.11.7.1 el diagnóstico del paciente;
 - 2.11.7.2 la condición médica del paciente, y
 - 2.11.7.3 las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental de acuerdo con lo dispuesto en Artículo 1 de la Ley Núm. 352 del año 1999
- 2.12 Cargos por tratamientos cosméticos.
- 2.13 Cargos incurridos por cualquier lesión o enfermedad para la cual el suscriptor tiene derecho a los beneficios bajo la Ley de Compensación al Trabajador o Ley de Enfermedad Ocupacional, o recibe algún estipendio por parte de un Agente de Compensación del Trabajador, tales como: Servicios compensados por algún programa del Gobierno Federal o Estatal (Veterano, ACAA, Fondo del Seguro del Estado, etc.).
- 2.14 Cargos por manejo del paciente.
- 2.15 Cargos por servicios o materiales que el paciente no esté obligado a pagar.
- 2.16 Cargos para corregir anomalías congénitas excepto los recién nacidos y niños recién adoptados o colocados para adopción conforme el Cap. 54 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- 2.17 Cargos por tratamientos para rehabilitación oral o el reemplazo de estos.
- 2.18 Servicios de implantes.
- 2.19 Escisión de quistes maxilares mandibulares.
- 2.20 Cualquier otro cargo no incluido en los beneficios de este contrato y que no está protegido por disposiciones legales locales o federales.
- 2.21 Servicios de Ortodoncia

VIII. Seguro de vida

1. Resumen de cubierta

”EL PLAN” ofrece a través de [Universal Life Insurance Company], como beneficio a sus suscriptores menores de 65 años, cubierta de Seguro de Vida, Muerte Accidental y Desmembramiento.

2. Seguro de Vida de Término Renovable Anualmente - La compañía pagará al beneficiario designado el seguro de vida en vigor a la fecha de fallecimiento del empleado suscriptor la cantidad de \$5,000.
3. Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento - Si el empleado suscriptor sufre una de las pérdidas especificadas en la cubierta como consecuencia de un accidente, la compañía pagará al beneficiario designado la cantidad de \$5,000.
4. Desmembramiento - si el suscriptor sufre una de las pérdidas indicadas como consecuencia de lesiones accidentales, la Compañía pagará al suscriptor, según se indica:
5. Suma Principal:
 - 5.1 Pérdida de ambas manos o ambos pies o la visión por ambos ojos.
 - 5.2 Una mano y un pie o, una mano o un pie y la visión por un ojo,
 - 5.3 El habla y la audición
6. Mitad de la Suma Principal:

Una pierna o un brazo, una de las manos o pies, el habla o la audición, la visión por un ojo
7. Cuarta Parte de la Suma Principal:

El dedo pulgar y el dedo índice de la misma mano.
8. Endoso de Beneficio Acelerado por Muerte - El suscriptor puede solicitar recibir una parte de la cantidad de seguro de vida hasta un máximo del 80% y un mínimo de \$3,000 del seguro de vida al ser diagnosticado por un médico autorizado a practicar la medicina en Puerto Rico o Estados Unidos con una enfermedad cuya expectativa de vida del suscriptor sea de 12 meses o menos.
9. Relevo de Pago de Primas - Si el suscriptor se incapacita totalmente antes de los 60 años, la Compañía lo exonerará del pago de la prima. Excepto por lesiones auto infligidas intencionalmente, guerra o acto de guerra, declarada o no declarada, servicio militar, sirviendo en las fuerzas naval o aérea de cualquier país o cuerpo internacional, participando en un disturbio o insurrección.
10. Exclusiones de Cubierta de Vida

- 10.1 Lesiones auto infligidas intencionalmente.
- 10.2 Suicidio o cualquier atentado o amenaza mientras este sano o no sano.
- 10.3 Guerra o acto de guerra, declarada o no declarada.
- 10.4 Servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.
- 10.5 Enfermedad, embarazo, nacimiento de bebé, pérdida de bebé, infección de bacteria; excepto por aquellas complicaciones del embarazo y aquellas condiciones las cuales son causadas o sostenidas por una lesión accidental en el cuerpo o la ingestión accidental de una sustancia contaminada.
- 10.6 Operar o aprendiendo a operar, o sirviendo como miembro de un grupo de una nave aérea o mientras este en una nave aérea operada por o bajo la autoridad militar (excepto si es una nave de transporte de las fuerzas armadas de un país), o mientras este en una nave utilizada para pruebas o propósitos experimentales, o mientras este en una nave propiedad o rentada por el suscriptor o patrono participante o sus afiliadas o subsidiarias;
- 10.7 Acusado por la comisión de un robo o acto criminal;
- 10.8 Estando bajo la influencia de sustancias narcóticas a menos que hayan sido administradas por un médico o ingeridas accidentalmente.

11. Tabla de reducción de beneficio

Reducción en edad	Para los suscriptores, el beneficio de cubierta de vida se reduce en un 35% de su cantidad original a las edades de 65,70,75 y en 25% a la edad de 80,85,90,95
-------------------	--

12. Proceso de designación de beneficiario

Los suscriptores deberán completar el formulario de designación de beneficiarios. Los beneficiarios se designan de la siguiente manera:

Beneficiario primario – persona que recibe el beneficio en caso de su muerte.

Beneficiario contingente – persona que recibe el beneficio si las personas nombradas como primarios no están vivas.

Un beneficiario puede ser: un familiar, un particular, una entidad o un fideicomiso.

La distribución deberá totalizar un 100% (ej. Esposa 50%, hijo 25%, hijo 25%)

XVI. Información de Contacto

1. Información de contacto del Plan en caso de preguntas

Oficinas Regionales:

Aibonito

Desvío Salesianos Calle Pablo Ortiz
PO BOX 44, Aibonito, PR 00705
Tel.: 1-866-221-9636
Fax: (787) 735-2961

Caguas

Avenida Degetau F-2
Boneville Terrace
Caguas, PR
Tel.: 1-866-221-9636
Fax: (787) 735-2961

Cayey

Plaza Cayey Carretera #1, Al lado de
tienda PepBoys
Tel.: 1-866-221-9636
Fax: (787) 735-2961

Guayama

La Fuente Town Center
Avenida Pedro Albizu Campos
Calle Marginal #706
Guayama, PR
Tel.: 1-866-221-9636
Fax: (787) 735-2961

XVII. Proceso de Querellas, Apelaciones y Reclamaciones

DERECHOS EN CUANTO A QUEJAS/AGRAVIOS Y/O APELACIONES

El suscriptor tiene derecho a someter una queja, agravio y/o apelación de acuerdo con el Artículo 12 de la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, "Derechos a cuanto a quejas y agravios".

En caso de que el suscriptor tenga alguna queja o duda sobre la Cubierta de Servicios, según definida en su contrato, éste podrá presentar una reclamación una reclamación/querella visitando o llamando a la oficina de servicios más cercana o por escrito, donde se atenderá diligentemente el reclamo y se tomarán las medidas necesarias para resolver el planteamiento de la manera más eficiente y rápida posible. Los representantes de Servicio al Cliente están disponibles de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm. La organización tomará en consideración la disposición "Aviso de Reclamación" del contrato en caso de que el suscriptor presente una reclamación.

Existe, además, un procedimiento formal de querellas, el cual garantiza a los suscriptores la radicación, recibo y pronta decisión de las querellas y reclamaciones; ya que nuestro fin es mantener a nuestros suscriptores satisfechos con el servicio brindado y lograr que se cumplan y no se quebranten los derechos y responsabilidades de las partes implicadas. Plan de Salud Menonita ha establecido los mecanismos adecuados de forma tal que se investiguen responsable y completamente todas las querellas y reclamaciones radicadas. Se recibirá toda la prueba sometida por los querellantes, sin rechazar ninguna

prueba, por considerar que no es suficiente o adecuada para establecer su reclamación cuando éste esté accesible

Procedimiento Registro de Querellas

1. “EL PLAN” mantendrá un registro escrito para documentar todas las querellas recibidas durante cada año natural (el registro).
2. Las solicitudes de revisión de primer nivel de las querellas relacionadas con una determinación adversa se procesarán según el Artículo 22.070. Las solicitudes de revisión ordinaria de las querellas no relacionadas con una determinación adversa se procesarán según el Artículo 22.080.
3. Para cada querella, el registro contendrá, como mínimo, la siguiente información:
 - a. Una descripción general de la razón o razones por las cuales se presentó la querella;
 - b. La fecha en que se recibió;
 - c. La fecha de cada revisión o, si fuera aplicable, de cada reunión de revisión;
 - d. La decisión/resolución que se emitió en cada nivel de revisión, si fuera aplicable;
 - e. La fecha de la decisión/resolución en cada nivel de revisión, si fuera aplicable; y
 - f. El nombre de la persona cubierta o suscriptor querellante.
 - g. Al recibir la querella el (la) Director (a) de Cumplimiento procederá a poncharla con la fecha y hora de recibir la misma.
 - h. El (la) Director (a) de Cumplimiento le asignará un número de registro con las siglas PSMQ (Plan De Salud Menonita Querellas) que incluye el mes en que se recibe y la posición que hace en el registro de Querellas.
 - i. EJ: PSMQ-2022(Año)-12(Mes)-01(Núm. Querella en el año)
4. El registro se mantendrá de una manera clara y accesible al Comisionado.

Procedimiento para establecer una querella

Para establecer alguna querella o reclamar algún derecho o servicios con relación a su cubierta de servicios de salud, el suscriptor deberá seguir el procedimiento establecido a continuación:

1. Presentar por escrito su queja o reclamación ante Plan de Salud Menonita visitando cualquiera de las Oficinas de Servicio al Cliente más cercana o por correo al PO BOX 44 Aibonito, PR 00705, enviando su petición al Comité de Querellas de Plan de Salud Menonita. La misma debe tener la siguiente información:
 - a) Carta con la intención de parte del suscriptor.
 - b) Copia tarjeta del plan.

2. De tratarse de un asunto extraordinario se le notificará al Comisionado de Seguros por medio de una carta las razones por las cuales se requiere un término adicional de 20 días para contestar la misma.
3. Una vez se investiguen todos los aspectos de la querella, se emitirá una resolución por escrito, en la cual se notificará a todas las partes envueltas en el caso. Dicha resolución contendrá aviso al efecto de que el querellante tiene derecho de apelar. En este caso, dirigirá su correspondencia a: Departamento de Querellas y Apelaciones al P.O. Box 44, Aibonito PR 00705.

Plan de Salud Menonita notificará al Comisionado de Seguros acerca de una copia de toda querella que se presente y de la decisión tomada en cada caso. Si el querellante presenta su querella directamente a la Oficina del Comisionado de Seguros, entonces Plan de Salud Menonita notificará al Comisionado de Seguros tan pronto se reciba la notificación de la querella.

El suscriptor tiene derecho a ser asistido por un funcionario del gobierno como el Procurador de la Salud o el Procurador del Ciudadano o un abogado de su preferencia; que tienen acceso a su expediente médico; que pueden presentar evidencia escrita o testifical; y que tienen derecho a recibir los beneficios, según se determine en el proceso. Los suscriptores tienen derecho a que Plan de Salud Menonita establezca un sistema de apelación ante una entidad externa e independiente que cumpla con los requisitos que el Comisionado establezca. Todo suscriptor tiene derecho a que se establezca un proceso de evaluación expedita en los casos de emergencia que pongan en riesgo su salud.

Procedimiento para establecer una Querella relacionada con una Determinación Adversa

Para establecer alguna querella relacionada con una determinación adversa, el suscriptor deberá seguir el procedimiento establecido en la Ley Núm. 194 de 29 de agosto de 2011 y que se muestra a continuación:

1. A más tardar 180 días del recibo de la notificación de una determinación adversa (determinación que según “EL PLAN” no cumple con los requisitos de necesidad médica), el suscriptor, o su representante personal, podrá radicar una querella ante “EL PLAN” en la que se solicita una revisión de primer nivel de la determinación adversa.
2. “EL PLAN” proveerá al suscriptor el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona u organización designada para coordinar la revisión de primer nivel a nombre de Plan de Salud Menonita.
3. La persona deberá presentar por escrito su queja o reclamación ante “EL PLAN” visitando cualquiera de las Oficinas de Servicios más cercana o por correo al PO BOX 44 Aibonito, PR 00705. La misma debe tener la siguiente información:
 - a. Carta con la intención de parte del suscriptor.
 - b. Copia tarjeta del plan.
 - c. Copia del rechazo, si aplica.

- d. Justificación médica, si aplica. El suscriptor o, si fuera aplicable, sus representantes personales, tienen el derecho de presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión y recibir de Plan de Salud Menonita o, a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la querella.
4. Al recibir la querella el (la) Director (a) de Cumplimiento procederá a poncharla con la fecha y hora de recibir la misma.
5. El (la) Director (a) de Cumplimiento le asignará un número de registro con las siglas PSMQ (Plan De Salud Menonita Querellas) que incluye el mes en que se recibe y la posición que hace en el registro de Querellas.
EJ: PSMQ-2022(Año)-12(Mes)-01(Núm. Querella en el año)
6. Si la querella surge como resultado de una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, “EL PLAN” designará uno o varios homólogos clínicos de la misma especialidad, o especialidad similar a los profesionales de la salud que, normalmente manejarían el caso para el cual se hizo dicha determinación adversa. Los homólogos clínicos designados no pueden haber participado en la determinación adversa inicial.
7. “EL PLAN” se asegurará de que, si designa a más de un homólogo clínico para la revisión, éstos tengan la pericia adecuada.
8. Los revisores tomarán en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como cualquier información relacionada a la solicitud de revisión presentada por los suscriptores, independientemente de que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.
9. Las personas cubiertas o suscriptores o, si fuera aplicable, sus representantes personales, tienen el derecho de:
- a. Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión; y
 - b. Recibir de la organización de seguros de salud, a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la querella.
10. Para los fines del subpunto número 9, se considerará que los documentos, registros o cualquier información será pertinente para la radicación de la querella de la persona cubierta o suscriptor si los mismos:
- a. Fueron usados en la determinación de beneficios;

- b. Se presentaron, consideraron o generaron con relación a la determinación adversa, aunque la determinación del beneficio no dependiera de dichos documentos, registros u otra información;
 - c. Demuestran que, al hacer la determinación, la organización de seguros de salud siguió, de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas cubiertas o suscriptores en circunstancias similares; o
 - d. Constituyen declaraciones de política o directrices del plan médico relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta o suscriptor, independientemente si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.
11. “EL PLAN” le informara al suscriptor o, si fuera aplicable, a sus representantes personales, de los derechos que le asisten, a más tardar 3 días laborables del recibo de la querella.
12. A los fines de calcular los plazos que se establecen en el punto 13 para la determinación y notificación, los plazos comenzarán cuando “EL PLAN” reciba la querella, independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación.
13. Si “EL PLAN” entiende que la querella no contiene toda la información necesaria para hacer una determinación, le indicará claramente al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, las razones por las cuales considera que no puede tramitar la querella, indicando los documentos o información adicional que deberá someter.
14. “EL PLAN” emitirá su determinación por escrito, o por medios electrónicos si la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, su representante personal, ha acordado recibir la notificación por esta vía, dentro de plazos establecidos.
15. En relación a una querella en la cual se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión prospectiva, “EL PLAN” notificará y emitirá su determinación dentro de un plazo razonable, de acuerdo con la condición médica del suscriptor, pero nunca más tarde de 15 días calendario del recibo de la querella.
16. Toda querella en la que se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva, “EL PLAN” notificará y emitirá su determinación en un plazo razonable, pero nunca más tarde de 30 días calendario del recibo de la querella.
17. La determinación emitida conforme a los puntos 14,15,16 expresará de manera comprensible para el suscriptor, si fuera aplicable, para su representante personal:
- a. Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores)
 - b. Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella

- c. La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que el suscriptor, si fuera aplicable, su representante personal, pueda responder a los planteamientos de “EL PLAN”
 - d. La evidencia o documentación usada como base de la determinación.
18. En el caso de que la determinación de “EL PLAN” luego de realizar una revisión de primer nivel, resulte adversa, se incluirá, además, lo siguiente:
- a. Las razones específicas de la determinación adversa;
 - b. Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
 - c. Una declaración que haga mención del derecho que tiene el suscriptor tiene derecho a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente.
 - d. Si para formular la determinación adversa “EL PLAN” se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud del suscriptor, o si fuera aplicable, de su representante personal;
 - e. Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, o una declaración de que se proveerá una explicación a el suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, de manera gratuita, a su solicitud; y
 - f. Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
 - (i) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación. Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación.
19. Si fuera aplicable, y enfatizando el carácter voluntario, la siguiente declaración: “EL PLAN” y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tales como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros; y
20. Notificación del derecho que asiste a el suscriptor comunicarse con la Oficina del Comisionado de Puerto Rico (OCS) o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, llamando al (787)304-8686, por correo a 361 Calle Calaf, PO Box 195415, San Juan, PR 00919 o visitando las oficinas de la OCS en Edificio World Plaza, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918 o la Oficina del Procurador de la Salud llamando al (787)977-0909, por correo a PO Box 11247 San Juan, PR 00910-2347

Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa

- A. “EL PLAN” tiene establecido procedimientos escritos para las revisiones ordinarias de querellas no relacionadas a una determinación adversa.
- B. Los procedimientos permitirán que el suscriptor, o su representante personal, presente una querella no relacionada a una determinación adversa ante “EL PLAN” conforme a las disposiciones de este Artículo.

1. El suscriptor, si fuera aplicable, su representante personal, tiene derecho a presentar documentos escritos para la consideración de las personas designadas por “EL PLAN” para llevar a cabo la revisión ordinaria.
2. “EL PLAN” informará al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, dentro de 3 días laborables del recibo de la querella, los derechos que le asisten, conforme al inciso 1.
3. Al recibo de la querella, “EL PLAN” designará una o más personas para realizar la revisión ordinaria.
4. Al recibir la querella el (la) Director (a) de Cumplimiento procederá a poncharla con la fecha y hora de recibir la misma.
5. El (la) Director (a) de Cumplimiento le asignará un número de registro con las siglas PSMQ (Plan De Salud Menonita Querellas) que incluye el mes en que se recibe y la posición que hace en el registro de Querellas.

EJ: PSMQ-2022(Año)-12(Mes)-01(Núm. Querella en el año)

6. Para realizar la revisión ordinaria, “EL PLAN” no designará a la persona que manejó el asunto objeto de la querella.
7. “EL PLAN” proveerá al suscriptor principal o, si fuera aplicable, a su representante personal, el nombre, la dirección y el número telefónico de las personas designadas para realizar la revisión ordinaria de la querella.
8. “EL PLAN” notificará por escrito su determinación a el suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo de la querella.
9. La determinación por escrito emitida conforme al apartado 8 contendrá:
 - a. Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión ordinaria (los revisores).
 - b. Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;

- c. La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que el suscriptor pueda responder a los planteamientos de “EL PLAN”;
- d. Referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación;
- e. Notificación del derecho que asiste a el suscriptor comunicarse con la Oficina del Comisionado de Puerto Rico (OCS) o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, llamando al (787)304-8686, por correo a 361 Calle Calaf, PO Box 195415, San Juan, PR 00919 o visitando las oficinas de la OCS en Edificio World Plaza, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918 o la Oficina del Procurador de la Salud llamando al (787)977-0909, por correo a PO Box 11247 San Juan, PR 00910-2347.

Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

“EL PLAN” tiene establecido por escrito su procedimiento para la revisión acelerada de solicitudes de cuidado urgente, relacionadas con una determinación adversa.

1. El suscriptor, o su representante personal, solicite a la organización de seguros de salud una revisión acelerada, según se dispone en este Artículo, verbalmente o por escrito.
2. “EL PLAN” designará para la revisión acelerada homólogos clínicos de la misma especialidad o especialidad similar a la de la persona que normalmente manejaría el caso que se revisa. Dichos homólogos no deben haber participado en la determinación adversa inicial.
3. En una revisión acelerada, toda la información necesaria, incluida la determinación de la organización de seguros de salud, se transmitirá entre la organización de seguros de salud y la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, su representante personal, por teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.
4. La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará a la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, conforme al punto número 6 con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o suscriptor, pero en ningún caso a más de 48 horas del recibo de la solicitud de revisión acelerada.
5. Para fines de calcular los plazos en que se requiere que se tome la decisión y se notifique conforme al apartado 4, el plazo comenzará en la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada con “EL PLAN”, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.
6. La notificación de la decisión detallará lo siguiente, de una manera comprensible para la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, para su representante personal:
 - (a) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión acelerada (los revisores);

- (b) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la solicitud de revisión acelerada;
- (c) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o suscriptor pueda responder a los planteamientos de la organización de seguros de salud;
- (d) Una referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación; y
- (e) Si la determinación resulta en una determinación adversa, la misma proveerá:
 - (i) Las razones específicas de la determinación adversa;
 - (ii) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
 - (iii) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a la solicitud de la persona cubierta o suscriptor;
 - (iv) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación;
 - (v) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
 - (I) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación adversa, según se dispone en el inciso (e) (iii) o
 - (II) Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso (e) (iv);
 - (vi) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente conforme a las disposiciones del Capítulo sobre “Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud” del CSSPR;
 - (vii) Una declaración en la que se indica el derecho de la persona cubierta o suscriptor a incoar una demanda en el tribunal competente;
 - (viii) La siguiente declaración, enfatizando el carácter voluntario de los procedimientos: “EL PLAN” y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tal como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros”; y

- (ix) Una notificación del derecho de la persona cubierta o suscriptor a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.
7. “EL PLAN” podrá proveer la notificación que se requiere en este Artículo verbalmente, por escrito o electrónicamente.
- (b) Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, se proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar a los 3 días de la notificación verbal.

Revisión Externa Independiente

El propósito de esta sección es proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos de revisión externa que regirán esta cubierta, a fines de garantizar que las personas cubiertas tengan la oportunidad de recibir una revisión independiente de las determinaciones adversas o determinaciones adversas finales que hacen “EL PLAN”. Las mismas se llevarán a cabo a través de un cuerpo independiente Seleccionado por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS) con el nombre de Maximus Federal Services, Inc.

Definiciones

- A. “Certificación” significa un documento que contiene la determinación “EL PLAN”, de revisión de utilización designada, en la que se expresa que se ha revisado el servicio de cuidado de la salud brindado o solicitado y, a base de la información provista, dicho servicio está cubierto por el plan médico y, además, cumple con los requisitos “EL PLAN” “en cuanto a la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio.
- B. “Criterios de revisión clínica” significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa “EL PLAN” para determinar la necesidad e idoneidad de un servicio de cuidado de la salud.
- C. “Determinación adversa” significa una determinación hecha por “EL PLAN”, de revisión de utilización designada, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio o servicio, o no se paga el beneficio o servicio, parcial o totalmente, ya que, a base de la información provista, el beneficio o servicio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de “EL PLAN” en cuanto a la necesidad de salud, idoneidad, lugar en que se presta el servicio de cuidado de la salud, nivel o eficacia del servicio o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa.
- D. “Determinación adversa final” significa la determinación adversa que ha sido confirmada

por “EL PLAN” de revisión de utilización designada, al completarse los procedimientos internos de querella.

- E. “Divulgar” significa dar a conocer, transferir o difundir de alguna manera, información de salud protegida a una persona que no sea la persona objeto de dicha información.
- F. “Evidencia médica o científica” significa evidencia encontrada en alguna de las siguientes fuentes:
- (1) Estudios revisados por homólogos expertos publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;
 - (2) Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y los de Elsevier Science Ltd. en Excerpta Medicus (EMBASE);
 - (3) Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estado Unidos conforme a la Ley Federal de Seguro Social;
 - (4) Los siguientes compendios normativos en inglés:
 - (a) "The American Hospital Formulary Service–Drug Information";
 - (b) "Drug Facts and Comparisons®";
 - (c) "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics"
 - y
 - (d) "The United States Pharmacopoeia–Drug Information";
 - (5) Los hallazgos, estudios o investigaciones realizados por las agencias del Gobierno Federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:
 - (a) La agencia federal “Agency for Health Care Research and Quality”;
 - (b) Los Institutos Nacionales de la Salud;
 - (c) El Instituto Nacional del Cáncer;
 - (d) La “National Academy of Sciences”;
 - (e) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);
 - (f) La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y
 - (g) Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito sea evaluar la eficacia de los servicios

cuidados de la salud o

- (6) Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los apartados (1) al (5) precedente.
- G. “Información de salud” significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera, acerca de sucesos o relaciones con otras personas que afecten:
- (1) La salud física, mental o conductual, o los padecimientos de salud de la persona, o un miembro de la familia de ésta, bien sea en el pasado, el presente o el futuro;
 - (2) Los servicios de cuidado de la salud que se presten a la persona o
 - (3) El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.
- H. “Información de salud protegida” significa información de salud:
- (1) Que identifica a la persona objeto de la información; o
 - (2) Información con respecto a la cual sería razonable entender que se podría usar para identificar a la persona objeto de ésta.
- I. “Manejo de casos” significa un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por “EL PLAN”, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.
- J. “Organización de revisión de utilización” significa la entidad contratada por “EL PLAN” para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la “EL PLAN” quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para “EL PLAN” subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.
- K. “Organización de revisión independiente” significa la entidad que realiza una revisión externa independiente de una determinación adversa o determinación adversa final, hecha por “EL PLAN” de revisión de utilización designada.
- L. “Planificación de alta” significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé de alta de una instalación de cuidado de la salud, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.
- M. “Revisión concurrente” significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una instalación de cuidado de la salud, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes recluidos o ambulatorios.
- N. “Revisión de servicios ambulatorios” significa la revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.

- O. “Revisión de utilización” significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad de salud, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.
- P. “Revisión prospectiva” significa la revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de él plan para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.
- Q. “Revisión retrospectiva” significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleva a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. “Revisión retrospectiva” no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de los niveles de reembolso, la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.
- R. “Segunda opinión” significa la oportunidad o el requisito de obtener una evaluación clínica hecha por un proveedor, que no sea el proveedor que haya hecho la recomendación inicial de un servicio de cuidado de la salud, con miras a evaluar la necesidad de salud e idoneidad de dicho servicio.

“EL PLAN” notificará por escrito a la persona cubierta o suscriptor del derecho que tiene a solicitar que se realice una revisión externa conforme a las disposiciones del Capítulo 28, como sigue:

“Hemos denegado su solicitud de servicios de cuidado de la salud, curso de tratamiento o el pago de estos. Usted podría tener derecho a que profesionales de la salud que no tengan ninguna relación con nosotros revisen esta determinación si, con respecto al servicio de cuidado de la salud o el tratamiento solicitado, nuestra determinación conllevaba una valoración de la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio. A tales efectos, usted podrá radicar una solicitud de revisión externa independiente en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Para más información, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros.”

El proceso es el siguiente:

1. A más tardar los 120 días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, la persona cubierta o suscriptor podrá presentar una solicitud de revisión externa al Comisionado.

2. Al recibo de una solicitud de revisión externa, el Comisionado dispondrá de un día laborable para enviar una copia de la solicitud de revisión externa a la organización de seguros de salud implicado.
3. A más tardar los 5 días laborables siguientes al recibo de copia de la solicitud de revisión externa, “EL PLAN” completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar lo siguiente:
 - a. Si el solicitante era una persona cubierta o suscriptor al momento de solicitar el servicio de cuidado de la salud o, en el caso de una revisión retrospectiva, era una persona cubierta o suscriptor por “EL PLAN” médico al momento en que se prestó el servicio de cuidado de la salud;
 - b. Si se pudiese entender, de manera razonable, que el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final es un servicio cubierto conforme al plan médico, salvo cuando “EL PLAN” hubiese determinado que no está cubierto debido a que no cumple con los requisitos de necesidad médica, idoneidad, lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de cuidado o eficacia del servicio;
 - c. Si la persona cubierta o suscriptor agotó el proceso interno de querellas de “EL PLAN” de, salvo cuando no se requiera agotar dicho proceso interno de querellas conforme al Artículo 28.070 del Código.
 - d. Si la persona cubierta o suscriptor ha provisto toda la información y los formularios requeridos por el Comisionado para procesar las solicitudes de revisión externa, incluido el formulario de autorización para divulgar información de salud que se dispone en el Artículo 28.050(B) (3) del Código de Seguros.

A más tardar el próximo día laborable a partir de completarse la revisión preliminar conforme al punto número 3, “EL PLAN” notificará por escrito al Comisionado y a la persona cubierta o suscriptor si:

- (a) La solicitud de revisión externa está completa y
- (b) La solicitud es elegible para la revisión externa.

4. Si la solicitud:
 - a. No está completa, “EL PLAN” “enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta o suscriptor y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud.
 - b. No es elegible para la revisión externa, “EL PLAN” enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta o suscriptor y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

5. El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el punto número 5.
6. Si “EL PLAN” determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al punto número 3, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o suscriptor deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por la organización de seguros de salud puede apelarse ante el Comisionado.
7. El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa, de conformidad con el punto número 5, aun cuando “EL PLAN” hubiese determinado inicialmente lo contrario.
8. La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de “EL PLAN” deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.
9. A más tardar el próximo día laborable a partir de que el Comisionado reciba una notificación a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa:
 - (a) Asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificará al “EL PLAN” cuál fue la organización de revisión independiente designada.
 - (b) Notificará por escrito a la persona cubierta que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.
10. Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de “EL PLAN”.
11. El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona cubierta o suscriptor informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de 5 días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de 5 días laborables aquí dispuesto.
12. A más tardar los 5 días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, “EL PLAN” proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa.
13. Salvo como se dispone en el punto número 15, el hecho de que “EL PLAN” no provea los documentos y la información requerida en el plazo de 5 días provisto en el punto número 13, no deberá retrasar la revisión externa.

14. Si “EL PLAN” no provee los documentos y la información requerida en el plazo de 5 días provisto en el punto número, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión externa.
15. No más tarde del próximo día laborable de haberse decidido revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión, por la razón que se dispone en el punto número 15, la organización de revisión independiente lo notificará a la persona cubierta o suscriptor, al “EL PLAN” y al Comisionado.
16. La organización de revisión independiente revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de “EL PLAN” y toda otra información presentada por escrito por la persona cubierta o suscriptor.
17. En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta o suscriptor, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, al “EL PLAN”, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.
18. Al recibo de la información dispuesta en el punto número 18, “EL PLAN” podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.
19. La reconsideración, por parte de “EL PLAN”, de su determinación adversa o determinación adversa final, no demorará ni dará por terminada la revisión externa.
20. Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, “EL PLAN” decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.
21. Al cabo de un día laborable de haberse tomado la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, la organización de seguros de salud notificará por escrito dicha determinación a la persona cubierta o suscriptor, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.
22. La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de “EL PLAN”, la notificación aludida en el punto número 22.
23. Además de los documentos e información aludida en el punto número 13, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación.
 - a. Los expedientes de salud pertinentes de la persona cubierta o suscriptor
 - b. La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o suscriptor;
 - c. Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por “EL PLAN”, la persona cubierta o suscriptor, o el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o suscriptor;
 - d. Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o suscriptor;

- e. Las directrices de práctica (“practice guidelines”) más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica, generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el gobierno federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;
 - f. Todo criterio de revisión clínica creado y usado por “EL PLAN”, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y
 - g. La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos que se enumeran en los puntos de la (a) a la (g).
24. A más tardar los 45 días siguientes al recibo de una solicitud de revisión externa, la organización de revisión independiente deberá notificar su determinación acerca de si confirma o revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión. La notificación escrita se hará a las siguientes personas:
- a. A la persona cubierta o suscriptor;
 - b. A la organización de seguros de salud;
 - c. Al Comisionado.
25. La organización de revisión independiente incluirá en la notificación escrita de su determinación lo siguiente
- a. Una descripción general de la razón de ser de la solicitud de revisión externa;
 - b. La fecha en que la organización de revisión independiente recibió el referido del Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;
 - c. La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;
 - d. La fecha de su determinación;
 - e. La principal razón o razones de su determinación, incluyendo qué estándares, si alguno, dieron base a su determinación;
 - f. El razonamiento (“rationale”) de su determinación; y
 - g. Referencias a la evidencia o documentación, incluidas las guías de práctica, que se tomaron en consideración para hacer la determinación.
26. Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, “EL PLAN” inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión.
27. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Revisión Externa Acelerada

1. Salvo como se dispone en los puntos 17 y 18 de la Revisión Externa Independiente, la persona cubierta o suscriptor podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa acelerada al recibir alguna de las siguientes:
 - a. Una determinación adversa, siempre y cuando:
 - i. La determinación adversa se relacione con una condición de salud de la persona cubierta o suscriptor con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión interna acelerada, según se dispone en el Artículo 22.100 del Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; y
 - ii. La persona cubierta o suscriptor haya radicado una solicitud de revisión interna acelerada de una querella para la cual se hizo una determinación adversa según se dispone en el Artículo 22.100 del Código; o

Una determinación adversa final, siempre y cuando:

- iii. La persona cubierta o suscriptor padece una condición de salud con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión externa ordinaria, según se dispone en el Artículo 28.080 del Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o
 - iv. La determinación adversa final se relaciona con la admisión a una instalación de cuidado de la salud, la disponibilidad de un servicio o la estadía continuada en una instalación donde la persona cubierta o suscriptor recibió servicios de emergencia y aún la persona cubierta o suscriptor no ha sido dado de alta de la instalación donde recibió dichos servicios de emergencia.
2. Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada, el Comisionado deberá, de inmediato, enviar copia de dicha solicitud al “EL PLAN”.
3. Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa acelerada, Plan de Salud Menonita deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión dispuestos en el Artículo 28.080 del Código y notificar a la persona cubierta o suscriptor, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.
4. El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el punto número 3.
5. Si Plan de Salud Menonita determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al punto número 3, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o suscriptor deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por “EL PLAN” puede apelarse ante el Comisionado.

6. El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando “EL PLAN” hubiese determinado inicialmente lo contrario.
7. La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de “EL PLAN”, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.
8. Al recibo de una notificación de “EL PLAN” indicando que una solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada. Además, notificará a la organización de seguros de salud cual fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta o suscriptor que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.
9. Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud.
10. Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, “EL PLAN” proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa acelerada.
11. Además de los documentos e información aludidos en este Artículo, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:
 - a. Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta o suscriptor;
 - b. La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o suscriptor;
 - c. Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por “EL PLAN”, la persona cubierta o suscriptor, o el proveedor de la salud que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o suscriptor;
 - d. Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o suscriptor;
 - e. Las directrices de práctica (“practice guidelines”) más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el Gobierno Federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;
 - f. Todo criterio de revisión clínica creado y usado por “EL PLAN”, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y

- g. La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos que se enumeran en los apartados (a) al (g) anteriores.

La organización de revisión independiente hará su determinación con la premura que requiera la condición de salud o las circunstancias de la persona cubierta o suscriptor, pero en ningún caso en un término mayor de 72 horas contadas a partir del recibo de la solicitud de revisión externa acelerada. En dicho término la organización de revisión independiente deberá:

- h. Hacer su determinación en cuanto a confirmar o revocar la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión; y
- i. Notificar su determinación a la persona cubierta o suscriptor, “EL PLAN” y al Comisionado.

Si la notificación sobre la determinación de la organización de revisión independiente no se hace inicialmente por escrito, al cabo de cuarenta y ocho (48) horas de la determinación, la organización de revisión independiente deberá:

- j. Proveer confirmación escrita de la determinación a la persona cubierta o suscriptor, “EL PLAN” y al Comisionado; e
- k. Incluir en la notificación escrita la información dispuesta en el Artículo 28.080 (I) (2) del Código.

- 12. Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, “EL PLAN” inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión externa acelerada.
- 13. La revisión externa acelerada no estará disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final haya sido producto de una revisión retrospectiva.
- 14. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa acelerada de conformidad con este Capítulo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Revisión Externa de Determinaciones Adversas Basadas en Tratamiento Experimental o Investigativo

- A. (1) A más tardar 120 días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, la persona cubierta podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa.
- (2) (a) La persona cubierta podrá solicitar oralmente una revisión externa acelerada de una determinación adversa o determinación adversa final en

la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, siempre y cuando su médico certifique por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado sería significativamente menos eficaz si no se inicia con premura.

- (b) Al recibo de una solicitud de revisión externa acelerada conforme al apartado (a) anterior, el Comisionado inmediatamente notificará a la organización de servicios de salud implicada sobre la presentación de la referida solicitud.
- (c)
 - (i) Tras recibir copia de la solicitud, “EL PLAN” deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión dispuestos en el apartado (B)(2) y notificar a la persona cubierta, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.
 - (ii) El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el subapartado (i) anterior.
 - (iii) Si “EL PLAN” determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (A)(2)(c)(i), que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por “EL PLAN” puede apelarse ante el Comisionado.
- (d)
 - (i) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando la organización de servicios de salud hubiese determinado inicialmente lo contrario.
 - (ii) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de “EL PLAN”, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables
- (e) Al recibo de una notificación de “EL PLAN” indicando que la solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada; notificará a “EL PLAN” cuál fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

- (f) Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, “EL PLAN” proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.
- B.
- (1) Excepto en el caso de una solicitud de revisión externa acelerada hecha conforme al apartado (A)(2), a más tardar el próximo día laborable del recibo de una solicitud de revisión externa por haberse denegado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, el Comisionado notificará, con copia de la solicitud, “EL PLAN”.
 - (2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa, la organización “EL PLAN” tendrá 5 días laborables para llevar a cabo una revisión preliminar de la solicitud para determinar si la misma satisface los siguientes requisitos:
 - (a) La persona es o había sido una persona cubierta por “EL PLAN” médico cuando se recomendó o solicitó el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado o, en el caso de una revisión retrospectiva, había sido una persona cubierta por un plan médico cuando se prestó el servicio de cuidado de la salud;
 - (b) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, objeto de la determinación adversa o determinación adversa final:
 - (i) Es un beneficio cubierto bajo “EL PLAN” médico de la persona cubierta, pero “EL PLAN” ha determinado que el servicio o tratamiento es de naturaleza experimental o investigativa; y
 - (ii) No está explícitamente mencionado como un beneficio excluido conforme al plan médico de la persona cubierta;
 - (c) El médico de la persona cubierta ha certificado por escrito que una de las siguientes situaciones es aplicable:
 - (i) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no han sido efectivos en mejorar la condición de la persona cubierta;

- (ii) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no son médicamente adecuados para la persona cubierta; o
 - (iii) No hay ningún servicio de cuidado de la salud o tratamiento cubierto por “EL PLAN” médico que sea más beneficioso que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado;
 - (d) El médico que atiende a la persona cubierta:
 - (i) Ha recomendado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento respecto al cual certifica, por escrito, que, según su opinión, con toda probabilidad será de mayor beneficio para la persona cubierta que los otros servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales o acostumbrados disponibles; o
 - (ii) El médico que atiende a la persona cubierta, el cual está cualificado para practicar la medicina en la rama indicada para el tratamiento de la condición de salud en cuestión, ha certificado por escrito que existen estudios con validez científica, realizados según los protocolos aceptados, que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado por la persona cubierta tiene una mayor probabilidad de ser de beneficio que ningún otro servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible;
 - (e) La persona cubierta ha agotado el proceso interno de querellas de “EL PLAN”, salvo cuando no se requiera haber agotado dicho remedio; y
 - (f) La persona cubierta ha provisto toda la información y los formularios que se requieren para procesar la revisión externa, incluido el formulario de autorización.
- C. (1) A más tardar el próximo día laborable de completar la revisión preliminar conforme al apartado (B)(2), “EL PLAN” notificará por escrito al Comisionado y a la persona cubierta:
- (a) Si la solicitud está completa y
 - (b) Si la solicitud es elegible para la revisión externa.
- (2) Si la solicitud:

- (a) No está completa, “EL PLAN” notificará, por escrito, a la persona cubierta y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud; o
 - (b) No es elegible para la revisión externa, “EL PLAN” enviará, por escrito, una notificación informando a la persona cubierta y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.
 - (3)
 - (a) El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (C)(2).
 - (b) Si “EL PLAN” determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (B)(2), que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por “EL PLAN” puede apelarse ante el Comisionado.
 - (4)
 - (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando “EL PLAN” hubiese determinado inicialmente lo contrario.
 - (b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de “EL PLAN” deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.
 - (5) Si “EL PLAN” determina que la solicitud de revisión externa es elegible para tales propósitos, así deberá notificarlo a la persona y al Comisionado.
- D.
- (1) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación de “EL PLAN” indicando que la solicitud es elegible para revisión externa, el Comisionado deberá:
 - (a) Asignar una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificar a “EL PLAN” cuál fue la organización de revisión independiente designada; y
 - (b) Notificar por escrito a la persona cubierta que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.
 - (2) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona cubierta informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar

y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

- (3) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación asignándole la revisión externa, la organización de revisión independiente deberá:
 - (a) Seleccionar, según se entienda apropiado, uno o más revisores clínicos para llevar a cabo la revisión externa.
 - (4) (a) Al seleccionar los revisores clínicos, la organización de revisión independiente escogerá a médicos u otros profesionales de la salud que cumplan con los requisitos mínimos descritos en el Artículo 28.140 (B) de este Código y que debido a su experiencia clínica durante los pasados tres (3) años sean expertos en el tratamiento de la condición de la persona cubierta y, además, que tengan amplio conocimiento acerca del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.
 - (b) Ni la persona cubierta ni “EL PLAN”, escogerán ni controlarán la manera en que se seleccionarán a los médicos u otros profesionales de la salud que actuarán como revisores clínicos.
 - (5) De conformidad con el apartado H, cada revisor clínico proveerá a la organización de revisión independiente una opinión escrita respecto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.
 - (6) Al formular su opinión, los revisores clínicos no estarán obligados por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o el proceso interno de querellas de “EL PLAN”.
- E.
- (1) A más tardar los 5 días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, “EL PLAN” proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.
 - (2) Salvo como se dispone en el apartado (E)(3), el hecho de que “EL PLAN” no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1), no deberá retrasar la revisión externa.
 - (3) (a) Si “EL PLAN” no provee los documentos y la información requerida en el plazo de 5 días provisto en el apartado (E)(1), la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión.

- (b) Si la organización de revisión independiente decidiera revocar la determinación adversa o la determinación adversa final por la razón que se dispone en el apartado (E)(3)(a), la organización de revisión independiente lo notificará de inmediato a la persona cubierta, a “EL PLAN” y al Comisionado.
- F.
 - (1) Cada revisor clínico revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de “EL PLAN” y toda otra información presentada por escrito por la persona cubierta.
 - (2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a “EL PLAN” implicado, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.
- G.
 - (1) Al recibo de la información dispuesta en el apartado (F)(2), “EL PLAN” podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.
 - (2) La reconsideración por parte de “EL PLAN” de su determinación adversa o determinación adversa final no demorará ni dará por terminada la revisión externa.
 - (3) Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, “EL PLAN” decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.
 - (4)
 - (a) Si “EL PLAN” toma la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, lo notificará de inmediato por escrito a la persona cubierta, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.
 - (b) La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de “EL PLAN”, la notificación aludida en el apartado (G)(4)(a).
- H.
 - (1) Salvo como se dispone en el apartado (H)(3) cula, a más tardar los veinte (20) días de haber sido seleccionados para realizar la revisión externa, el o los revisores clínicos entregarán, a la organización de revisión independiente, su opinión en cuanto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.
 - (2) Salvo en el caso de una opinión que se formule conforme al apartado (H)(3), la opinión de cada revisor clínico se entregará por escrito e incluirá la siguiente información:
 - (a) Una descripción de la condición de salud de la persona;

- (b) Una descripción de los indicadores relevantes en el análisis y proceso de determinar si existe suficiente evidencia para demostrar que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de ser beneficioso para la persona cubierta que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles;
 - (c) Una descripción y análisis de la evidencia médica o científica que se tomó en consideración en la opinión expresada;
 - (d) Una descripción y análisis de cualquier estándar basado en evidencia (“evidence-based standard”) que se haya tomado en consideración en la opinión expresada; e
 - (e) Información acerca de si el razonamiento tras la opinión del revisor estuvo basado en lo dispuesto en el apartado (I)(5)(a) o (b).
- (3) (a) En el caso de una revisión externa acelerada, cada revisor clínico expresará su opinión, de manera verbal o escrita, a la organización de revisión independiente, tan pronto como la condición o circunstancia de salud de la persona cubierta lo requiera, pero nunca más tarde de los cinco (5) días siguientes de haber sido seleccionado para realizar la revisión externa.
- (b) Si la opinión del revisor clínico se hubiese expresado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto la opinión, el revisor clínico suministrará una confirmación escrita a la organización de revisión independiente e incluirá en ésta la información que se requiere en el apartado (H)(2).

I. Además de la información y los documentos aludidos en el apartado (A)(2)(f) o al apartado (E)(1), cada revisor clínico, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, considerará lo siguiente al formular su opinión:

- (1) Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta;
- (2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta;
- (3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por “EL PLAN”, la persona cubierta, o el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta;
- (4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona;
- (5) La alternativa que sea aplicable, si alguna, de entre las siguientes:
 - (a) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado ha sido aprobado por la Administración Federal de Drogas y

- Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), para la condición de la persona cubierta; o
- (b) Existe evidencia médica o científica o estándares basados en evidencia (“evidence-based standards”) que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de beneficiar a la persona cubierta que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual y acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles.
- J. (1) (a) Salvo como se dispone en el apartado (J)(1)(b), a más tardar los 20 días siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente, de conformidad con lo dispuesto en el apartado (J)(2), hará su determinación y la notificará por escrito a las siguientes personas:
- (i) La persona cubierta;
 - (ii) “EL PLAN”; y
 - (iii) Al Comisionado.
- (b) (i) En el caso de una revisión externa acelerada, a más tardar las 48 horas siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente hará su determinación y la notificará, ya sea verbalmente o por escrito, a la persona cubierta, a “EL PLAN” y al Comisionado de Seguro de Puerto Rico.
- (ii) Si la determinación se hubiese notificado originalmente de manera verbal, a más tardar los 2 días de haber provisto dicha notificación verbal, la organización de revisión independiente suministrará una confirmación escrita a la persona cubierta, a “EL PLAN” y al Comisionado, e incluirá la información que se requiere en el apartado (J)(3).
- (2) (a) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se revoque la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.
- (b) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no se debe

cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se confirme la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

- (c)
 - (i) Si hay un empate entre los revisores clínicos en cuanto a si se debe cubrir o no el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, la organización de revisión independiente obtendrá la opinión de un revisor clínico adicional, de modo que pueda hacer una determinación en base a las opiniones de la mayoría.
 - (ii) De surgir la necesidad de seleccionar un revisor clínico adicional de conformidad con el apartado anterior, dicho revisor clínico adicional usará la misma información que tuvieron disponible los demás revisores clínicos al formular su opinión.
 - (iii) La selección de un revisor clínico adicional no prolongará el plazo que tiene la organización de revisión independiente para hacer su determinación en base a las opiniones de los revisores clínicos seleccionados.

- (3) La organización de revisión independiente incluirá, en la notificación escrita de su determinación, lo siguiente:

- (a) Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa;
- (b) La opinión escrita de cada uno de los revisores clínicos, incluyendo la recomendación de cada uno respecto a si el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir o no y la justificación de la recomendación del revisor;
- (c) La fecha en que la organización de revisión independiente fue designada por el Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;
- (d) La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;
- (e) La fecha de su determinación;
- (f) La principal razón o razones de su determinación; y
- (g) La justificación o razonamiento de su determinación.

- (4) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, “EL PLAN” implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio de cuidado de la salud o tratamiento que fue objeto de revisión.

K. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la

naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Obligatoriedad de la Determinación de la Revisión Externa

- A. La determinación de la revisión externa obliga a “EL PLAN”, salvo en los casos en que “EL PLAN” tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico.
- B. La determinación de la revisión externa obliga a la persona cubierta, salvo en los casos en que la persona cubierta tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico o a las leyes federales.
- C. La persona cubierta no podrá presentar subsiguientes solicitudes de revisión externa relacionadas con una determinación adversa o determinación adversa final para la cual ya hubo una determinación tras una revisión externa.

Autorización de las Organizaciones de Revisión Independientes

- A. El Comisionado autorizará a las organizaciones de revisión independiente que sean elegibles para realizar revisiones externas.
- B. A los fines de ser elegible para llevar a cabo revisiones externas, la organización de revisión independiente deberá:
 - (1) Salvo como de otra forma se disponga, estar acreditada por una entidad acreditadora reconocida por el Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos.
 - (2) Someter una solicitud para la autorización del Comisionado, de conformidad con el apartado (D).
- C. El Comisionado preparará un formulario para la solicitud de autorización y de renovación de autorización de las organizaciones de revisión independientes.
- D.
 - (1) Toda organización de revisión independiente que se proponga obtener la autorización del Comisionado para realizar revisiones externas, presentará el formulario de solicitud junto con toda la documentación e información que el Comisionado estime necesaria, de modo que éste pueda determinar si la organización de revisión independiente cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos.
 - (2) (a) Sujeto a lo dispuesto en el apartado (D)(2)(b), una organización de revisión independiente será elegible para autorización por parte del Comisionado sólo si está acreditada por una entidad acreditadora

reconocida por el Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de aptitud y competencia.

- (b) El Comisionado podrá autorizar a una organización de revisión independiente que no esté acreditada por una entidad acreditadora reconocida, sólo en el caso de que no haya tales entidades reconocidas que se dediquen a la acreditación de organizaciones de revisión independiente.
- (3) El Comisionado podrá cobrar las aportaciones o derechos que estime convenientes por las solicitudes de autorización y renovación de autorización de las organizaciones de revisión independientes.
- E. (1) La autorización de la organización de revisión independiente tendrá una vigencia de dos (2) años, salvo que el Comisionado determine, antes de dicho término, que la organización de revisión independiente ya no cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos.
- (2) Si el Comisionado determinara, en cualquier momento, que una organización de revisión independiente ya no cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos, podrá dar por terminada la autorización de la organización de revisión independiente y retirar el nombre de ésta de la lista de organizaciones de revisión independiente autorizadas para realizar revisiones externas.
- F. El Comisionado mantendrá y actualizará periódicamente una lista de las organizaciones de revisión independiente autorizadas.
- G. El Comisionado podrá promulgar la reglamentación que estime necesaria para desempeñar los deberes que se le imponen en este Artículo.

Pago del Costo de la Revisión Externa

“EL PLAN” contra el que se presente una solicitud de revisión externa ordinaria o acelerada tendrá la obligación de pagar a la organización de revisión independiente por la revisión externa.

La Oficina del Comisionado de Seguros notificará a “EL PLAN” los costos del proceso o cualquier modificación en los mismos con al menos 120 días de anticipación.

La persona cubierta pagará un costo nominal no mayor de \$25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para una misma persona cubierta el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares (\$75.00) por año contrato. La cantidad pagada por la persona cubierta le será reembolsada si éste obtiene opinión a su favor.

XVIII. Definiciones

Los siguientes términos tendrán el significado que se indica:

1. **ADMINISTRACIÓN**- La Administración de Seguros de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
2. **AÑO DE CONTRATO**: Significa el período de doce (12) meses consecutivos comprendido entre las fechas que se señalan en las Declaraciones del contrato como fecha en que comienza y fecha en que termina el mismo.
3. **APARATO ORTOPÉDICO**: Significa instrumentación ortopédica u aditamentos fijos o temporeros, los cuales incluye clavos y tornillos, entre otros.
4. **SUSCRIPTOR PRINCIPAL**: El empleado o pensionado que suscribe la solicitud de ingreso al Plan.
5. **ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**: Un entidad comercial o privado, una asociación de tipo Cruz Azul o Escudo Azul, una cooperativa de seguros, o una organización de servicios de salud (HMO) autorizado por el(la) Comisionado(a) de Seguros de Puerto Rico para contratar seguros de salud en Puerto Rico, o una organización de empleados(as) con los cuales la Administración formalice contratos para ofrecer planes de beneficios de salud para los(las) empleados(as) públicos(as).
6. **SUSCRIPTOR**: Denomina a cualquier empleado, cónyuge, dependiente directo o dependiente opcional, que haya solicitado cubierta bajo este contrato y “EL PLAN” le haya expedido una tarjeta de suscriptor, cuya validez no haya sido terminada según dispone este contrato.
7. **AUTOINFLIGIDO**: Aquellos daños sobre su persona resultante directa o indirectamente de una acción voluntaria y/o intencional del suscriptor estando en su sano juicio.
8. **CANCELACIÓN DE CONTRATO**: Significa la terminación del acuerdo contractual de servicios mediante notificación y aceptación por escrito por cualquiera de las partes.
9. **CARGO USUAL Y ACOSTUMBRADO**: Es el cargo o tarifa prevaleciente entre la mayoría de los proveedores de una misma categoría localizados en un área geográfica o región para un mismo servicio.
10. **CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD**: - Declaración jurada conforme a lo dispuesto en el Artículo 13, que acredite las circunstancias de la cohabitación y el cumplimiento de las cohabitantes que la componen con los requisitos para acogerse a los beneficios de la Ley Núm. 95.

11. CERTIFICADO DE MATRIMONIO: documento expedido por el Secretario de Salud o su representante en el impreso especial en el cual se certifica, de acuerdo a la información que obra en el Registro Demográfico del Departamento de Salud, la celebración de un matrimonio. En los casos de matrimonio contraído en los EU o en países extranjero, el documento expedido por autoridad competente y debidamente certificado por el "county clerk", si se tratara de un matrimonio contraído en Estados Unidos, o por los funcionarios diplomáticos insulares de los EU en el extranjero.
12. CIRUGÍA BARIÁTRICA: Procedimiento quirúrgico para el control de la obesidad, la cual se puede practicar mediante cuatro (4) técnicas: bypass gástrico, banda ajustable, balón intragástrico o gastrectomía en manga. De las cirugías mencionadas sólo se cubrirán tres (3), la cirugía de balón intragástrico no estará cubierta, por considerarse no segura por los cirujanos bariátricos.
13. CIRUGÍA ESTÉTICA O COSMÉTICA: Significa aquella cirugía que está dirigida únicamente a mejorar la apariencia de una persona y no a restaurar función alguna o a corregir deformidades.
14. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Significa aquella cirugía que se lleva a cabo en estructuras anormales del cuerpo con intención de mejorar defectos congénitos o que hayan sido resultado de enfermedades o traumas.
15. COHABITACION: - Acción de habitar juntamente con otra persona en las circunstancias que se describen en el inciso (s) de este Artículo.
16. COMISIONADO: El (la) Comisionado(a) de Seguros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
17. CONYUGE: Marido y mujer respecto del otro, legalmente casados entre sí.
18. COPAGO: Significa la cantidad fija establecida a ser pagada por el suscriptor al momento de recibir los servicios.
19. COASEGURO: Significa la cantidad relativa o por ciento (%) que pagará la persona asegurada o suscriptor directamente al proveedor al momento de recibir los servicios, calculada a base de un porcentaje de los honorarios que han sido contratados por "EL PLAN" con el proveedor. El suscriptor pagará la diferencia entre este porcentaje y el 100% de la tarifa contratada o cargo médico.
20. DEDUCIBLE: Significa la cantidad fija de gasto que el suscriptor deberá incurrir antes de que "EL PLAN" comience a efectuar pago por beneficios cubiertos.

21. DEPENDIENTES DIRECTOS: Es responsabilidad del empleado suscriptor demostrar con evidencia fehaciente que sus dependientes directos dependen de él y cumplen con estos requisitos que más adelante se mencionan. Se denomina a los siguientes como dependientes directos:

- 21.1 El cónyuge del suscriptor principal, incluido en el contrato mientras el contrato está en vigor.
- 21.2 Hijos menores hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. Los hijos o hijas serán aquellos que hayan sido recibidos en el seno de la familia por nacimiento, adopción o adjudicación de custodia o por ser hijos o hijas de uno de los cónyuges o en un matrimonio, cónyuge, Se extenderá la cubierta a hijos o hijas, hasta los 26 años de edad según establecido por el artículo 6(h) de la Ley Núm. 161 del 1 de noviembre del 2010. En el caso de los hijos o hijas por adopción o adjudicación de custodia, deberá acreditarse la adopción o adjudicación de custodia mediante el documento de resolución de adjudicación de custodia provista por el tribunal correspondiente.
- 21.3 Los hijastros y los hijos naturales reconocidos legalmente por el empleado, hasta alcanzar los (26) años y cualquier otro familiar que esté bajo la custodia legal y que vivan con el empleado en una relación corriente de padre e hijo.
- 21.4 Cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del suscriptor principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el suscriptor principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho suscriptor principal. Deberá presentar evidencia que confirme esta relación. (Ejemplos: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos, planillas, etc.).
- 21.5 Cualquier menor no emancipado, cuyo abuelo o abuela u otro familiar que sea suscriptor principal de este contrato, siempre y cuando se le presente a “EL PLAN” copia certificada de la sentencia final y firme del Tribunal, en la que se le adjudica la custodia física de dicho menor no emancipado al abuelo, abuela o familiar suscriptor.
- 21.6 Hijos o hijos que estén suscritos como dependientes directos del suscriptor principal o menores no emancipados o que estén incapacitados y sean dependientes directos de un abuelo, abuela o miembro de la familia que sea el principal tenedor del plan de salud familiar, hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años, podrán continuar suscriptores como dependientes directos, siempre y cuando se le presente a “EL PLAN” Copia Certificada de la Sentencia final y firme del Tribunal, mediante la cual se declare como incapaz a dicho incapacitado; así como la Tutela o el documento oficial judicial que autoriza a dicho abuelo, abuela o familiar actual como tutor de dicho incapacitado.

21.7 Cualquier hijo/a, independientemente de su edad, que esté física o mentalmente incapacitado/a, si dicha incapacidad comenzó antes de que dicho/a hijo/a cumpliera diecinueve (19) años y la misma no le permite desempeñar ningún empleo. Para efectos de la elegibilidad al plan, la determinación de la incapacidad se basará en opinión médica mediante documento fehaciente a esos efectos.

Será responsabilidad de “EL PLAN” notificar al suscriptor la intención de cancelar o eliminar al dependiente afectado treinta (30) días previos a la efectividad de la cancelación “EL PLAN” por falta de evidencia. De no enviar la notificación correspondiente la “EL PLAN” no le podrá cancelar la cubierta por falta de evidencia. De “EL PLAN” cumplir con el envío de la notificación y posteriormente cancelar al dependiente, será responsable de enviar el ajuste en prima correspondiente, si alguno, a la Entidad Gubernamental correspondiente.

22. DEPENDIENTES OPCIONALES: Denomina al familiar inmediato del suscriptor principal o su cónyuge, que no cualifica como dependiente directo, que depende sustancialmente de dicho empleado para su sustento y que no haya alcanzado la edad de sesenta y cinco (65) años. Es responsabilidad del empleado suscriptor principal demostrar en forma satisfactoria a “EL PLAN”, la elegibilidad de estos dependientes. Disponiéndose que también cualifican los dependientes declarados incapacitados total permanente menores o mayores de edad cuya custodia, patria potestad o tutela hayan sido concedida a los abuelos u otros familiares, según la Ley Núm. 15 del 27 de febrero del 2007. Es responsabilidad del empleado suscriptor demostrar que sus dependientes opcionales cumplan con estos requisitos. Esta regla aplica a nuevos ingresos de dependientes bajo esta categoría, los existentes se mantendrán bajo una cláusula de “grandfathering”.

23. DESINTOXICACIÓN “DETOX”: Tratamiento médico destinado a eliminar los efectos nocivos en el cuerpo y terminar, a su vez, la dependencia con respecto al alcohol o una droga (legal o ilegal).

24. EMERGENCIA MÉDICA: Condición en la cual los síntomas presentados son lo suficientemente severos para que una persona razonable y prudente, con conocimiento promedio de la salud y medicina, pueda razonablemente concluir que la ausencia de atención médica inmediata resultaría en: poner en riesgo inmediato su salud o la salud de un bebé que está por nacer, un impedimento serio de las funciones corporales o una disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo. Toda emergencia médica en la cual se acceden los servicios a través del Sistema 9-1-1 estará cubierta conforme los términos y condiciones de este contrato y la Ley Núm. 383 de 6 de septiembre de 2000.

25. EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA: Cuando un paciente tiene una condición mental que puede resultar en un riesgo inmediato de daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. Toda emergencia psiquiátrica estará cubierta conforme a los términos y condiciones de este contrato, así como la transportación en un vehículo adecuado, incluyendo ambulancias que estén certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, para ser trasladado a la instalación

donde recibirá tratamiento, La transportación cubrirá desde donde se encuentre la persona que necesita el servicio y hasta cualquier otra institución proveedora de los servicios hospitalarios necesarios, según lo dispone la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008. La transportación deberá cumplir con todos los requisitos de la Ley Núm. 35 de 28 de junio de 1994.

26. EMPLEADO: Denomina a todo funcionario o empleado en servicio activo, de nombramiento o por elección, y los empleados en puestos transitorios cuyos nombramientos sean por un término de 6 meses o más, de cualquier rama del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de sus agencias, departamentos y municipios y todo pensionado, sin considerar su edad, de los Sistemas de Retiro del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus instrumentalidades.
27. ENFERMEDAD: Alteración o desviación del estado normal de salud de un individuo, en una o varias partes del cuerpo provocado por factores internos o externos, manifestado por síntomas y signos característicos cuya evaluación es más o menos previsible. Se requiere atención médica.
28. ENFERMEDAD AGUDA: Son enfermedades que aparecen de pronto con síntomas severos, generalmente de corta duración con un inicio y un fin claramente definido. Se requiere atención médica.
29. ENTIDAD CONTRATANTE: Significa Organización de Servicios de Salud que contrata con el Secretario de Hacienda.
30. HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act, por sus siglas en inglés. Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico. Es una Ley Federal, aprobada el 16 de agosto de 1996, por el Congreso de los Estados Unidos.
31. HOSPICIO: Es el cuidado para el final de la vida brindado por profesionales de la salud y voluntarios. Ellos brindan apoyo médico, psicológico y espiritual. El objetivo de estos cuidados es ayudar a las personas que están cerca de la muerte a tener paz, comodidades y dignidad. Las personas que prestan estos cuidados procuran controlar el dolor y otros síntomas, de modo que el paciente permanezca lo más alerta y cómodo posible. Los programas de cuidados de hospicio también ofrecen apoyo a la familia del paciente.
32. HOSPITALES NO PARTICIPANTES: Significa un hospital que no haya firmado contrato con “EL PLAN” para prestar servicios de hospitalización a sus suscriptores.
33. HOSPITAL PARTICIPANTE: Significa una institución pública o privada legalmente autorizada a operar como hospital y que provea servicios a la comunidad ofreciendo tratamiento y diagnóstico médico o quirúrgico para enfermedades, lesiones, tratamientos obstétricos a pacientes hospitalizados, incluyendo hospitales generales y especiales, tales como de tuberculosis, de enfermedades mentales y otros tipos de hospitales y facilidades relacionadas con los mismos, que

hayan firmado contrato con “EL PLAN” para prestar servicios de hospitalización a sus suscriptores o suscriptores.

34. **IMPLANTES:** Artefacto interno que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo. No incluye aditamentos utilizados en cirugías ortopédicas y/o neurológicas.
35. **LABORATORIO NO PARTICIPANTE:** Significa un laboratorio que no haya firmado contrato con “EL PLAN” para prestar servicios a sus suscriptores.
36. **LABORATORIO PARTICIPANTE:** Significa una institución legalmente autorizada para practicar exámenes bacteriológicos, microscópicos, bioquímicos, serológicos o histopatológicos que ayuden en el diagnóstico, control, prevención o tratamiento de enfermedades de la raza humana, que haya firmado contrato con “EL PLAN” para prestar servicios a sus suscriptores.
37. **MEDICINA ALTERNATIVA:** Significa una forma amplia de los métodos y práctica usados en lugar o como complemento, de los tratamientos en la medicina convencional para curar o tratar enfermedades, la cual debe estar regulada por el Tribunal Examinador de Médicos en Puerto Rico.
38. **MEDICINA DEPORTIVA:** Significa aquella rama de la medicina que trata las enfermedades y lesiones que resultan de actividades deportivas, incluyendo la fase preventiva y preparatoria necesaria para mantener un buen estado de salud físico y mental.
39. **MEDICINA NATURAL:** Significa la técnica en la cual se emplean métodos y productos naturales para el tratamiento de condiciones físicas y mentales.
40. **MÉDICO PRIMARIO:** Médico generalista, pediatra, ginecólogo, médico de familia o internista.
41. **MÚSICOTERAPIA:** Significa la técnica utilizada en el tratamiento de algunas enfermedades mentales y emocionales en la que se emplean diferentes sonidos musicales.
42. **OBESIDAD MÓRBIDA:** Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35.
43. **ÓRGANO ARTIFICIAL:** Significa dispositivos diseñados para reemplazar una parte faltante del cuerpo o la sustitución artificial de una parte o un órgano. Pueden ser fijas o removibles.
44. **PERSONAS COHABITANTES:** Dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, que no están relacionadas por lazos familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, sujetas a convivencia sostenida y afectiva de manera voluntaria, estable, pública y continua durante un plazo no menor de 1 año, que cohabitan en una residencia común sin estar

casadas entre sí y que tienen la intención de continuar con la situación cohabitacional indefinidamente.

- 45. PLAN INDIVIDUAL: Cubierta para el empleado o el pensionado solamente.
- 46. PLAN PAREJA: Cubierta para el empleado o pensionado y un dependiente directo.
- 47. PLAN FAMILIAR: Cubierta para el empleado o pensionado y dos o más dependientes directos.
- 48. PRE-AUTORIZACIÓN: Una autorización por escrito de “EL PLAN” al suscriptor otorgándole la autorización para obtener un beneficio. El beneficiario será responsable por obtener dicha pre-autorización de “EL PLAN” para poder obtener el beneficio que requiere. El no obtener la pre-autorización cuando es requerida podría impedir que el beneficiario reciba el beneficio.
- 49. PRÓTESIS: Artefacto que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo.
- 50. PROVEEDOR PARTICIPANTE: Denomina a un doctor en medicina, cirujano-dentista, o cirujano maxilofacial, y otros especialistas legalmente autorizados por las leyes de Puerto Rico a practicar su profesión que hayan firmado contrato con “EL PLAN” para prestar servicios de salud.
- 51. PROVEEDOR NO PARTICIPANTE: Denomina a un doctor en medicina, cirujano- dentista, o cirujano maxilofacial, y otros especialistas legalmente autorizados por las leyes de Puerto Rico a practicar su profesión que no hayan firmado contrato con “EL PLAN” para prestar servicios de salud.
- 52. SECRETARIO: Secretario de Hacienda.
- 53. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: Significa la petición por parte de un suscriptor para que otro médico distinto al encargado de su caso emita su opinión con respecto a la necesidad de un servicio cubierto.
- 54. SERVICIOS AMBULATORIOS: Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un suscriptor mientras no se encuentre recluido como paciente en un hospital.
- 55. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN: Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un suscriptor mientras se encuentre recluido como paciente en un hospital.

56. SERVICIOS MEDICAMENTE NECESARIOS: Significa aquellos servicios que son provistos por un médico o grupo de médicos o proveedor para mantener o restablecer la salud del suscriptor.
57. TERAPIA OCUPACIONAL: Terapia rehabilitativa que ayuda al paciente a recuperar la habilidad para realizar las tareas normales del diario vivir.
58. TERAPIA DE REHABILITACIÓN: Los tratamientos para facilitar el proceso de recuperación de una lesión u enfermedad a niveles lo más cercano posible a lo normal. El propósito de la rehabilitación es restaurar algunas o todas las capacidades físicas, sensoriales y mentales del paciente, que se perdieron debido a una enfermedad, condición o lesión.
59. URGENCIA: Significa la presentación súbita o imprevista de una condición que requiere asistencia médica o quirúrgica inmediata o lo más pronto posible, pero dentro de un término que no exceda de veinticuatro (24) horas después de haberse presentado la condición.

XIX. ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES

Ley 95, Año Contrato 2022 Plan Médico para Empleados Públicos, Municipales y sus Dependientes al amparo de la Ley Núm. 95, 1963			
Tipo de Servicios	Cubierta Mandatoria	Cubierta Plata	Cubierta Rubí
	Servicios de Hospitalizaciones		
Hospitalización (Habitación Semi-Privada hasta un máximo de 365 días) e Instalaciones Hospitalarias de Cuidado Extendido I Centros de Rehabilitación; Servicios Apoyo/ Pruebas Diagnósticas	\$75 de copago	\$100 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$250 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro de la Red Preferida
Unidad de Cuidado /Intensivos, Cuidado Intermedio, Cuidado Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricas y Unidad de Cuidados Neonatal	Cubierto al 100% de tarifa contratada luego de copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable
Habitación de Aislamiento	Cubierto al 100% de tarifa contratada luego de copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable
Sala de Operaciones, Recuperación y de Maternidad, Medicamentos recetados por médicos durante la hospitalización, están cubiertas	Cubierto al 100% de tarifa contratada luego de copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable
Oxígeno y su Administración	Cubierto al 100% de tarifa contratada luego de copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable
Materiales y/o Suplidos Desechables	Cubierto al 100% de tarifa contratada luego de copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable
Dietas Regulares y Especiales	Cubierto al 100% de tarifa contratada luego de copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable
Servicio regular de Cuidado Hospitalario	Cubierto al 100% de tarifa contratada luego de copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable
Tipos de Servicios	Otros Servicios en Hospitalizaciones		
Cirugía Bariátrica	\$75 de copago. Limitado a 1 por vida y aplica protocolo médico.	Aplica copago de hospitalización. Sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización. Limitado a 1 por vida, aplica protocolo médico. Solo en Hospitales Menonita	Aplica copago de hospitalización. Sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización. Limitado a 1 por vida, aplica protocolo médico. Solo en Hospitales Menonita
Cirugía Ortognática (Osteotomía Mandibular y Maxilar)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable. Gastos relacionados a los materiales están excluidos.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable. Gastos relacionados a los materiales están excluidos.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable. Gastos relacionados a los materiales están excluidos.
Anestesia y su Administración incluyendo sedación	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Transfusiones de sangre incluyendo los componentes del proceso autólogo y pruebas de compatibilidad (Plasma y Plasmaféresis)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluyendo su administración y las pruebas de compatibilidad luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Pruebas de Diagnóstico, Radiografías y Laboratorios Clínicos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.

Sonogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Tomografía Computadorizada	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Angiografía Digital y Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Terapia Física	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Radioterapia / Quimioterapia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto solo como resultado de una Mastectomía por cáncer de seno. \$75 de copago por la hospitalización	Cubierto solo como resultado de una Mastectomía por cáncer del seno. Sujeto a pre-autorización. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto solo como resultado de una Mastectomía por cáncer del seno. Sujeto a pre-autorización. Aplica copago de hospitalización.
Tratamientos para Condiciones Renales (Diálisis y Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma durante la hospitalización. Serán cubiertos por 90 días a partir de la primera diálisis y hemodiálisis.	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma durante la hospitalización. Serán cubiertos por 90 días a partir de la primera diálisis y hemodiálisis.	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma durante la hospitalización. Serán cubiertos por 90 días a partir de la primera diálisis y hemodiálisis.
Terapias Respiratorias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Procedimientos Quirúrgicos para Beneficios Incluidos en la Cubierta Básica durante la hospitalización	\$75 de copago	\$100 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$250 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro de la Red Preferida
Servicios y Consulta de Médicos Especialistas, Sub-Especialistas y Cirujanos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Cuidado de Salud en el Hogar	\$15 de copago por visita	Coaseguro 20% Cubierto 30 visitas por año contrato, por suscriptor a terapias físicas, ocupacionales y del habla (habilitativa y rehabilitativa). Cubierto solo si se comienza 14 días después de que el suscriptor	Coaseguro 30% Cubierto 30 visitas por año contrato, por suscriptor a terapias físicas, ocupacionales y del habla (habilitativa y rehabilitativa). Cubierto solo si se comienza 14 días después de que el suscriptor es dado de alta de una

		es dado de alta de una hospitalización de al menos 3 días y si el servicio es provisto para la misma condición/diagnóstico por la cual fue admitido. Servicios de enfermería y auxiliar de servicios de salud en el hogar parciales o intermitentes prestados, primordialmente, para el cuidado del paciente, están incluidos. Una visita por un empleado de la compañía de cuidado de salud en el hogar o 4 horas de servicio por un auxiliar se considerarán cada uno como una visita en el hogar. Estos servicios deberán ser supervisados por un médico licenciado y requieren pre-autorización. Servicios serán pagados de acuerdo con las tarifas contratadas.	hospitalización de al menos 3 días y si el servicio es provisto para la misma condición/diagnóstico por la cual fue admitido. Servicios de enfermería y auxiliar de servicios de salud en el hogar parciales o intermitentes prestados, primordialmente, para el cuidado del paciente, están incluidos. Una visita por un empleado de la compañía de cuidado de salud en el hogar o 4 horas de servicio por un auxiliar se considerarán cada uno como una visita en el hogar. Estos servicios deberán ser supervisados por un médico licenciado y requieren pre-autorización. Servicios serán pagados de acuerdo con las tarifas contratadas.
“Skilled Nursing Facilities” o Facilidades de enfermería diestra.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.	Coaseguro de 40%. Requiere pre- autorización. Sujeto a necesidad médica, hasta 60 días por año contrato	Coaseguro de 40%. Requiere pre- autorización. Sujeto a necesidad médica, hasta 60 días por año contrato
Cirugía Neurológica, Cerebrovascular, Cardiovascular y PTCA	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Tratamientos para Autismo, incluyendo, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas, terapias ocupacionales, pruebas inmunológicas, pruebas gastroenterología, servicios de nutricionistas y servicios psicólogos, ilimitados según dispone la Ley 220 del 4de septiembre del 2012	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable. Para pacientes hospitalizados.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable. Para pacientes hospitalizados.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable. Para pacientes hospitalizados.
Otros servicios regulares que se presten normalmente a pacientes hospitalizados que estén incluidos en el contrato, cuidado por día o “per diem” entre Plan y el Hospital	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Programa de Cuidado de Hospicio	Excluido de la cubierta básica. Incluido en Gastos Médicos Mayores.	Excluido de la cubierta básica. Incluido en Gastos Médicos Mayores.	Excluido de la cubierta básica. Incluido en Gastos Médicos Mayores.
Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Material de curaciones, bandeja quirúrgica (no ortopédica), medicinas, soluciones intravenosas, anestésicos, yeso, material quirúrgico y cualquier otro material curativo disponible en el hospital y que esté definido en el contrato. (No Incluye prótesis e implantes, Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores “Major Medical”)	Cubierto al 100% de tarifa contratada	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable. Bandejas para cirugías ortopédicas y/o neurológicas, implantes y/o prótesis estarán cubiertas a través de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable. Bandejas para cirugías ortopédicas y/o neurológicas, implantes y/o prótesis estarán cubiertas a través de Gastos Médicos Mayores.
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Pruebas de Gases Arteriales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.

Pruebas Diagnósticas Especializadas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Hiperalimentación Parenteral y Enteral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Cirugía Maxilofacial, cuando sea necesaria por motivo de un accidente ocurrido durante la vigencia del contrato y llevada a cabo durante el periodo de cubierta no más tarde de noventa (90) días a partir de la fecha del accidente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Otros servicios regulares que se presten normalmente a pacientes hospitalizados que estén incluidos en el contrato, cuidado por día o "per diem" entre el Plan y el Hospital	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Cualquier otra instalación hospitalaria, servicio, equipo o material proporcionado por el hospital y autorizado por el médico de turno y el Plan, no excluidos en contrato	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Hospitalizaciones: Salud Mental "Behavioral"			
Hospitalización Siquiátrica / Condiciones Mentales	\$75 de copago	Copago de \$100 fuera de Red Preferida Copago de \$0 dentro de la Red Preferida	Copago de \$250 fuera de Red Preferida Copago de \$0 dentro de la Red Preferida
Hospitalización Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	\$75 de copago	Copago de \$100 fuera de Red Preferida Copago de \$0 dentro de la Red Preferida	Copago de \$250 fuera de Red Preferida Copago de \$0 dentro de la Red Preferida
Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Hospitalización Parciales para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	\$75 de copago	Copago de \$75 fuera de Red Preferida Copago de \$0 dentro de la Red Preferida	Copago de \$150 fuera de Red Preferida Copago de \$0 dentro de Red la Preferida
Hospitalización Parciales para Condiciones Mentales	\$75 de copago	Copago de \$75 fuera de Red Preferida Copago de \$0 dentro de la Red Preferida	Copago de \$150 fuera de Red Preferida Copago de \$0 dentro de Red la Preferida
Tratamiento de para dejar de fumar	Hasta \$400.00 por año contrato.	Cubierto al 100% Medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA, por noventa (90) días consecutivos en un intento, y hasta dos intentos por año. Genérico primera opción	Cubierto al 100% Medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA, por noventa (90) días consecutivos en un intento, y hasta dos intentos por año. Genérico primera opción
Visitas a pacientes hospitalizados para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% aplica copago según especialista	Cubierto al 100% aplica copago según especialista	Cubierto al 100% aplica copago según especialista
Visitas Ambulatorias para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% aplica copago según especialista	Cubierto al 100% aplica copago según especialista	Cubierto al 100% aplica copago según especialista
Tipos de Servicios			
Facilidades de Cirugía Ambulatoria			
Cirugías Ambulatorias en Hospitales o Facilidades destinadas a brindar este tipo de servicios	\$75 de copago	Copago de \$100 fuera de Red Preferida Copago de \$0 dentro de Red Preferida	Copago de \$250 fuera de Red Preferida Copago de \$0 dentro de Red Preferida
Servicios de Médicos y Cirujanos	Cubierto al 100% de tarifa contratada	Aplica copago por especialidad, cubierto a tarifas contratadas.	Aplica copago por especialidad, cubierto a tarifas contratadas.
Litotricia Extracorpórea Renal	20% coaseguro Requiere pre-autorización	40% de coaseguro. Requiere pre-autorización	50% de coaseguro. Requiere pre-autorización
Criocirugía	\$75 de copago., limitado a 1 por año contrato.	Copago de \$100 fuera de Red Preferida	Copago de \$250 fuera de Red Preferida

		Copago de \$0 dentro de la Red Preferida. limitado a 1 por año contrato	Copago de \$75 dentro de la Red Preferida. Limitado a 1 por año contrato
Ginecomastia	\$75 de copago	Copago de \$100 fuera de Red Preferida Copago de \$0 dentro de la Red Preferida. limitado a 1 por año contrato	Copago de \$250 fuera de Red Preferida Copago de \$75 dentro de la Red Preferida. Limitado a 1 por año contrato
Tipos de Servicios	Sala de Emergencias / Sala de Urgencias Enfermedad Aguda		
Emergencia Enfermedad Aguda	\$40 de copago	Copago de \$50	Copago de \$75 fuera de Red Preferida Copago de \$30 dentro de la Red Preferida
Trauma o Accidente	Cubierto al 100% de tarifa contratada	Cubierto al 100% de la tarifa contratada sujeto a necesidad médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada sujeto a necesidad médica.
Laboratorio y Radiografías cuando no son parte de la tarifa de Sala de Emergencias	30% de coaseguro	30% de coaseguro fuera de Red Preferida 0% de coaseguro dentro de Red Preferida	50% de coaseguro fuera de Red Preferida 0% de coaseguro dentro de Red Preferida
Si es Admitido	\$75 de copago	\$100 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$250 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro de la Red Preferida
Tipo de Servicios	Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)		
Generalista	Copago de \$8.00	Copago de \$8.00	Copago de \$10.00
Especialista	Copago de \$10.00	Copago de \$12.00	Copago de \$18.00
Sub-Especialista	Copago de \$15.00	Copago de \$18.00	Copago de \$20.00
Endoscopia I Colonoscopia (Instalaciones para pacientes No Hospitalizados)	30% de coaseguro Endoscopias Virtuales requieren pre-autorización	40% coaseguro Endoscopias Virtuales requieren pre-autorización	50% de coaseguro fuera de Red Preferida 40% de coaseguro dentro de Red Preferida Endoscopias Virtuales requieren pre-autorización
Cuidado Post-Operatorio; Visitas (Oficina del Médico) Segunda Opinión	Aplica copago de visita según tipo de proveedor	Aplica copago de visita según tipo de proveedor	Aplica copago de visita según tipo de proveedor
"Skilled Nursing Facilities" o Facilidades de enfermería diestra	Cubierto al 100% Requiere pre- autorización. Sujeto a necesidad médica, hasta 60 días por año contrato	Coaseguro de 40% Requiere pre- autorización. Sujeto a necesidad médica, hasta 60 días por año contrato	Coaseguro de 40% Requiere pre- autorización. Sujeto a necesidad médica, hasta 60 días por año contrato
Segunda Opinión	Aplica copago de visita según tipo de proveedor	Aplica copago de visita según tipo de proveedor	Aplica copago de visita según tipo de proveedor
Podiatría (Visita)	Copago de \$10.00	Copago de \$12.00	Copago de \$18.00
Podiatría (Procedimiento quirúrgicos)	Copago de \$10.00	Copago de \$12.00	Copago de \$18.00
Tratamientos para Autismo, incluyendo, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas, terapias ocupacionales, pruebas inmunológicas, pruebas gastroenterología, servicios de nutricionistas y servicios psicólogos, ilimitados según dispone la Ley 220 del 4de septiembre del 2012.	Cubierto al 100% de tarifa contratada	40% de coaseguro en pruebas genéticas y neurológicas. Para los demás servicios descritos en esta sección ver copagos y coaseguros de servicios ambulatorios aplicables en esta tabla. Pruebas moleculares y genéticas requieren pre-autorización.	50% de coaseguro en pruebas genéticas y neurológicas. Para los demás servicios descritos en esta sección ver copagos y coaseguros de servicios ambulatorios aplicables en esta tabla. Pruebas moleculares y genéticas requieren pre-autorización
Pruebas moleculares y/o genéticas (Limitadas a pacientes de Autismo, síndrome	Cubierto al 100% de tarifa contratada. Requieren pre-	Coaseguro de 40% Requieren pre-autorización	50% de coaseguro Requieren pre-autorización

Down y aquellos bajo Ley Núm. 79 de 1 de agosto de 2020)	autorización		
Pruebas de Alergia	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro
Vacunas contra Alergias	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro
Quiropráctico	\$10 de copago, hasta 20 sesiones por año, en combinación con servicios de terapia física.	Copago de \$12, hasta 20 sesiones por año, en combinación con servicios de terapia física.	Copago de \$12, hasta 15 sesiones por año, en combinación con servicios de terapia física.
Nutricionista	Copago de \$10.00 hasta 12 sesiones por año	Copago de \$12.00 hasta 12 visitas al año	Copago de \$12.00 hasta 12 visitas al año
Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso. Máximo de \$80.00 por viaje.	Cubierto a través de reembolso. Máximo de \$80.00 por viaje.	Cubierto a través de reembolso. Máximo de \$80.00 por viaje.
Ambulancia Aérea	Cubierto al 100%, aplica protocolos	30% de coaseguro Ambulancia aérea fuera de Puerto Rico no está en cubierta. Sujeto a necesidad médica. Limitado a un viaje por año contrato.	30% de coaseguro Ambulancia aérea fuera de Puerto Rico no está en cubierta. Sujeto a necesidad médica. Limitado a un viaje por año contrato.
Quimioterapia Inyectable y Oral	Cubierto al 100% de tarifa contratada. Radioterapia IMRT requiere pre-autorización.	Coaseguro de 25% Radioterapia IMRT requiere pre-autorización.	Coaseguro de 35% Radioterapia IMRT requiere pre-autorización.
Inyecciones Intra-Articulares	Aplica copago de visita médica según especialidad. Máximo de 2 inyecciones diarias, hasta 12 por año contrato.	Aplica copago de visita médica según especialidad. Máximo de 2 inyecciones diarias, hasta 12 por año contrato.	Aplica copago de visita médica según especialidad. Máximo de 2 inyecciones diarias, hasta 12 por año contrato.
Bloqueo Neurológico Selectivo e Inyecciones Epidurales de Esteroides	30% de coaseguro y aplica copago de visita en oficina, según especialidad.	40% de coaseguro y aplica copago de visita en oficina, según especialidad.	50% de coaseguro y aplica copago de visita en oficina, según especialidad.
Trabajador Social	\$10 de copago, a través de reembolso	Por reembolso hasta un máximo de \$20	Por reembolso hasta un máximo de \$20
Diálisis y Hemodiálisis	Coaseguro de 20% Serán cubiertos por 90 días a partir de la primera diálisis y hemodiálisis.	Coaseguro de 25% Serán cubiertos por 90 días a partir de la primera diálisis y hemodiálisis.	Coaseguro de 35% Serán cubiertos por 90 días a partir de la primera diálisis y hemodiálisis.
Ventiladores para menores de 21 años que usen de por vida y un turno de enfermería diestra por 8 horas incluye materiales o suplidos, terapia física y terapia ocupacional, según requerido por ley.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, Incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento en terapias respiratorias, relacionados con el uso del ventilador mecánico, así como las terapias físicas y ocupacionales hasta un máximo de 8 horas de servicio diario para pacientes menores de 21 años. Estos servicios están cubiertos sujeto a evidencia y de justificación médica. Además de evidencia de inscripción en el registro que el Departamento de Salud definió para este diagnóstico y tratamiento. También incluye suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos	25% de coaseguro de la tarifa contratada, Incluye servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para suscriptores menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por pacientes, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimiento en terapias respiratorias o especialista en terapia respiratoria con conocimiento en enfermería, los suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física	35% de coaseguro de la tarifa contratada, Incluye servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para suscriptores menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por pacientes, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimiento en terapias respiratorias o especialista en terapia respiratoria con conocimiento en enfermería, los suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos

	relacionados con ventiladores mecánicos. Requiere pre-autorización	ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachado en una farmacia participante. Requiere pre-autorización	pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachado en una farmacia participante. Requiere pre-autorización
Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones	Aplica copago y coaseguro según el servicio prestado y tipo de proveedor	Aplica copago y coaseguro según el servicio prestado y tipo de proveedor	Aplica copago y coaseguro según el servicio prestado y tipo de proveedor
Gamma Knife	30% de coaseguro Máximo 1 prueba por año contrato	40% de coaseguro. Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica	50% de coaseguro fuera de Red Preferida 40% de coaseguro dentro de la Red Preferida Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica.
Tipos de Servicios	Servicios Ambulatorios de Rehabilitación a corto plazo y medicina física		
Terapias Ocupacionales	Copago de \$7.00 Hasta 20 terapias por año, en combinación con servicios de quiroprácticos.	Copago de \$7.00 Hasta 20 terapias por año, en combinación con servicios de quiroprácticos.	Copago de \$7.00 Hasta 15 terapias por año, en combinación con servicios de quiroprácticos.
Terapias Físicas	Copago de \$7.00 Hasta 20 terapias por año, en combinación con servicios de quiroprácticos.	Copago de \$7.00 Hasta 20 terapias por año, en combinación con servicios de quiroprácticos.	Copago de \$7.00 Hasta 15 terapias por año, en combinación con servicios de quiroprácticos.
Servicios de Rehabilitación	Copago de \$7.00 Hasta 20 terapias físicas o manipulaciones combinadas por año contrato, excepto los beneficios contemplados en cuidado de salud en el hogar.	Copago de \$7.00 Hasta 20 terapias físicas o manipulaciones combinadas por año contrato, excepto los beneficios contemplados en cuidado de salud en el hogar.	Copago de \$7.00 Hasta 20 terapias físicas o manipulaciones combinadas por año contrato, excepto los beneficios contemplados en cuidado de salud en el hogar.
Terapias Respiratorias	Copago de \$7.00	Copago de \$7.00	Copago de \$7.00
Terapias del Habla	Copago de \$7.00	Copago de \$7.00	Copago de \$7.00
Tipos de Servicios	Laboratorios Clínicos, Radiologías y Pruebas Especializadas		
Laboratorios Clínicos	30% de coaseguro	30% de coaseguro fuera de la Red Preferida 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	50% de coaseguro fuera de la Red Preferida 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida
Laboratorios Patológicos	Cubierto al 100%	30% de coaseguro fuera de la Red Preferida 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	50% de coaseguro fuera de la Red Preferida 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida
Rayos X	30% de coaseguro	30% de coaseguro fuera de la Red Preferida 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	50% de coaseguro fuera de la Red Preferida 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida
Exámenes de Pre-Admisión a una Institución Hospitalaria	30% de coaseguro	Coaseguro de 30%	50% de coaseguro fuera de Red Preferida 40% de coaseguro dentro de Red Preferida
Laboratorio Cardiovascular No Invasivo (Persantine oThallium)	30% de coaseguro; Limitado a 1 de cada tipo por año contrato	Coaseguro de 40% Limitado a 1 de cada tipo por año contrato	50% de coaseguro fuera de Red Preferida 40% de coaseguro dentro de Red Preferida Limitado a 1 de cada tipo por año contrato

Holter Test	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro fuera de Red Preferida 40% de coaseguro dentro de Red Preferida
Cardiac Color Flow Doppler	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro fuera de Red Preferida 40% de coaseguro dentro de Red Preferida
Laboratorio Periferovascular No Invasivos	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro fuera de Red Preferida 40% de coaseguro dentro de Red Preferida
CT Scan	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro fuera de Red Preferida 40% de coaseguro dentro de Red Preferida
Laparoscopias	\$75 de copago	\$100 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago en Red Preferida	\$250 de copago fuera de Red Preferida \$75 copago dentro Red Preferida
Densitometría ósea (Densidad del Hueso)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) prueba por año contrato	Coaseguro de 40% Máximo uno (1) por año contrato, sujeto a necesidad médica. Aquellas para cernimiento preventivo estarán cubiertas al 100%.	50% de coaseguro fuera de Red Preferida 40% de coaseguro dentro de Red Preferida Máximo uno (1) por año contrato, sujeto a necesidad médica. Aquellas para cernimiento preventivo estarán cubiertas al 100%.
Criocirugía del Útero	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) procedimiento por año contrato.	Coaseguro de 40% Hasta uno (1) por año contrato en oficina médica.	Coaseguro de 50% Hasta uno (1) por año contrato en oficina médica.
Ecocardiograma	30% de coaseguro, hasta dos (2) prueba por año contrato	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro
Electrocardiogramas	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro
Electromiogramas	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro
Electroencefalograma (EEG)	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro
Electroencefalograma (EEG) de 24 horas	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro
MRI	30% coaseguro, hasta 1 prueba por año contrato	Coaseguro de 40% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica.	Coaseguro de 50% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica.
MRA	30% coaseguro, hasta 1 prueba por año contrato	Coaseguro de 40% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización	Coaseguro de 50% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización
Medicina Nuclear	30% de coaseguro	Coaseguro de 40% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica.	Coaseguro de 50% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica.
Estudio Neurológico (Periférico, Cerebral, Vascular No Invasivo)	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro
Procedimientos Diagnósticos Invasivos: Cardiovasculares (Cateterismo), Cerebrovasculares, Neurológicos (Angiografías Cerebrales, Mielograma), Radiología Invasiva	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	50% de coaseguro fuera de Red Preferida 40% de coaseguro dentro de Red Preferida

PET/CTScan	30% de coaseguro, hasta 1 prueba por año contrato	Coaseguro de 40% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización.	Coaseguro de 50% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización.
Estudio del Sueño (Polisomnografía)	30% de coaseguro, hasta 1 prueba por año contrato	Coaseguro de 40% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización.	Coaseguro de 50% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización.
PET Scan (Positron Emission Tomography Scan)	30% de coaseguro, hasta 1 prueba por año contrato	Coaseguro de 40% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización.	Coaseguro de 50% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización.
Sonogramas	30% de coaseguro	40% de coaseguro fuera de la Red Preferida 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	50% de coaseguro fuera de la Red Preferida 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida
Pruebas de Velocidad de Conducción Nerviosa "Nerve Conduction Velocity Tests"	30% de coaseguro, hasta 2 prueba por año contrato	Coaseguro de 40% Máximo 2 por año contrato, sujeto a necesidad médica.	Coaseguro de 50% Máximo 2 por año contrato, sujeto a necesidad médica.
Tomografía	30% de coaseguro, hasta 1 prueba por año contrato	Coaseguro de 40% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica.	Coaseguro de 50% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica.
Prueba de Esfuerzo "Stress Test "	30% de coaseguro, hasta 1 prueba por año contrato	Coaseguro de 40%	Coaseguro de 50%
Timpanometría y Audiometría	30% de coaseguro, hasta 1 prueba por año contrato	Coaseguro de 40% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica.	Coaseguro de 50% Máximo 1 por año contrato, sujeto a necesidad médica.
Manometría de Esófago	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	Coaseguro de 50%
Potenciales Evocados	30% de coaseguro	Coaseguro de 40%	Coaseguro de 50%
Pruebas de Funciones Pulmonares	30% de coaseguro	Coaseguro de 40% en oficina médica. Aplica copago de visita.	Coaseguro de 50% en oficina médica. Aplica copago de visita.
Tipos de Servicios		Cuidado de Salud Visual	
Beneficio Máximo Anual	Cubierta hasta \$150.00	Examen Visual copago de \$10.00 Cubierta lentes y monturas hasta \$150.00 por reembolso	Examen Visual copago de \$10.00 Cubierta lentes y monturas hasta \$150.00 por reembolso
Examen Visual	\$10.00 de copago		
Lentes para Visión Sencilla	\$18.00 de copago		
Lentes Bifocales	\$20.00 de copago		
Lentes de Contactos	\$36.00 de copago		
Monturas	\$18.00 de copago		
Tipos de Servicios		Beneficios de Maternidad	
Visita Inicial para Confirmar el Embarazo	Copago de \$10.00	Copago de \$15.00	Copago de \$18.00
Todas las visitas prenatales subsiguientes, visita postnatal y gastos por parto	Copago de \$10.00	Copago de \$15.00	Copago de \$18.00
Hospitalización para Parto	\$75 de copago	\$100 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$250 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro de la Red Preferida
Hospitalización para Parto por Cesárea	\$75 de copago	\$100 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$250 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro de la Red Preferida
Servicios Médicos de Ginecología y Obstetricia durante el parto o cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Sala de Parto y Recuperación Incubadora "Nursery"	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedio, Coronario y de Cuidado Intensivo Neonatal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Monitoreo Fetal en Paciente Hospitalizado	Cubierto al 100% de la tarifa	Cubierto al 100% de la tarifa	Cubierto al 100% de la tarifa

(Producción e Interpretación)	contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Monitoreo Fetal en Paciente No Hospitalizado (Producción e interpretación) y medicación (Progesterona, Hormona 17p) para embarazo de alto riesgo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Amniocentesis Genética	Cubierto al 100% de tarifa contratada	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Esterilización concurrente con el Parto Circuncisión y Dilatación (Durante el periodo de alumbramiento y en cualquier momento que sea médicamente necesario, sin importar la edad del paciente)	Cubierto al 100% de tarifa contratada	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Aborto Involuntario	Cubierto al 100% de tarifa contratada	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Cuidado del Bebe	Cubierto al 100% de tarifa contratada	Cubierto al 100% sujeto a necesidad médica. Aplica copago de visita en oficina según tipo de proveedor.	Cubierto al 100% sujeto a necesidad médica. Aplica copago de visita en oficina según tipo de proveedor.
Prueba Universal Neonatal de Cernimiento Auditivo según ley 311 con fecha del 19 de diciembre 2003	Cubierto al 100% de tarifa contratada	Cubierto al 100% de tarifa contratada	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Sonogramas Obstétricos	30% de coaseguro	40% de coaseguro fuera de la Red Preferida 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	50% de coaseguro fuera de la Red Preferida 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida
Vacuna RhoGAM	Cubierto al 100% de tarifa contratada, a través de la cubierta de farmacia y aplica coaseguro.	Aplica coaseguro de farmacia, sujeto a necesidad médica y guías clínicas	Aplica coaseguro de farmacia, sujeto a necesidad médica y guías clínicas
Cargos de Recién Nacidos Maternidad para los Hijos de Dependientes	Cubierto al 100% de tarifa contratada, durante la hospitalización de la madre.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego de copago de hospitalización aplicable.
Tipos de Servicios	Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes		
Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes	\$75 de copago Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está hospitalizada.	\$100 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro Red Preferida Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está hospitalizada.	\$250 de copago fuera de Red Preferida \$0 copago dentro Red Preferida Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está hospitalizada.
Perfil biofisico	20% de coaseguro, hasta 1 procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo.	40% de coaseguro Hasta 1 procedimiento por embarazo.	50% de coaseguro Hasta 1 procedimiento por embarazo.
Bomba de lactancia Manual (No Incluye los materiales)	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso	Cubierto para renta o compra por reembolso hasta máximo de \$140.00 por embarazo.	Cubierto para renta o compra por reembolso hasta máximo de \$140.00 por embarazo.

Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la HealthCare and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)			
Teleconsulta24 / 7	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Examen Anual (Laboratorios clínicos y radiologías)	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Todos los servicios preventivos según definido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Pap Test (Thin Prep PAP)	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Nutricionista	Cubierto al 100% de tarifas contratada	Copago de \$10.00 Hasta un máximo de 12 visitas por año contrato	Copago de \$10.00 Hasta un máximo de 12 visitas por año contrato
Cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por sonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años que hayan sido fumadores	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento y consejería conductual en adolescentes por abuso de alcohol y drogas, en adultos de 18 años o mayores que tienen un patrón de riesgo o están en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, incluyendo intervenciones conductuales	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Suplemento de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de colesterol o trastorno de los lípidos para hombres entre, las edades de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; hombres de 35 años de edad o mayores; mujeres de 45 años de edad o mayores, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; y para niños de todas las edades, mujeres de 45 años de edad o mayores si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria así como a mujeres de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopia o	Cubierto al 100%. Según establecido por la United	Cubierto al 100%. Según establecido por la United	Cubierto al 100%. Según establecido por la United

colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años	States Preventive ServicesTask Force	States Preventive ServicesTask Force	States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de depresión para adultos y cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, sicoterapia, (cognoscitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Pruebas de cernimiento para VIH en adolescentes en alto riesgo y adultos desde 15 a 65 años. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse y todas las mujeres embarazadas	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m ² o más, deben ser referidos para intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de tabaco para todos los adultos e intervenciones para el cese de su uso en usuarios de tabaco; consejería extendida a mujeres fumadoras embarazadas	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; cada dos años para mujeres entre 50 y 75 años de edad	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force

Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la HealthCare and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)			
Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de cáncer cervical para mujeres sexualmente activas entre las edades de 21 a 65 años por medio de citología (PaP cada tres años). Prueba de virus del papiloma humano en combinación con citología cada 5 años para mujeres entre las edades de 30 a 65 años	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento para infección de clamidia en todas las mujeres embarazadas o no, de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Todos los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva, según recetado por un médico	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas entre 24 y 28 semanas de gestación y en la primera visita prenatal y mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Pruebas de cernimiento de gonorrea a todas las mujeres sexualmente activas, incluyendo aquellas embarazadas y si están en un alto riesgo de infección	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Examen médico para adulto: cernimiento sobre la depresión y osteoporosis	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita de cuidado prenatal y posteriormente para todas las mujeres Rh (D) negativo entre las 24 y 28 semanas de gestación que no han sido desintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea Rh (D) negativo	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive

apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita well-woman es anual, aunque Health and Human Services (HHS) reconoce que varias visitas pueden ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgos	ServicesTask Force	ServicesTask Force	ServicesTask Force
Cernimiento de autismo para niños a los 18 meses y a los 24 meses	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento y monitoreo del desarrollo para niños menores de 3 años	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Suplementos de fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tienen fluoruro	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de audición para recién nacidos	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de obesidad para niños de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de gonorrea	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive

	ServicesTask Force	ServicesTask Force	ServicesTask Force
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la HealthCare and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)			
Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Evaluación de riesgo oral para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU)	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Inmunización (Vacunas) de Adultos: Hepatitis A, Hepatitis B.	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Meningococcal, Pneumococcal	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Tetanus, Diphtheria, Pertussis y Varicella	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Inmunización (Vacunas) de Niños y Adolescentes: Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Human Papillomavirus (HPV), Varicela, Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococo Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100%. Según establecido por la United States Preventive ServicesTask Force
Tipos de Servicios	Equipo para monitoreo y tratamiento de diabetes para menores de edad de acuerdo con la Ley Núm. 177-2016		
Tirillas, lancetas y bomba portátil de infusión de insulina, sus suministros y artículos	30 % de coaseguro 150 tirillas y 150 lancetas	40 % de coaseguro 150 tirillas y 150 lancetas	50 % de coaseguro 150 tirillas y 150 lancetas

necesarios para el funcionamiento.	mensuales y bomba portátil de infusión de insulina (Incluyendo suministros y artículos necesarios para el funcionamiento de la misma), ambas cubiertas para Pacientes Diabéticos diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo; que requieran el uso de la bomba portátil, de conformidad con lo establecido por el Centers for Medicare & Medicaid Services. Los criterios de elegibilidad están establecidos en el Artículo 2 de la Ley Núm. 177 del 13 de agosto de 2016. Requiere Preautorización	mensuales y bomba portátil de infusión de insulina (Incluyendo suministros y artículos necesarios para el funcionamiento de la misma), ambas cubiertas para Pacientes Diabéticos diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo; que requieran el uso de la bomba portátil, de conformidad con lo establecido por el Centers for Medicare & Medicaid Services. Los criterios de elegibilidad están establecidos en el Artículo 2 de la Ley Núm. 177 del 13 de agosto de 2016. Requiere Preautorización	mensuales y bomba portátil de infusión de insulina (Incluyendo suministros y artículos necesarios para el funcionamiento de la misma), ambas cubiertas para Pacientes Diabéticos diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo; que requieran el uso de la bomba portátil, de conformidad con lo establecido por el Centers for Medicare & Medicaid Services. Los criterios de elegibilidad están establecidos en el Artículo 2 de la Ley Núm. 177 del 13 de agosto de 2016. Requiere Preautorización
Tipos de Servicios	Servicios para Planificación Familiar		
Vasectomía	Cubierto al 100% de tarifas contratada, aplica copago y coaseguros de acuerdo con la especialidad.	Aplica copago de visita a especialista, 1 por vida por suscriptor.	Aplica copago de visita a especialista, 1 por vida por suscriptor.
Esterilización Femenina Ambulatoria	Cubierto al 100% de tarifas contratada, aplica copago y coaseguros de acuerdo con la especialidad.	Cubierto al 100% de tarifas contratada, aplica copago y coaseguros de acuerdo con la especialidad.	Cubierto al 100% de tarifas contratada, aplica copago y coaseguros de acuerdo con la especialidad.
Contraceptivos Orales	Cubierto al 100%. Según establecido por Patient Protection and Affordable Act	Cubierto al 100%. Según establecido por Patient Protection and Affordable Act	Cubierto al 100%. Según establecido por Patient Protection and Affordable Act

Vacunas según itinerario de Administración Rutinaria Vacunas para Niños y Adolescentes Departamento de Salud de Puerto Rico			
Pediarix	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica
Prevnam	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica
PCV (Pneumococcal Conjugate)	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica
Rotavirus	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica
Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago de visita médica
COVID-19	Según la orden establecida por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de conformidad con el Artículo	Según la orden establecida por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de conformidad con el Artículo	Según la orden establecida por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de conformidad con el Artículo

	2.050 (C) del Código de Seguros de Salud.	2.050 (C) del Código de Seguros de Salud.	2.050 (C) del Código de Seguros de Salud.
RSV (Synagys)	Cubierto al 100% de tarifas contratada	25% de coaseguro	30% de coasegur
Límite de Edad para Vacunas	Según establecido por Patient Protection and Affordable Act	Según establecido por Patient Protection and Affordable Act	Según establecido por Patient Protection and Affordable Act
Cubierta Dental			
Máximo en cubierta	\$1,000.00	\$1,000.00	\$500.00
Tipo I - Tratamientos de Diagnósticos y Preventivos			
Examen oral inicial	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Examen oral periódico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno cada 6 meses	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno cada 6 meses	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno cada 6 meses
Examen oral Emergencia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno cada 6 meses	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno cada 6 meses	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno cada 6 meses
Examen de detección de cáncer de la cavidad oral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos en intervalos de 6 meses	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos en intervalos de 6 meses. Pacientes de 30 años o más	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos en intervalos de 6 meses. Pacientes de 30 años o más
Profilaxis- adulto	Uno cada 6 meses 12 años en adelante	Cubierto al 100% 1 cada 6 meses, de 12 años en adelante	Cubierto al 100% 1 cada 6 meses, de 12 años en adelante
Profilaxis niños	Uno cada 6 meses 12 años en adelante	Cubierto al 100% 1 cada 6 meses, de 12 años en adelante	Cubierto al 100% 1 cada 6 meses, de 12 años en adelante
Aplicación de Fluoruro	Menores de 19 años Uno cada 6 meses	Cubierto al 100%. Menores de 19 años 1 cada 6 meses	Cubierto al 100%. Menores de 19 años 1 cada 6 meses
Mantenedores de espacio bilateral o unilateral	Coaseguro 20%	20% de coaseguro Uno por área por vida, solo para molares deciduos que se pierdan prematuramente	20% de coaseguro Uno por área por vida, solo para molares deciduos que se pierdan prematuramente
Sellantes de Fisura por diente	Coaseguro 20% Por diente por vida en premolares y molares permanente	20% de coaseguro Hasta los 14 años. Por diente por vida en premolares y molares permanente	20% de coaseguro Hasta los 14 años. Por diente por vida en premolares y molares permanente
Radiografías			
Radiografía de Mordida	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Radiografía de Mordida- -two Films.	Cubierto al 100% 1 set por año	Cubierto al 100%. 1 set por año	Cubierto al 100%. 1 set por año
Tipo II - Tratamientos Restaurativos Menores			
Amalgamas			
Amalgama 1 superficie.	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Amalgama 2 superficie.	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Amalgama 3 superficie.	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Amalgama 4 ó más superficies	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
RESINAS			
Resina (1) una superficie.	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Resina (2) dos superficies	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Resina (3) tres superficies	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Resina (4) cuatro superficies	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Extracción sencilla	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Extracción cada diente adicional	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Extracción de raíz expuesta	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
D9110 Paliativo	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Tipo III - Tratamientos Restaurativos Mayores			
Puentes	Coaseguro 20%	50% de coaseguro	50% de coaseguro
Coronas	Coaseguro 20%	50% de coaseguro	50% de coaseguro
Dentaduras	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Endodoncia	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Cirugías Oral	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Periodoncia	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Prostodoncia	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Tratamiento de Canal "Root Canals"	Coaseguro 20%	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Ortodoncia	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Cubierta de Farmacia			
Beneficio Anual	\$2,000.00	\$1,750.00	\$750.00
Exceso de Beneficio Anual	40% coaseguro	40% coaseguro	80% coaseguro
Genéricos Farmacias Preferidas	10% coaseguro mínimo \$5.00	\$5 copago por medicamento	\$10 copago por medicamento
Genéricos Farmacias No Preferidas	15% coaseguro mínimo \$10.00	\$10 copago por medicamento	\$15 copago por medicamento
Medicamento de Buprenorfina	Cubierto al 100%	15% Coaseguro	25% Coaseguro
Marca Preferida / Farmacia Preferida	10% coaseguro, mínimo \$12.00	15% coaseguro, mínimo \$15.00 Genérico primera opción	25% coaseguro, mínimo \$25.00 Genérico primera opción
Marca Preferida / Farmacia NO Preferida	15% coaseguro, mínimo \$15.00	20% coaseguro, mínimo \$20.00 Genérico primera opción	30% coaseguro, mínimo \$30.00 Genérico primera opción
Marca No Preferida / Farmacia Preferida	15% coaseguro, mínimo \$20.00	25% coaseguro, mínimo \$25.00 Genérico primera opción	50% coaseguro, mínimo \$50.00 Genérico primera opción
Marca No Preferida / Farmacia No Preferida	20% coaseguro, mínimo \$25.00	30% coaseguro, mínimo \$30.00 Genérico primera opción	55% coaseguro, mínimo \$55.00 Genérico primera opción
Medicamentos Biotecnológicos Todas las Farmacias	30% coaseguro hasta un máximo de \$200.00	50% coaseguro Genérico primera opción	50% coaseguro Genérico primera opción
Tratamiento para dejar de fumar	Cubierto hasta \$400.00 por año contrato	Cubierto al 100% Medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA, por noventa (90) días consecutivos en un intento, y hasta dos intentos por año. Genérico primera opción	Cubierto al 100% Medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA, por noventa (90) días consecutivos en un intento, y hasta dos intentos por año. Genérico primera opción
Todo medicamento cuyo costo total sea menor de \$8.00, no estará cubierto	Todo medicamento recetado cuyo costo total sea menor de \$8.00, no estará cubierto	Todo medicamento recetado cuyo costo total sea menor de \$8.00, no estará cubierto	Todo medicamento recetado cuyo costo total sea menor de \$8.00, no estará cubierto
Despacho de Medicamentos a través de Servicios de Correo	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Cubierta de Gastos Médicos Mayores			
El Beneficio Máximo aplicable a esta cubierta es por vida por cada persona asegurada. El beneficio máximo estará limitado por los gastos que deberán ser cubiertos, ocasionados por servicios médicos	Beneficio Máximo de \$1, 250,000	Beneficio Máximo de \$500,000	Beneficio Máximo de \$500,000
Deducibles			
Deducible por año contrato	Individual - \$50.00	No aplica	No aplica
	Familiar - \$150.00	No aplica	No aplica
	20% coaseguro	20% coaseguro	20% coaseguro
Prótesis	Límite hasta \$10,000.00 Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro	Cubierto hasta \$10,000.00. Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro	Cubierto hasta \$10,000.00. Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro
Equipo Médico Duradero	Límite hasta \$10,000.00 Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro	Cubierto hasta \$10,000.00. Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro	Cubierto hasta \$10,000.00. Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro
Aparatos Ortopédicos	Límite hasta \$5,000.00 Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro	Cubierto hasta \$5,000.00. Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro	Cubierto hasta \$5,000.00. Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro
Mamoplastia	Límite hasta \$5,000.00 Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro	Cubierto hasta \$5,000.00. Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro	Cubierto hasta \$5,000.00. Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro
Beneficios Cubiertos a través de Gastos Médicos Mayores:			
Equipo Médico Durable (DME)	Cubierto hasta \$10,000.00. Requiere pre-autorización. 20% de coaseguro	Cubierto hasta \$10,000.00. Requiere pre-autorización. 20% de coaseguro	Cubierto hasta \$10,000.00. Requiere pre-autorización. 20% de coaseguro
Prótesis/ implantes	Cubierto hasta \$10,000.00. Requiere pre-autorización. 20% de coaseguro	Cubierto hasta \$10,000.00. Requiere pre-autorización. 20% de coaseguro	Cubierto hasta \$10,000.00. Requiere pre-autorización. 20% de coaseguro
Litotricia	En exceso de la básica hasta \$5,000.00 por año póliza y sujeto a pre-autorización. 20% de coaseguro	Incluido en Cubierta Básica; Excluido de Cubierta de Gastos Medicos Mayores	Incluido en Cubierta Básica; Excluido de Cubierta de Gastos Medicos Mayores
Aparatos ortopédicos/ ortóticos	Cubiertos hasta \$5,000.00	Cubierto hasta \$5,000.00.	Cubierto hasta \$5,000.00.

	por año (beneficio combinado) Requiere pre-autorización. 20% de coaseguro	Requiere pre-autorización. 20% de coaseguro	Requiere pre-autorización. 20% de coaseguro
Programa de Hospicio	20% de coaseguro Requiere pre-autorización.	20% de coaseguro Requiere pre-autorización.	20% de coaseguro Requiere pre-autorización.
Equipo tecnológico	Cubierto para mantener vivo al usuario con servicio de enfermería diario por 8 horas y suplido necesario para operar el equipo y terapia física y ocupacional para menores de 21 años. Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro	Incluido en Cubierta Básica; Excluido de Cubierta de Gastos Medicos Mayores	Incluido en Cubierta Básica; Excluido de Cubierta de Gastos Medicos Mayores
Ventiladores y respiradores mecánicos	Sin límite según Ley local para pacientes menores de 21 años. Requiere pre-autorización. 20% de coaseguro	Incluido en Cubierta Básica; Excluido de Cubierta de Gastos Medicos Mayores	Incluido en Cubierta Básica; Excluido de Cubierta de Gastos Medicos Mayores
Servicios de Emergencia fuera de la isla	A cargos razonables y habituales. 20% de coaseguro	20% de coaseguro El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al coaseguro.	20% de coaseguro El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al coaseguro.
Mamoplastía	Límite hasta \$5,000.00 Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro	Cubierto hasta \$5,000.00. Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro	Cubierto hasta \$5,000.00. Requiere pre-autorización. Aplica coaseguro
TRASPLANTE DE ÓRGANOS			
Beneficio Máximo	Beneficio Máximo por suscriptor, por trasplante, por año de \$500,000 y máximo de por vida de \$1,000,000.00 por suscriptor.	Beneficio Máximo por suscriptor, por trasplante, por año de \$500,000 y máximo de por vida de \$1,000,000.00 por suscriptor.	Beneficio Máximo por suscriptor, por trasplante, por año de \$500,000 y máximo de por vida de \$1,000,000.00 por suscriptor.
Trasplantes Cubiertos y Otros Servicios Relacionados			
Órganos	Piel, Tejidos, Huesos, Córnea	Piel, Tejidos, Huesos, Córnea	Piel, Tejidos, Huesos, Córnea
	Corazón, Páncreas-riñón	Corazón, Páncreas-riñón	Corazón, Páncreas-riñón
	Corazón-pulmón, Páncreas	Corazón-pulmón, Páncreas	Corazón-pulmón, Páncreas
	Pulmón (unilateral o bilateral), Arterias o venas	Pulmón (unilateral o bilateral), Arterias o venas	Pulmón (unilateral o bilateral), Arterias o venas
	Hígado, Médula Ósea	Hígado, Médula Ósea	Hígado, Médula Ósea
	Riñón, Intestino delgado	Riñón, Intestino delgado	Riñón, Intestino delgado

NOTIFICACION DE ANTIFRAUDE

De acuerdo con las disposiciones de la Ley Número 230 de 9 de agosto de 2008, le indicamos que el Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone que:

“Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de cubierta o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años”.



1-866-952-6735



| planmenonita.com

Aibonito

Calle Pablo Ortiz
(Frente a Salesianos)

Caguas

Ave. Degetau F2,
Bonneville Terrace

Cayey

Plaza Cayey, Carr. PR #1
(Al lado de Pep Boys)

Cidra

100 Ave. Luis A. Santos Flores
(CDT Menonita, frente a Oficinas
Corporativas Sistema de Salud Menonita)

Coamo

Ave. Luis Muñoz Marín,
Carr. 138 (CDT Menonita)

Comerio

Bda. Pasarell, Sec. Vega Redonda,
Carr 778 km.0.9 (CDT Menonita,
frente a Burger King)

Fajardo

Fajardo Market Square
Shopping Center,
Carr. 3 Km 45.4

Guayama

Suite 101 La Fuente Town Center
706 Calle Marginal

Humacao

Carr. 908 km 0.2, Barrio Tejas
(Frente al antiguo Hospital
Regional de Humacao)

Ponce

Carr. #2 Km 225, Calle Cándido Hoyos,
Centro Comercial Ponce Mall
(Al lado de Liberty Cable Vision)