

¡Tarifas bajas confiables para servidores públicos!



PROSSAM

EL PLAN DE SALUD DEL SERVIDOR PÚBLICO PUERTORRIQUEÑO



MAX

GUIA DEL SUScriptor 2019

para **servidores públicos**
trabajando para **servidores públicos**

Cubiertas amplias

Más Proveedores de Servicio

\$0 copago en clínicas afiliadas

Mayores beneficios con \$0 copago

Seguro de Vida

Programa de Asistencia al Viajero

www.justiciatarifaria.com

info@justiciatarifaria.com

[@prossam](https://www.facebook.com/prossam)

[@justiciaprossam](https://twitter.com/justiciaprossam)

AUTORIZADO POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.

TABLA DE CONTENIDO

I.Introducción.....	5
II.Elegibilidad.....	5
III. Proceso de Pre-Certificación.....	14
IV.Coordinación de Beneficios.....	15
V.Conversión.....	18
VI.Resumen de sus Beneficios Médicos Básicos.....	20
VII.Exclusiones de Cubierta Médica.....	36
VIII.Cubierta de Trasplante de Órganos.....	39
IX.Exclusiones de Trasplante de Órganos.....	40
X.Cubierta de Gastos Médicos Mayores.....	41
XI.Exclusiones de Gastos Médicos Mayores.....	42
XII. Resumen de su Cubierta de Farmacia.....	42
XIII.Exclusiones de su Cubierta de Farmacia.....	47
XIV.Resumen de su Cubierta de Visión.....	48
XV.Cubierta Dental.....	49
XVII.Programas de Valores Añadidos.....	50
XVIII. Herramientas.....	51
XIX.Proceso de Querellas, Apelaciones y Reclamaciones.....	51
XX.Notificaciones Importantes.....	54
XXI.Definiciones.....	59

K.M. P.M.

Jan





INTRODUCCIÓN

PROSSAM, que en adelante se denominará como La Entidad Contratante, se compromete a proveer a los empleados públicos, dependientes elegibles y pensionados, los beneficios, derechos y privilegios que se estipulan en este contrato de beneficios, el cual se denomina "Cubierta de Beneficios Médico-Quirúrgicos, Dentales, Hospitalización y Beneficios Complementarios para los Funcionarios, Empleados y Pensionados del Gobierno de Puerto Rico, sus Municipios e Instrumentalidades".

La Entidad Contratante estará obligada a proveer los beneficios de la Cubierta **PROSSAM-max** 2019 a los empleados, pensionados y sus dependientes directos y opcionales que hayan adquirido la condición de asegurado o suscriptor y que hayan sufrido lesiones o enfermedad.

K.M. 1. M.
J.W.
Este Contrato se otorga en virtud a las disposiciones de la **Carta Circular de ASES** y al pago de las primas que le corresponda pagar al Gobierno de Puerto Rico, sus Municipios, Entidades y al empleado cubierto, las cuales se estipularán como parte de este contrato. Este contrato tendrá vigencia comenzando a partir del **primero (1ro) de abril de 2019 al 31 de marzo de 2020**.

Es una cubierta de libre selección dentro de la red de proveedores contratada por PROSSAM.

El Contrato se podrá renovar a opción de La Entidad Contratante de conformidad con la Ley Número 95 del 29 de junio de 1963, según enmendada.

2. **La Guía del Suscriptor PROSSAM-max** es el documento oficial que detalla la cubierta de salud bajo **PROSSAM-max**. Establece sus derechos y obligaciones como suscriptor

o persona cubierta. Utilice esta guía para identificar aquellos servicios médicos que usted y su familia necesite.

3. **Como utilizar esta Guía: La Guía del Suscriptor le informara a usted y a sus dependientes:**

- i. **Los beneficios cubiertos y no-cubiertos PROSSAM-max.**
- ii. **Sus derechos y obligaciones con el plan.**
- iii. **Su cubierta de Medicamentos, laboratorios, servicios dentales y de visión.**
- iv. **Cómo y cuándo debe utilizar los servicios de PROSSAM-max.**
- v. **Las obligaciones y responsabilidades que PROSSAM-max tiene con usted.**

II. ELEGIBILIDAD

1. **Fecha de Efectividad** - Fecha en que entra en vigor la cubierta el **1ro de abril de 2019 al 31 de marzo de 2020**.
2. **Elegibilidad** - Serán elegibles para solicitar cubierta bajo este contrato los empleados, funcionarios y pensionados, sus dependientes directos y opcionales según definidos en la Parte 1 de este contrato.
 - i. Cualquier persona que adquiera la condición de elegible con posterioridad a la fecha en que comience este contrato, deberá someter su solicitud de ingreso al Plan dentro de treinta (30) días a partir de la fecha que tenga conocimiento de elegibilidad. La cubierta en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la solicitud, siempre que la persona someta la solicitud antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después

del día diez (10) del mes, la cubierta tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

- ii. Los empleados que no soliciten cubierta según se establece en la sección no podrán ingresar al Plan durante el resto del año de contrato. La Entidad Contratante no está autorizada a realizar cambios en las cubiertas durante el año contrato sin la autorización de ASES, con excepción de los especificados en este contrato.
- iii. En todos los casos, la inclusión de dependientes sólo se podrá hacer al momento de acogerse el empleado a los beneficios de este contrato o en la fecha de renovación del mismo, salvo lo dispuesto en la Sección 3.4, de esta cubierta.
- iv. Administración de Seguros de Salud - Reforma de Salud (Mi Salud)

K.M. 1.11
QW

a. Aquellos empleados o pensionados que opten por la Reforma de Salud como Entidad Contratante no podrán utilizar la aportación patronal otorgada por la Ley Núm. 95 para ningún otro plan que no sea la Reforma de Salud.

b. Si el empleado, funcionario o pensionado o su cónyuge escoge un plan médico de los contratados por el ASES y no informa que tiene el Plan de Reforma de Salud, este último será pagado con la aportación patronal y el otro plan será descontado por nómina del cheque del empleado o de la pensión.

c. Aquellos empleados o pensionados que estén activos en la Reforma de Salud e interesen acogerse a uno de los contratados por el Secretario deberán solicitar su baja previo a llenar una solicitud al plan de salud seleccionado. Para esto deberá presentar una

certificación (MA-10) que indique que no pertenece a la Reforma al plan seleccionado.

- d. Aquellos que no hayan solicitado su baja en el tiempo requerido por ASES a la cubierta de la Reforma de Salud y a la misma vez se acojan algún plan de beneficios de salud bajo la Ley Núm. 95 la aportación patronal será pagada a la Reforma de Salud.
- e. El empleado o pensionado deberán reponer al Gobierno todo el dinero por concepto de aportación patronal recibida de forma indebida.
- f. Cuando un empleado o pensionado médico indigente que esté en la Reforma y en su revisión no cualifica como médico indigente y esto ocurre durante el periodo de contrato que no sea el periodo de cambio o suscripción, la Oficina de Asistencia Médica del Departamento de Salud vendrá obligada a orientar al empleado de éste interesar en continuar con la aportación patronal, solicite el Plan de la Reforma hasta el periodo de cambio o suscripción que establece ASES. Para esto deberá presentar una certificación (MA-10) que indique que no pertenece a la Reforma y tendrá que pagar la diferencia en costo. En estos casos la Reforma le facturará a la agencia la aportación patronal de dichos empleados.
- g. Si al empleado o pensionado no médico indigente le interesa seguir con otro plan de servicio de salud contratado por el Secretario, llenará una solicitud en el periodo de suscripción establecido para este propósito. Las agencias serán responsables de orientar al personal sobre este requerimiento.



- h. Si el empleado durante el año de contrato quiere cambiar de un plan de salud contratado por ASES a la Reforma de Salud u otro, tendrá que seguir las disposiciones de cancelación que se indican.

3. Cambios de Asegurados Durante el Año Contrato

No se permitirá cambios de asegurador durante un mismo año contrato.

- 4. **Cambios Durante el Año** - La Entidad Contratante está obligada a realizar inmediatamente los cambios en el sistema electrónico, de lo contrario será responsable del pago del servicio a que tiene derecho el suscriptor luego de realizar el cambio.

K.M. 1.4
qu
i. **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 treinta (30) días posteriores a la fecha del matrimonio. La cubierta tendrá efectividad según dispone la Sección 3.2.1, de este contrato.

ii. **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 treinta (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 en su Plan a los hijos que nazcan durante la vigencia de su Plan 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.

iv. 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 del asegurado principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho asegurado principal o dependiente directo que sea elegible mediante la obtención de la custodia legal dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la adopción legal o la fecha en que comenzó una relación corriente de hijo con el asegurado o suscriptor, según sea el caso, sometiendo la evidencia correspondiente. La cubierta tendrá efectividad según dispone la Sección 3.2.1 de este contrato.

v. **Por Divorcio o Muerte** - Los hijos de un suscriptor que se divorcie o muera tienen derecho a continuar bajo el Plan del suscriptor aunque no vivan bajo el mismo techo. El cónyuge divorciado o viudo que no fuera suscriptor principal es elegible a continuar como suscriptor, si se acoge al derecho de conversión, de acuerdo con las disposiciones de la **Parte V** de este contrato. Si un dependiente directo u opcional muere durante el año contrato el suscriptor deberá notificar a la Entidad Contratante dentro de los treinta (30) días siguientes a la muerte para el cambio o ajuste, si alguno, de la prima correspondiente.

vi. **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 ASES y hacer uso de su aportación patronal le aplicara lo siguiente:



a. **Ingresar** - El suscriptor deberá llenar y entregar una solicitud directamente a la entidad contratante seleccionada dentro de los siguientes sesenta (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 diez (10). Si la solicitud de ingreso se efectúa después del día diez (10), el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.

b. **Interesa Continuar sin Interrupción de Servicios** - En estos casos el suscriptor deberá comunicarse directamente con la entidad contratante con la cual tiene su plan médico dentro de los treinta (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 copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental. El retirado no podrá hacer cambios de entidad contratante, ni de cubierta en ese momento. El retirado pagará directamente a la entidad contratante el costo total de la prima, incluyendo la aportación patronal. Tan pronto como 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 la entidad contratante para que ésta comience a facturar al Sistema de Retiro.

c. **Decida No Continuar Con Su Plan** - En este caso el suscriptor deberá comunicarse directamente con la entidad contratante con la cual tiene su plan médico dentro de los treinta (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 copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental, junto con las tarjetas de la entidad contratante. Del suscriptor no entregar las tarjetas será responsable del pago de la prima o del pago de los servicios utilizados, según lo acordado con la entidad contratante.

d. El suscriptor ya pensionado podrá optar por una cubierta Complementaria de Medicare 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 a aquel en que La Entidad Contratante reciba una solicitud del pensionado, a tales efectos.

vi. **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.

vii. **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 treinta (30) días siguientes de tener conocimiento. El suscriptor someterá evidencia a tales efectos con la efectividad de la cancelación del mismo. 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 diez (10) del mes. Si la persona somete la cancelación después del día diez (10) del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes

K.M. 1-4
JW



subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud de cancelación.

viii. 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 este Plan y tendrá treinta (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 del mismo. El ingreso 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 diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después del día diez (10) del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

ix. Cambios de Asegurador Durante el Año de Contrato Por Liquidación, Cese de Operaciones o Cualquiera 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 a iniciar un proceso de liquidación de uno de los Planes contratados, éste notificará inmediatamente a ASES para la acción correspondiente. La Entidad Contratante 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 la Entidad, durante el año de contrato que pueda afectar a 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 acogido a este 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.

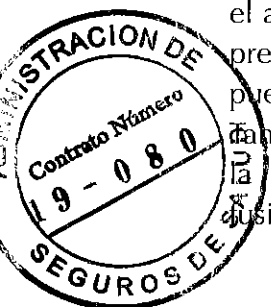
x. Licencia Sin Sueldo - Si un suscriptor se acoge a una Licencia sin Sueldo, Licencia Militar sin Sueldo o Licencia Médico Familiar puede continuar o no con su contrato de plan médico. Lo cual el suscriptor tiene que informar a la agencia o municipio y a la Entidad Contratante para el debido proceso administrativo.

a. 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 servicio al finalizar dicho período. De no reintegrarse finalizado dicho período, éste vendrá obligado a rembolsar a ASES los desembolsos incurridos para el pago de las aportaciones patronales. Sin embargo, ASES podrá excluir de la obligación de rembolsar las aportaciones mencionadas a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios del retiro por una condición de salud.

b. Un empleado que esté en licencia sin sueldo y no puede cubrir las primas del contrato vigente, podrá modificar dicha cubierta para reducir las mismas. Dicho cambio lo hará directamente con la entidad aseguradora y no está sujeto a las fechas límite para hacer cambios.

c. Si el plan de servicios de salud es mancomunado, notificará a la

Oficina de Recursos Humanos de la agencia donde trabaje el cónyuge mancomunado.



- d. Si el suscriptor se reintegra al servicio público luego determinada la licencia sin sueldo y no está acogido a un plan de servicios de salud éste tendrá hasta 60 días calendarios siguientes a la fecha del reingreso para solicitar ingresar a uno de los planes médicos contratados por ASES.
- e. Si la licencia sin sueldo fue concedida bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, 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 en vigor por un período que no excederá de doce (12) semanas y tendrá derecho al pago de la aportación patronal correspondiente por el referido período.

K.M. 1.4
J.W.
 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 de seguros, 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.

- g. Las licencias sin sueldo deben ser solicitadas por el empleado a la agencia, no se concederán automáticamente.

J.W.
 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.

5. Directorio de Proveedores Participantes -
 La Entidad Contratante le proveerá a cada empleado asegurado o suscriptor una lista

de los proveedores participantes incluyendo médicos, hospitales, laboratorios y otras facilidades y proveedores participantes. La lista de proveedores se clasificará por pueblos y los médicos se clasificarán por especialidad y subespecialidad.

i. Contratación de proveedores - La Entidad Contratante vendrá obligada a contratar proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios que sea adecuada y suficiente para garantizar el acceso a todos los servicios cubiertos en este contrato, en razonable proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de los suscriptores. Esto incluye el acceso a especialistas cualificados para servicios de salud a pacientes con condiciones especiales de cuidado de salud, de manera que se garantice a dichos suscriptores acceso directo y rápido a los proveedores o especialistas de su selección de entre el Directorio de Proveedores.

ii. Cambio en el Contrato - Se requiere que en los contratos de adhesión, según sean revisados por el plan, se le añada la siguiente cláusula: "el médico o proveedor contratado le cobrará al suscriptor la misma tarifa que le facturaría al plan médico, hasta la fecha en que el contrato entre el proveedor y el plan sea cancelado por escrito por una de las partes".

iii. Notificación sobre cambios - La Entidad Contratante notificará por escrito a los empleados asegurados o suscriptores todo cambio de proveedores, tan pronto éste ocurra y no más tarde de los quince (15) días siguientes a la fecha de ocurrir el mismo. Se considerará que se ha notificado al empleado suscriptor si se notifica en la fecha indicada, ASES, a los Directores de Recursos Humanos de las agencias, departamentos, municipios e instrumentalidades concernidas. La notificación se hará por correo postal y por correo electrónico a la misma vez mediante



un aviso suscrito por el representante de la Entidad Contratante.

iv. **Cancelación de Contrato** - Se considera cancelación de contrato cuando cualquiera de las partes notifica por escrito con treinta (30) días de antelación su intención de cancelar y la otra parte acepta por escrito la terminación dentro del término señalado.

6. **Derecho a una Segunda Opinión** - Los suscriptores bajo este contrato tendrán derecho a solicitar una segunda opinión médica y La Entidad Contratante pagará el costo correspondiente.

7. **Guía del Suscriptor** - La Entidad Contratante enviará por correo o proveerá a cada asegurado o suscriptor el Resumen Explicativo de los Beneficios y Condiciones Principales del Plan, según provisto por ASES. Esta es una exposición clara y precisa de los servicios, beneficios, límites máximos o mínimos a que tendrán derecho los empleados, pensionados y los miembros de sus familias, así como de las exclusiones y limitaciones aplicables, a los efectos de que en caso de duda se interpretarán liberalmente a favor del suscriptor.

8. **Reembolso Sino Hubiese Proveedor** - La Entidad Contratante reembolsará el cien (100) por ciento de los gastos, sujeto a cualquier deducible o coaseguro aplicable, incurridos por un asegurado o suscriptor que no pueda recibir beneficios de un proveedor participante bien porque el Plan no cuente con proveedores que provean un servicio cubierto por este contrato, o porque se hubiere cancelado el contrato entre un proveedor incluido en el directorio de facilidades médico hospitalarias y no se hubiere notificado el cambio. Para tener derecho al reembolso, el suscriptor deberá presentar evidencia del pago efectuado.

9. **Periodo de Espera** - Ningún suscriptor estará sujeto a período de espera de clase alguna bajo ningún concepto.

10. **Errores de Facturación o Descuento de Primas** - Bajo este contrato no se requerirá a un suscriptor que pague a La Entidad Contratante cualquier aportación patronal adeudada, excepto como se disponga en el Reglamento de la Ley Núm. 95, citada. Ni se privará a cualquier suscriptor de protección por el hecho que la Entidad Contratante no haya facturado a la agencia o municipio el descuento correspondiente.

i. **Reactivar una Póliza:** Si no se descuenta la prima de renovación dentro del tiempo concernido a la Entidad Contratante, el suscriptor hará gestiones con su Agencia Gubernamental y con la Entidad Contratante para que su Contrato sea activado a la fecha de renovación.

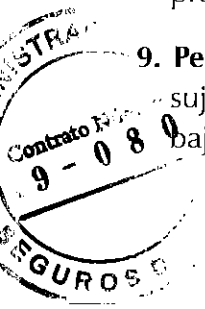
11. Disposiciones Generales

i. **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.

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

11-1-11

FW



13. Cancelación Individual - La Entidad Contratante podrá cancelar la cubierta de cualquier asegurado o suscriptor bajo el Plan en cualquier momento cuando el asegurado o suscriptor:

- i. Haya presentado o haya hecho presentar una reclamación falsa o fraudulenta, para el pago de una reclamación bajo este contrato, o
- ii. Cuando el asegurado o suscriptor denota patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por el plan.
- iii. Cuando el asegurado o suscriptor adeude el pago de la prima.

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

14. Cobro de Diferencias por Tipo de Acomodo en el Hospital - Ningún asegurado o 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.

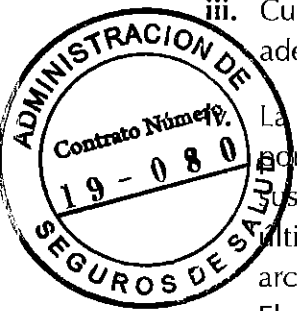
15. Derechos Personales - El asegurado o suscriptor no podrá ceder, traspasar o enajenar en favor de terceras personas, ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de este contrato: se dispone que La Entidad Contratante se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que el asegurado o suscriptor, con su consentimiento expreso

o tácito, permita que personas no aseguradas o suscritas utilicen la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida a su favor por La Entidad Contratante. El recobro de tales gastos no impedirá que La Entidad Contratante cancele el contrato de dicho asegurado o suscriptor, si así lo decidiera, en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la presentación de querrela para que se enjuicie criminalmente al asegurado o suscriptor o la persona que haya utilizado ilegalmente la tarjeta.

16. 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.

17. Reclamaciones de Reembolsos - En caso de que el asegurado o suscriptor de un plan de libre selección reciba servicios cubiertos de proveedores de servicios no participantes, excluyendo los servicios de emergencia mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje, según se establece en la sección 4.8 de este contrato, los pagos que haya que hacer por estos servicios cubiertos en este contrato se registrarán por las siguientes disposiciones:

- i. El asegurado o suscriptor dará aviso por escrito de cualquier reclamación a La Entidad Contratante tan pronto le sea razonablemente posible, sin exceder de tres (3) meses contados a partir de la fecha en que recibió el servicio.
- ii. La Entidad Contratante suministrará al asegurado o suscriptor los formularios correspondientes para la presentación de evidencias de servicios dentro de un período de quince (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 asegurado o suscriptor.

iii. El asegurado o suscriptor deberá someter evidencia escrita de los servicios dentro de noventa (60) días contados a partir de haber recibido los formularios correspondientes para la presentación de evidencia de servicios.

iv. 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:

a. La Entidad Contratante reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base del cien por ciento (100%) de las cantidades que La Entidad Contratante hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos en casos de emergencia menos el deducible aplicable.

b. Solo se reembolsara en caso de una emergencia según requerido por la Ley Núm. 194 de 25 de agosto del 2002. Estos serán pagados directamente al suscriptor a base de la cantidad que resulte menor entre el gasto incurrido y el honorario que se hubiese pagado a un proveedor participante, luego de aplicado el deducible o copagos aplicables por el servicio prestado.

c. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, la Entidad Contratante no será responsable de pagar por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiera recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. La Entidad Contratante 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 la Entidad Contratante para ofrecer los mismos servicios.

18. Pago de Gastos Por Servicios de Proveedores No Participantes en Caso de Planes de Libre Selección de los servicios de emergencia mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje en Estados Unidos y sus territorios.

i. En el caso de emergencia fuera de Puerto Rico, si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud cuenta con el acceso a facilidades o redes fuera de Puerto Rico, aplicará el cargo contratado en el área donde se prestó el servicio.

ii. De no contar con facilidades o redes fuera de Puerto Rico la Entidad Contratante está obligada a negociar directamente con el proveedor el costo total de los servicios prestados.

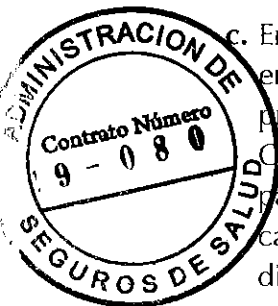
iii. Posterior a la negociación, la Entidad Contratante pagará directamente al proveedor el ochenta por ciento (80%) de lo negociado por los servicios que el asegurado o suscriptor recibió.

iv. Luego que la Entidad Contratante pague, el asegurado o suscriptor pagará al proveedor el restante veinte por ciento (20%) de lo negociado entre la Entidad Contratante y el proveedor, si alguna.

19. Servicios Para el Embarazo y Para la Maternidad - Los cuidados prenatales, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para la empleada asegurada y esposa asegurada. A la madre asegurada, 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

K.M. P.M

JW



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 Post-Parto". 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 asegurado de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este Contrato. El servicio de esterilización estará disponible solamente para el suscriptor principal o su cónyuge.

K.M. 1.11

20. Tarjeta de Identificación - Para tener derecho a los beneficios que provee el Plan, todo asegurado o suscriptor que solicite servicios vendrá obligado a identificarse como suscriptor del Plan mostrando al proveedor participante, al momento de solicitar sus servicios, la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida por La Entidad Contratante, la cual indicará las cubiertas a que tiene derecho.

Jan.

21. Vencimientos de Prima - Período de Gracia - Las primas bajo este contrato serán pagaderas mensualmente al final de cada mes. La Entidad Contratante 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.

III. PROCESO DE PRE-CERTIFICACIÓN

1. En los casos en que los beneficios establecidos en el Contrato Uniforme, requiera pre autorización, la Entidad Contratante no será responsable por el pago de servicios prestados o recibidos, si el suscriptor no ha obtenido la misma. Cuando se requiera pre-autorización:
 - i. La Entidad Contratante informará por escrito al asegurado o suscriptor en el término de dos (2) días laborables o de lo contrario se considerará que la solicitud de autorización ha sido aprobada.
 - ii. El término máximo que se concederá al asegurado o suscriptor para recibir ese servicio no será menor de 30 días calendario.
 - iii. El oficial médico o representante autorizado de La Entidad Contratante que decida no autorizar el servicio hará constar su decisión por escrito, no más tarde de dos (2) días laborables de la solicitud.
 - iv. Se considerará autorizado el servicio que el médico participante considere que es un servicio de emergencia.
 - v. Si el suscriptor solicita una reconsideración, La Entidad Contratante tendrá cinco (5) días laborables para contestar su decisión por escrito.
2. **Tiempo para Autorización de Servicios** - La Entidad Contratante se compromete a entregar al asegurado o suscriptor las autorizaciones de servicios no más tarde de dos (2) días laborables contados a partir de la entrega de la orden médica y los documentos relacionados con el servicio, excepto en casos de emergencias, el cual será no más tarde de 24 horas de haberle sido solicitada.



IV. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

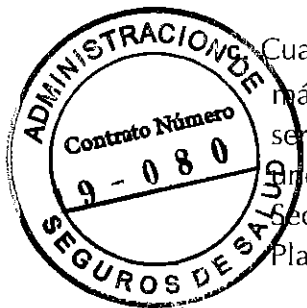
1. Aplicabilidad

- K.M. 1.4*
- Jaw*
- i. Esta disposición sobre la Coordinación de Beneficios (COB) se aplica a todos los beneficios de cuidado médico según este Plan, cuando un empleado o el dependiente cubierto del empleado goce de cubierta para cuidado médico bajo más de un Plan. Los términos "Plan" y "Este Plan" se definen más adelante.
 - ii. Si esta disposición sobre COB se aplica, las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios deben examinarse primero. Estas reglas determinarán si los beneficios de Este Plan serán determinados bajo Este Plan:
 - a. No se reducirán cuando, de acuerdo con las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios de Este Plan se determinen antes que los de otro Plan: Sin embargo,
 - b. Podrán reducirse cuando, de acuerdo con las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios, otro Plan determine sus beneficios en primer lugar. La reducción mencionada se describe en la sección 5.6 titulada "Efecto sobre los Beneficios de Este Plan".
 - c. En el caso de que un suscriptor o dependiente posean los beneficios del Seguro de Servicios de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ASES), tendrá que seleccionar entre los beneficios de la Ley Número 95, según enmendada o ASES, pero no los dos.

2. Definiciones

- i. Un "Plan" será cualquiera de los siguientes que provea beneficios para o causados por, el tratamiento o cuidado médico o dental:
 - a. Seguro grupal o cubierta grupal incluirá cubierta prepagada, de práctica grupal o individual. También incluirá cubierta que no sea del tipo de accidente escolar.
 - b. Cubierta según un plan gubernamental o requerido por ley. Esto no incluirá un plan estatal según Medicaid El Título XIX de la Ley de Seguro Social de los Estados Unidos de América Sobre Concesiones a los estados para los Programas de Asistencia Médica según haya sido enmendado de cuando en cuando. Cada contrato o arreglo de cubierta es un Plan diferente.
 - c. Además, si un arreglo tiene dos partes y las reglas para la COB se aplicarán solamente a una de los dos, cada una de las partes será un Plan distinto.
- ii. "Este Plan" será la parte del contrato grupal que provea beneficios por gastos de cuidado de la salud.
- iii. "Plan Primario/Plan Secundario". Las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios informarán si Este Plan es un Plan primario o un Plan secundario en relación con otro Plan que cubra la persona.
 - a. Cuando Este Plan sea un Plan primario se determinarán sus beneficios antes que los del Otro Plan y sin que se consideren los beneficios de éste.
 - b. Cuando Este Plan sea un Plan secundario se determinarán sus beneficios después de los del Otro Plan y se podrán reducir por los beneficios del otro Plan.





Cuando la persona está cubierta por más de dos planes Este plan podría ser un Plan Primario en relación con uno o más planes y podría ser un Plan Secundario en relación con un Plan o Planes diferentes.

K.M. 1.4

iv. Gasto Admisible Quiere decir una partida de gasto necesaria, razonable y acostumbrada para el cuidado de la salud cuando la misma la cubren, al menos, parcialmente uno o más planes que cubren a la persona por quien se hace la reclamación. La diferencia entre el costo de un cuarto privado de hospital y el costo de un cuarto semiprivado de hospital no se considera un gasto admisible según la definición anterior a menos que la estadía del paciente en un cuarto privado de hospital sea médicamente necesaria o vaya de acuerdo con las prácticas médicas generalmente aceptadas o según se defina específicamente en el Plan. Cuando un Plan provea beneficios en forma de servicios, el valor en efectivo razonable de cada servicio rendido se considerará tanto como un gasto admisible como un beneficio pagado.

J.W.

V. Período de Determinación de Una Reclamación Se refiere a un año. Sin embargo éste no incluirá a ninguna parte de un año durante la cual una persona no tenga cubierta bajo Este Plan, ni ninguna parte de un año que anteceda a la fecha en que entre en vigor esta disposición de (COB) o alguna similar.

3. Reglas Relativas al Orden de Determinación de los Beneficios

i. En general, cuando exista base para una reclamación según Este Plan y otro Plan, Este Plan será un Plan secundario cuyos beneficios se determinarán después de aquellos del Otro Plan a menos que:

- a. El Otro Plan contenga reglas que coordinen sus beneficios con aquellos de Este Plan; y
- b. Tanto las reglas del Otro Plan y las reglas de este Plan, descritas en la sección 3.12.3.2. más adelante, requieren que se determinen los beneficios de este Plan antes que los del otro Plan.

ii. Reglas: 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 socio, suscriptor, asegurado miembro, este Plan tendrá responsabilidad sobre dichos beneficios conforme a las reglas que se expresan más adelante, disponiéndose que, bajo ninguna circunstancia Este Plan pagaría una cantidad que resulte mayor que el gasto en que incurrió realmente la persona cubierta, ni tampoco mayor de aquella cantidad que este Plan hubiese pagado de otro modo de no existir dicha cubierta o cubiertas. Las reglas para establecer la responsabilidad de Este Plan en la determinación del pago correspondiente en virtud de las disposiciones de esta cláusula son las siguientes:

- a. 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.
- b. Niño Dependiente/Padres no separados ni divorciados Cuando Este Plan y otro Plan cubran al mismo niño como dependiente de diferentes personas llamadas "padres".

c. Los beneficios del plan de aquel cuyo cumpleaños ocurre más temprano en el año se determinan antes que aquellos del plan de aquel cuyo cumpleaños ocurre más tarde en el año.

d. 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.

e. 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:

- i. Primeramente, el plan de aquel que tenga la custodia del niño.
- ii. Luego, el plan del cónyuge de aquel que tenga la custodia del niño.
- iii. Finalmente, el plan de aquel que no tenga la custodia del niño.

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 a aquél tiene conocimiento real de esos términos, los beneficios de ese plan se determinan primero.

4. Empleado Activo / Inactivo - Los beneficios de un plan que cubre a una persona como empleado que no ha sido despedido ni se ha retirado (o según sea dependiente de dicho empleado) se determinan antes que los de un plan que cubra a esa persona como empleado despedido o retirado (o como dependiente del empleado). Si el otro plan no contiene esta regla y si, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios se ignora esta regla 5.4.

5. Período de Cubierta Más Largo/Corto - Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de los beneficios, los beneficios del plan que cubrió a un empleado, miembro o suscriptor durante el período de tiempo más largo se determinarán antes que aquellos del plan que cubrió a esa persona durante el período de tiempo más corto.

6. Efecto sobre los Beneficios de Este Plan - Esta Sección se aplicará cuando, de acuerdo con la Sección 5.3. Titulada Reglas Relativas al Orden de Determinación de los Beneficios, Este Plan sea un plan secundario en relación con uno o más planes. En ese caso se podrían reducir los beneficios según esta Sección.

7. Reducción en los Beneficios de Este Plan - Los beneficios de Este Plan se reducirán cuando la suma de los beneficios que serían pagaderos por los gastos Admisibles según Este Plan en ausencia de la disposición de COB y los beneficios que serán pagaderos por los Gastos Admisibles en virtud de los Otros Planes, en ausencia de disposiciones cuyo propósito sea similar al de esta disposición de COB se haga o no una reclamación, excede aquellos Gastos Admisibles en un período de Determinación de una Reclamación. Se reducirán los beneficios de Este Plan, si este es el caso, de forma que éstos y los beneficios pagaderos en virtud de los Otros Planes no sumen una cantidad mayor que esos Gastos Admisibles. Cuando se reduzcan los beneficios de Este



Plan de la manera descrita, cada beneficio se reducirá proporcionalmente, es entonces que se cargará a cualquier límite de beneficios aplicables a este plan.

8. Derecho a Recibir y Liberar Información

Necesaria - Se requieren ciertos datos para aplicar estas reglas sobre la COB. La Entidad Contratante tiene el derecho a decidir cuáles datos necesita. Puede obtener los datos necesarios de cualquier otra organización o persona o puede proveerle a la misma tales datos. La Entidad Contratante no necesita avisarle u obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame los beneficios de Este Plan deberá facilitarle a La Entidad Contratante cualquier dato que necesite para pagar la reclamación.

9. Facilidad de Pago - Un pago hecho en virtud de Otro Plan podría incluir una cantidad que debía haberse pagado en virtud de Este Plan. Si esto es así, La Entidad Contratante puede pagar esa cantidad a la organización que hizo el pago. Se considerará esa cantidad como un beneficio pagado en virtud de Este Plan. La Entidad Contratante no tendrá que pagar de nuevo esa cantidad. El término "Pago hecho" incluirá la provisión de beneficios en forma de servicios. En tal caso "Pago hecho" querrá decir el valor en efectivo razonable de los beneficios provistos en forma de servicios.

10. Derecho a Recobrar - Si la cantidad de los pagos hechos por La Entidad Contratante es mayor de lo que se debió haber pagado en virtud de esta disposición sobre COB se podrá recobrar el exceso de uno o más de los siguientes:

- i. Las personas a las que se le ha pagado o en nombre de
- ii. quienes se ha pagado;
- iii. Las compañías de seguros; y
- iv. Otras organizaciones

La "cantidad de los pagos hechos" incluirá el valor en efectivo razonable de cualquier beneficio provisto en forma de servicios. Cuando Este Plan no sea un Plan Primario, sus beneficios, sumados a los de un Plan Primario no pagarán el 100% de los Gastos Admisibles a menos que el Plan Primario pague, por sí solo, el 100% de los Gastos Admisibles. Una persona puede inscribirse para recibir cubierta de cuidado médico en virtud de Este Plan como plan primario cuando finaliza por alguna razón su cubierta de cuidado médico en virtud de Otro Plan catalogado como primario. Esta disposición no se aplicará mientras la persona permanezca elegible para cubierta en virtud de Otro Plan que pueda catalogarse como primario conforme a esta disposición (COB).

11. Para ser inscrito para cubierta:

- i. Dicha persona tiene que ser elegible según Este Plan; y
- ii. La inscripción debe hacerse dentro de los 30 días que siguen inmediatamente.
- iii. o la fecha en que terminó la cubierta según el Otro Plan.
- iv. o el final de cualquier período de continuación elegido por esa persona o en su nombre.

V. CONVERSIÓN

1. Derecho a Convertir - Un asegurado o suscriptor cubierto bajo este Plan tendrá derecho a que se le emita un contrato individual de pago directo bajo las siguientes circunstancias:

- i. Su cubierta cesa por razón de finalizar su empleo.
- ii. Su cubierta cesa porque deja de pertenecer a la clasificación que lo hacía elegible.



- iii. El Plan termina por cualquier causa, incluyendo expiración, terminando la cubierta para todos los suscriptores.
- iv. 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/o otros dependientes opcionales:

- i. Si su cubierta termina por cualquiera de las circunstancias mencionadas en la sección 6.1 al 6.1.4 precedente.
- ii. Si ocurre la muerte del asegurado o suscriptor principal.
- iii. 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.

iv. 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 La Entidad Contratante en o antes de treinta (30) días después de ocurrir la terminación de la cubierta por alguna de las razones indicadas en la Sección 6.1 al 6.1.4 que precede.

v. Obligación de Notificar - La Entidad Contratante se compromete a notificar 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 treinta (30) días especificado en la Sección 6.2.4 de esta cláusula.

vi. Extensión del Término Para Ejercer Derecho a Conversión -Si No Se Notifica: Si la persona no recibe notificación de su derecho a convertir por lo menos quince (15) días antes de la fecha de expiración del término indicado en la Sección 6.2.5 tendrá un período adicional durante el cual podrá ejercer su derecho. El período adicional expirará quince (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.

vii. Características del Contrato Individual/ Tipo de Contrato -El contrato individual de pago directo será, a opción de la persona con derecho a convertir, cualquiera de las formas que para esa fecha sean emitidas corrientemente por La Entidad Contratante 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 La Entidad Contratante no tiene disponible 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. 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.



viii. Prima -La prima a cobrar en el contrato individual o familiar de este pago directo a ofrecer será igual a la tarifa contratada con ASES. Dicho contrato será hasta la fecha de vigencia según establecida por ASES. En el momento que se extienda el contrato grupal a la persona con derecho a convertir, se deberá cobrar, mediante pago directo, la prima según contratada con ASES y que corresponda a este contrato. En ningún momento se requerirá al asegurado o suscriptor el pago por adelantado de prima por más de un mes. Luego que finalice el contrato de pago directo autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros, tiene que ofrecer dicho contrato a todo asegurado o suscriptor que interese continuar con la Entidad Contratante.



ix. Personas Cubiertas - El contrato individual de pago directo tendrá que cubrir a todas las personas que estaban cubiertas por el plan grupal a la fecha de terminación del mismo, 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, continuarán cubiertos bajo el plan grupal, se emitirá uno o más contratos individuales de pago directo, 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.

x. Fecha de Efectividad -El contrato individual de pago directo tendrá efectividad a los treinta (30) días de haber terminado la cubierta bajo el contrato grupal, si el mismo se solicita dentro de dicho término de treinta (30) días. Si se concede un período adicional para ejercer el derecho

a convertir, según se provee en la Sección 6.2.6 de esta cláusula, 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 con el Secretario de Hacienda.

xi. 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 de la Sección 6.2.6 de esta cláusula, 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, la Entidad Contratante 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.

V. RESUMEN DE SUS BENEFICIOS MÉDICOS BÁSICOS

1. **Beneficios** - La Entidad Contratante proveerá bajo este contrato los beneficios de hospitalización médico-quirúrgicos, y de diagnóstico en forma ambulatoria, de medicinas y dentales que se describen próximamente. Se proveerán los mismos

beneficios al empleado, pensionados y a sus dependientes. Los cuidados prenatal, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para toda mujer que cualifique como dependiente directo (solamente el primer hijo), que esté incluida en el contrato. 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. 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 solamente si el niño(a) es asegurado de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este Contrato. Cuando los hijos dependientes directos en este contrato contraen matrimonio, el plan médico vendrá obligado a ofrecerles un contrato de pago directo sin períodos de espera o pruebas de asegurabilidad para condición ninguna. El servicio de esterilización estará disponible solamente para el suscriptor principal o su cónyuge.

1. M. P. M.

gw.

2. Servicios de Hospitalización - La Entidad Contratante se compromete a pagar hasta un máximo de 365 días, por los servicios contratados con el hospital participante correspondiente, durante la hospitalización del asegurado o suscriptor, en una habitación semiprivada o de aislamiento o cualquier facilidad similar adecuada, en un hospital participante, durante la vigencia del Plan, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico-cirujano a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria.

3. Servicios Médico-quirúrgicos durante períodos de hospitalización - La Entidad Contratante 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 asegurado o 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 médicos que puedan atender la condición del asegurado o suscriptor. La Entidad Contratante velará porque esto se cumpla.

- i. Los servicios médicos cubiertos incluirán servicios de diagnóstico, tratamientos, cirugías, administración de anestesia y consultas de especialistas.
- ii. Ningún asegurado o 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.

4. Servicios en Salas de Emergencia - Estos servicios estarán disponibles durante las veinticuatro (24) horas del día, todos los 365 días del año y de acuerdo a la definición del Secretario de Salud. Se presume que las siguientes condiciones requieren servicios de emergencia:

- i. Accidentes traumáticos
- ii. Fracturas
- iii. Dislocaciones
- iv. Heridas y laceraciones
- v. Cólico renal y hepático
- vi. Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria
- vii. Embolias pulmonares
- viii. Ataque agudo de asma bronquial
- ix. Dificultad respiratoria



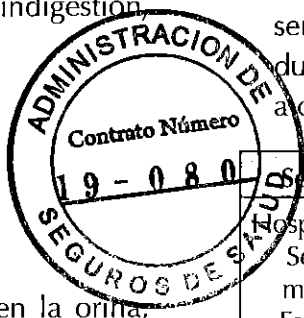
- x. Vómitos y diarreas severas, con o sin deshidratación
- xi. Dolor abdominal agudo
- xii. Convulsiones
- xiii. Reacciones febriles persistentes
- xiv. Episodios neurológicos
- xv. Estado de choque ("shock") y coma de cualquier orden
- xvi. Estados de pérdida de conocimiento o de obnubilación o desorientación súbita.
- xvii. Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia.
- xviii. Cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz y otras cavidades naturales
- xix. Envenenamiento por indigestión, inhalación,
- xx. Hemorragias de todo tipo
- xxi. Quemaduras
- xxii. Retención aguda de orina
- xxiii. Presencia súbita de sangre en la orina, con o sin dolor (hematuria súbita)
- xxiv. Condición aguda del prepucio (parafimosis)
- xxv. Pérdida súbita de la visión por cualquiera de los ojos o ambos
- xxvi. Dolor agudo en el pecho
- xxvii. Emergencias de Condiciones Mentales
- xxviii. Otros de acuerdo al protocolo establecido en servicios de emergencias.

5. **Servicios de Ambulancia** - Se proveerá servicios de ambulancia si el médico así lo recomienda, a base de reembolso, conforme a la distancia recorrida vía terrestre o marítima

dentro de los límites acuáticos de Puerto Rico, hasta un máximo de ochenta dólares (\$80.00) por viaje. La Ambulancia tiene que estar autorizada por la Comisión de Servicio Público. Los servicios de ambulancia aérea están incluidos en la cubierta básica, por lo menos uno por asegurado por año contrato. Se utilizarán los protocolos médicos para la activación del servicio.

6. Para tener derecho a los beneficios que provee el Plan, todo asegurado o suscriptor que solicite servicios vendrá obligado a mostrar al proveedor participante la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida por La Entidad Contratante, la cual indicará las cubiertas a que tiene derecho.

7. **Servicios de Hospitalización y Servicios Ambulatorios** -Incluyen los servicios que se describen a continuación y todos los otros servicios que sean médicamente necesarios durante una hospitalización, según se indica a continuación:



Servicios Hospitalarios	Provisiones
Hospitalización (Habitación Semi-Privada hasta un máximo de 365 días) y Facilidades de Cuidado Extendido / Centros de Rehabilitación; Servicios Ancilares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago.
Unidad de Cuidado / Intensivos, Cuidado Intermedio, Cuidado Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Unidad de Cuidados Neonatal	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Habitación de Aislamiento	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sala de Operaciones, Recuperación y de Maternidad	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Medicamentos recetados por médicos durante su estadía en el hospital, están incluidas en el per diem	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

Oxígeno y su administración	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Suplidos Desechables	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Dietas Regulares y Especiales	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Servicio regular de Cuidado Hospitalario	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Otros Servicios Hospitalarios	Provisiones
Cirugía Bariátrica	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago. Aplica pre-certificación. Hasta uno (1) por vida.
Cirugía Ortognática (osteotomía mandibular y maxilar)	Cubierto al 100% de tarifa contratada. Cubierto con los gastos relacionados a los materiales excluidos.
Anestesia y su Administración incluyendo sedación	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Otros Servicios Hospitalarios	Provisiones
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 examen de compatibilidad.
Pruebas de diagnóstico, radiografías y laboratorios clínicos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sonogramas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Tomografía Computadorizada	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Angiografía Digital y Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

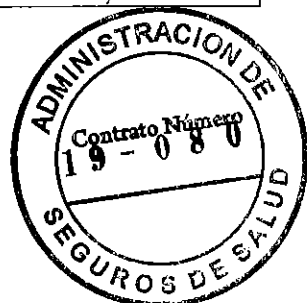
Terapia Física	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Centros Enfermería Diestra (Skilled Nursing Facilities)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato
Radioterapia / Quimioterapia	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto como resultado de una Mastectomía. Sujeto a pre-certificación, aplica \$150 de copago.
Tratamientos para Condiciones Renales (Diálisis y Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de Diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios Médico-Quirúrgico, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis y Hemodiálisis.
Terapias Respiratorias	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de tarifa contratada. Sujeto a pre-certificación.
Procedimientos Quirúrgicos para Beneficios Incluidos en la Cubierta Básica durante la hospitalización	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Servicios y Consulta de Médicos Especialistas, Sub-Especialistas y Cirujanos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Cuidado de Salud en el Hogar	Aplica \$20 de copago por visita.
Programa de Cuidado de Hospicio	Excluido. Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores.

K.M. 1.4
J.W.



Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones	Cubierto como cualquier otra enfermedad.
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
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas de Gases Arteriales	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Hiperalimentación Parenteral y Enteral	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Otros Servicios Hospitalarios	Provisiones
Cirugía Maxilofacial, cuando sea necesaria por motivo de un accidente cubierto 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 tarifa contratada
Cirugía Neurológica, Cerebrovascular, Cardiovascular y PTCA	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Marcapasos, válvulas, stent, desfibriladores	Cubiertos bajo Gastos Mayores.

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 4 de septiembre del 2012.	Cubierto al 100% de tarifa contratada
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 tarifa contratada
Centros de Cirugía Ambulatoria	Provisiones
Cirugías Ambulatorias en Hospitales y Centros con este tipo de servicios	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago.
Servicios de Médicos y Cirujanos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago
Litotricia Extracorpórea Renal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de copago.
Criocirugía	Cubierto al 100% de tarifa contratada, una (1) por año contrato
Ginecomastia	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Sala de Emergencias / Sala de Urgencias	Provisiones
Enfermedad	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.
Accidente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Cuando los Rayos X/ Laboratorio no son parte de la tarifa de Sala Emergencias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de copago.
Si es Admitido	Aplica \$150 de copago.



Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Generalista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de \$10 .
Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de \$18 .
Sub-Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de \$20 .
Endoscopia / Colonoscopia (Facilidades para pacientes No Hospitalizados)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 50% de coaseguro
Cuidado Post-Operatorio / Visitas (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina
Centros Enfermería Diestra (Skilled Nursing Facilities)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta 60 días por año.
Segunda Opinión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina
Podiatra	Cubierto al 100%, aplica \$18 copago.
Podiatra (Procedimientos quirúrgicos)	Cubierto al 100%, aplica \$18 copago.
Tratamientos de Autismo	Cubierto al 100% de tarifa contratada. La cubierta para el tratamiento del autismo incluye, pero sin limitación, genética, neurología, inmunología, gastroenterología, nutrición, espectro, la psicología, la ocupacional y terapias físicas.
Pruebas de Alergia	Aplica 30% de coaseguro.
Vacunas para Alergias	Aplica 30% de coaseguro.

Quiropráctico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$18 de copago, hasta 20 sesiones por año, en combinación con servicios de terapia física.
Nutricionista	Aplica \$18 de copago, hasta doce (12) visitas por año contrato.
Quimioterapia Inyectable y Oral	Cubierto a través de Farmacia
Inyecciones Intra-Articulares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.
Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Bloqueo Neurológico Selectivo e Inyecciones Epidurales de Esteroides	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% , coaseguro y copagos de visitas
Trabajador Social	Cubierto al 100%, aplica \$18 de copago, a través de reembolso.
Tratamientos para Condiciones Renales (Diálisis y Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de Diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios Médico-Quirúrgico, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis y Hemodiálisis. Aplica 20% de coaseguro



Handwritten notes:
 J.W. K.M. P.M.

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 relacionados con ventiladores mecánicos
Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copagos y coaseguros Cubierto como cualquier otra enfermedad.
Gamma Knife	Cubierto al 100%, aplica 50% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Servicios Ambulatorios Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
Terapias Ocupacionales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10 de copago hasta 20 terapias. Exceso atra vez de GMM.

Terapias Físicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10 de copago, hasta 20 terapias en combinación con servicios de quiroprácticos
Servicios Ambulatorios Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
Servicios de Habilitación	Al menos 20 visitas para terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.
Terapias Respiratorias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10 de copago.
Terapias del Habla	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10 de copago hasta 20 terapias. Exceso atra vez de GMM.
Servicios Ambulatorios; Laboratorios, Radiologías y Pruebas Especializadas	Provisiones
Laboratorios	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.
Laboratorios Patológicos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Rayos X	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.
Examen de Pre-Admisión a una Institución Hospitalaria	Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico. Aplica coaseguros.



Laboratorio Cardiovascular No Invasivo (Persantine o Thallium)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Holter Test	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Cardiac Color Flow Doppler	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Laboratorio Periferovascular No Invasivos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
CT Scan	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Laparoscopias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago
Criocirugía del útero	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) procedimiento por año contrato.
Densitometría ósea (Prueba de la Densidad del Hueso)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, un (1) procedimiento por año contrato.
Ecocardiograma	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro hasta dos (2) por año contrato.
Electrocardiogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.
Servicios Ambulatorios; Laboratorios, Radiologías y Pruebas Especializadas	Provisiones
Electromiogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro hasta dos (2) por año contrato.

Electroencefalogramas (EEG)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.
Electroencefalograma(EEG) 24 horas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
MRA	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
MRI	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Estudio Neurológico (Periférico, Cerebral, Vascular No Invasivo y Electroencefalograma)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Procedimientos Diagnósticos Invasivos: Cardiovasculares y no invasivos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta dos (2) por año contrato.
PET/CT Scan	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Estudio del Sueño (Polisomnografía)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
PET Scan	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.



SPECT	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Sonogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Pruebas de Velocidad de Conducción Nerviosa	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta dos (2) por año contrato.
Tonografía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Stress Test	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Timpanometría y Audiometría	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Manometría de Esófago	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Servicios Ambulatorios; Laboratorios, Radiologías y Pruebas Especializadas	Provisiones
Potenciales Evocados	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Centros de Enfermería Especializada	60 días por año póliza
Beneficios de Maternidad	Provisiones

Visita Inicial para Confirmar el Embarazo	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica de \$18 de copago.
Todas las visitas prenatales subsiguientes, visita postnatal y gastos por parto.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica de \$18 de copago.
Hospitalización para Parto	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica del \$150 de copago.
Hospitalización para Parto por Cesárea	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica del \$150 de copago.
Servicios Médicos de Ginecología y Obstetricia durante el parto o cesárea	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sala de Parto y Recuperación	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Incubadora y "Nursery"	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedio, Coronario y de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Monitoreo Fetal en Paciente Hospitalizado (Producción e Interpretación)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Monitoreo Fetal en Paciente No Hospitalizado (Producción e interpretación) y medicación (Progesterona, Hormona 17p) para embarazo de alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Amniocentesis Genética	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
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, cuando es en facilidad.
Aborto Involuntario	Cubierto al 100% de tarifa contratada.



Cuidado del Bebe	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Prueba Universal Neonatal de Cernimiento Auditivo según ley 311 con fecha del 19 de diciembre 2003	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sonogramas Obstétricos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Beneficios de Maternidad	Provisiones
Vacuna RhoGAM	Cubierto al 100% de tarifa contratada, a través de la Cubierta de Farmacia y aplica coaseguro
Cargos de Recién Nacidos	Cubierto al 100% de tarifa contratada, durante la hospitalización de la madre.
<i>K.H. 1.4</i> Cargos de Recién Nacidos Maternidad para los Hijos de Dependientes	Cubierto al 100% de tarifa contratada, durante la hospitalización de la madre
Beneficios Detallados para la Maternidad de los Dependientes	Provisiones
Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes	Se cubrirán los servicios de maternidad para 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 del 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubierto mientras la madre está en la facilidad (hospitalización).



Perfil biofísico	Cubierto al 100% aplica 20% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo
Bomba de lactancia Manual (No Incluye los materiales)	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.
Servicio Preventivo/ Bienestar	Provisiones
Teleconsulta 24/7	Cubierto al 100% a través de TeleSalud 24/7, 1-866-460-2677; \$0 copagos
Todos los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force	
Examen Anual (Laboratorios y Rayos X)	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago o coaseguros de visita aplicable. Para adultos y niños, según definido por la United States Preventive Services Task Force.
Mamografía	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Pap Test (Thin Prep PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Servicio Preventivo/ Bienestar	Provisiones
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada, por asegurado con edad de 40 años o más o pacientes de alto riesgo.
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Nutricionista	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por sonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Suplemento de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

Jaw.
R.M.F.M.



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% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.

Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación en la primera visita prenatal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.



Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Todos los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva, según recetado por un médico	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Examen médico para adulto: cernimiento sobre la depresión y osteoporosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

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% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean 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	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de autismo para niños a los 18 meses y a los 24 meses	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.



Cernimiento y monitoreo del desarrollo para niños menores de 3 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Suplementos de fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tienen fluoruro	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de audición para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
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% de tarifas contratada.
Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de gonorrea	
Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.



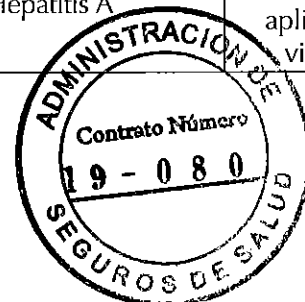
Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Evaluación de riesgo oral para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Inmunización (Vacunas) de Adultos: Hepatitis A, Hepatitis B	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Meningococcal, Pneumococcal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Tetanus, Diphtheria, Pertussis y Varicella	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Inmunización (Vacunas) de Niños y Adolescentes: Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Human Papillomavirus (HPV), Varicela, Sarampión, Papera y Rubeola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococco Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

K.M. P. J. J. J.

<p>Tirillas, lancetas y bomba portátil de infusión de insulina</p>	<p>150 tirillas y 150 lancetas mensuales y bomba portátil de infusión de insulina, ambas cubiertas para pacientes menores de veintiún (21) años de edad 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. La Ley establece que este beneficio estará incluido en la cubierta básica a ser ofrecida al asegurado. Ante esto, este beneficio estará en la cubierta básica (no en Gastos Médicos Mayores) tanto en la Cubierta Alterna 1 como en los productos alternos.</p>
<p>Servicios de Planificación Familiar</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Vasectomía</p>	<p>Cubierto al 100%, aplica copagos y coaseguros de acuerdo a la especialidad.</p>
<p>Esterilización Femenina Ambulatoria</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copagos y coaseguros de acuerdo a la especialidad.</p>

K.M. P.M.
QW

<p>Contraceptivos Orales</p>	<p>Cubierto al 100% según ley PPACA.</p>
<p>Vacunas aprobadas bajo el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Las vacunas preventivas sin copagos aplican de acuerdo a las disposiciones del United States Preventive Services Task Force.</p>	
<p>Pediatric</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Prevnar</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Human Papillomavirus (HPV)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Inactive Poliovirus</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Influenza (Flu Shot)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Sarampión</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Meningococo</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Varicela</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>PCV (Pneumococcal Conjugate)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Rotavirus</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Vacunas aprobadas bajo el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial (RSV Synagys)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Límite de Edad para vacunas</p>	<p>Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal</p>
<p>Vacunas para menores de 18 años</p>	
<p>Hepatitis A</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.</p>



Hepatitis B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Herpes Zoster	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Human Papillomavirus (HPV)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Meningococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Neumococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Varicela	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Vacunas para Adultos	
Hepatitis A	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Hepatitis B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Herpes Zoster	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.

Human Papillomavirus (HPV)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Meningococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Neumococov,	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Varicela	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Servicios de Ambulancias	Provisiones
Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso. Máximo de \$80
Ambulancia Aérea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, sujeto a necesidad médica y pre-autorización si no es una emergencia.
Servicios para Condiciones Mentales, Uso y Abuso de Sustancias Controladas	Provisiones
Paciente de Salud Mental Hospitalización Regular	Cubierto, después de \$150 de copago por hospitalización.



Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Paciente hospitalizado y no hospitalizado, de acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y siguiendo el protocolo establecido.
Hospitalización por abuso de Alcohol/Substancias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$150 de copago.
Outpatient- Visitas médicas	Se tiene que cubrir al 100%, aplica copago de visita según requerido por ley de salud mental federal.
Outpatient- Servicios de Hospital (Terapias de Grupo)	Se tiene que cubrir al 100%, aplica copago de visita según requerido por ley de salud mental federal.
Tratamiento para cesar de fumar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de \$400 por miembro.
Servicios de Hospitalización Parcial	Cubierto, aplica \$150 copago.
Servicios Fuera de Puerto Rico	Provisiones
Hospitalización Electiva	Cubierto a través de Gasto Médicos Mayores.
Hospitalización por Sala de Emergencia	Cubierto a través de Gasto Médicos Mayores.
Servicios Fuera de Puerto Rico	Provisiones

Cuidado de Emergencia	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores. Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, sólo para emergencias serias y súbitas. Los servicios cubiertos por razones de emergencia que requieren equipo, tratamiento e instalaciones no disponibles en Puerto Rico. Los servicios están sujetos a la autorización previa del plan, excepto en caso de emergencia. Aplican copagos y coaseguros de Gastos Médicos Mayores.
-----------------------	---

VII. EXCLUSIONES DE CUBIERTA MÉDICA

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 se puedan cubrir, se estén cubriendo o pudiesen haber sido cubiertos de no haber mediado una renuncia del suscriptor, bajo las Leyes de Compensación por Accidente del Trabajo o Gastos por accidentes en cualquier tipo de vehículo impulsado por motor cubiertos por ACAA o bajo las disposiciones de la Ley Núm. 45, aprobada el 18 de abril de 1935, conocida como la Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo.
4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.



5. Servicios que sean recibidos gratuitamente. Servicios no solicitados por el suscriptor.
6. Facturación por servicios prestados por el cónyuge, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.
7. Servicios no requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica.
8. Servicios que no sean razonables ni médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.
9. Hospitalizaciones por procedimientos que se puedan practicar en forma ambulatoria.
10. Servicios de hospitalización (incluyendo servicios ancilares) para realizar procedimientos y/o cirugías que están excluidos de cubierta.
11. 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.
12. 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.
13. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología excepto los especificados en el contrato.
14. 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.
15. Gastos en hospital por cuidado personal, teléfono, "admission Kits" y otros similares.
16. Hospitalización para fines puramente diagnósticos.
17. Servicios, tratamiento y cirugía para aumentar o bajar de peso en Centros de Programas de Control de Peso.
18. Liposucción.
19. Cirugía para aumento del seno.
20. Tratamiento con fines estéticos de celulitis.
21. Cirugía para corregir condiciones, deformidades o enfermedades y tratamiento de acné con fines estéticos.
22. Servicios necesarios para el tratamiento de la disfunción temporomandibular (TMJ).
23. Servicios de escalonotomía.
24. Gastos por servicios de descanso, convalecencia y cuidado custodial.
25. Gastos por servicios de cuidado de enfermería diestro, servicios de custodia, hospicio y visitas médicas y cuidados en el hogar.
26. Exámenes de laboratorios que requieren inoculación animal.
27. Gastos por aparatos ortopédicos y órganos artificiales, excepto marcapasos y válvulas.
28. Audiogramas y audiometría, excepto lo requerido por la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.
29. Gastroplastías.
30. Tratamiento de diálisis o hemodiálisis y procedimientos relacionados, después de los primeros 90 días.
31. Tratamientos de fertilidad o Inseminación artificial y fertilización "in vitro" y todo tipo de



tratamientos para la condición de infertilidad.

32. Remisión de vasectomía y esterilizaciones, tuboplastías, vasostomías y otras operaciones y tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.

33. Cirugías para cambio de sexo.

34. Hiperalimentación. Alimentación enteral y servicios que sirven o actúan como suplementos nutricionales.

35. Estudios genéticos.

36. Rinoplastias.

37. Microcirugía, con fines estéticos.

38. Gastos de enfermeras especiales.

39. Aparatos auditivos.

40. Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías de refracción.

41. Medicina deportiva, musicoterapia, medicina natural, homeopática, acupuntura, acupresión, hipnotismo, aromaterapia, masajes, musicoterapia, psicocirugía y otras formas de medicina alternativa.

42. 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 y suplidos para diabéticos a nivel ambulatorio.

43. Vacunas para viajar.

44. 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.

45. 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 asegurado o suscriptor.

46. Servicios de visitas a domicilio.

47. Servicio de "Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation (TENS)".

48. Gastos por servicios cubiertos por pólizas de seguros misceláneos.

49. Los implantes, prótesis y tratamientos para la impotencia.

50. Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta por este contrato haga a un proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlo.

51. Prótesis o implantes excepto para cáncer en el seno o material ortopédico como son los tornillos, placas, clavos y cualquier otro material o aditamento.

52. La Aseguradora pagará cualquier otro servicio que no esté expresamente excluido del Plan.

53. La Aseguradora debe proveer el endoso de cualquier otro beneficio adicional a este plan el cual se hará formar parte de esta Cubierta.

54. 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 asegurado o 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 Asegurador u Organización de Servicios de Salud cuenta con el acceso a facilidades o redes en Estados Unidos, aplicará el cargo



K.M. 1-11
J.W.

contratado en el área donde se prestó el servicio. De no contar con facilidades o redes en Estados Unidos la Aseguradora tendrá la obligación de negociar directamente con el proveedor el costo de los servicios. Luego de este ejercicio la Aseguradora pagará directamente al proveedor de servicios conforme a lo dispuesto a continuación y el asegurado o suscriptor pagará al proveedor del servicio la diferencia, si alguna.

55. Métodos anticonceptivos para hombres, excepto la esterilización masculina (vasectomía).

56. Gastos por implantes y órganos artificiales excepto por los listados en la cubierta, esto incluye la exclusión de lentes intraoculares. Estos servicios están cubiertos bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores.

57. Servicios prestado por proveedores no participantes en Puerto Rico y en Estados Unidos excepto, en casos de emergencia o según se disponga en la Sección de Beneficios de esta póliza.

58. "La Aseguradora" reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base de las cantidades que "La Aseguradora" hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos.

59. No se descontará de la cantidad a rembolsar al asegurador cualquier cantidad que el asegurado o suscriptor hubiera tenido que pagar a un proveedor participante por concepto de deducibles o coaseguros.

60. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, el asegurador no será responsable de un pago por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. La aseguradora 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 la aseguradora para ofrecer los mismos servicios, según la Ley 194 del 25 de agosto de 2002.

61. Programa de cuidado de hospicio, están cubierto bajo Gastos Médicos Mayor.

VIII. CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

1. El plan pagará por los gastos relacionados a trasplantes de órganos y tejidos que se detallan a continuación, cuando éstos sean médicamente necesarios, médicamente apropiados para la condición del paciente y siempre y cuando se realicen en las facilidades de trasplantes designadas por el plan para ese propósito.
2. El pago de beneficios bajo esta cubierta de trasplante está sujeto a que los servicios relacionados a dicho trasplante, incluyendo la evaluación del paciente, sean previamente coordinados y pre-autorizados por el plan.
3. Se pagará hasta la cantidad negociada por los gastos elegibles, por vida, por persona asegurada o suscriptor, independientemente del número de trasplantes que se hagan en la persona cubierta durante la vigencia de la cubierta. Este máximo incluye gastos médicos y de medicamentos (drogas inmunosupresoras) de un trasplante, o de varios trasplantes de distinta naturaleza o re-trasplantes de un mismo órgano o de médula ósea.
4. La Entidad Contratante pagará por los gastos relacionados a trasplantes de órganos y tejidos que se detallan a continuación a través de Redbridge, cuando éstos sean médicamente necesarios, médicamente apropiados para la



condición del paciente y siempre y cuando se realicen en las facilidades de trasplantes designadas por el plan para ese propósito.

5. El pago de beneficios bajo esta cubierta de trasplante está sujeto a que los servicios relacionados a dicho trasplante, incluyendo la evaluación del paciente, sean previamente coordinados y pre-autorizados por la Entidad Contratante.

6. Los beneficios cubiertos en relación a estos trasplantes se cubren de la siguiente manera:

1. **Recipiente:** se cubrirán los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluyendo el cuidado post-quirúrgico y las drogas inmunosupresoras.

2. **Obtención de órganos** se cubrirán los gastos relacionados a la obtención de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto.

3. **Transportación y gastos de comida y alojamiento** se cubrirán los gastos de transportación desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante (dos acompañantes en caso de un menor de edad) y los gastos de comida y alojamiento a razón de ciento cincuenta dólares (\$150.00) diarios para el paciente y un acompañante y doscientos dólares (\$200.00) diarios para el paciente y dos acompañantes (en caso de un menor de edad). Se establece un límite de diez mil dólares (\$10,000.00) para cubrir todos estos gastos.

4. **Se cubren los trasplantes mediante donación o auto-donación** (alogenecos, autólogos y sigeneicos). Los gastos cubiertos para este trasplante son:

a. Donación y almacenaje de la médula ósea.

b. Tratamiento de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante.

c. Cuidado ambulatorio posterior al trasplante.

Trasplante de Órgano	Provisiones
Trasplante de órganos (Médula, Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón, Páncreas, Corazón/Pulmón, Páncreas/Riñón, Venas y Arterias, e Intestino Delgado)	Cubierto por Gastos Mayores, hasta un máximo de \$1,000,000 en Cubierta Básica.

IX. EXCLUSIONES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS

1. Trasplantes experimentales o investigativos o que no sean de efectividad médica comprobada.

2. Todos aquellos servicios y beneficios excluidos de la cubierta básica o de la cubierta de Gastos Médicos Mayores aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.

3. Trasplantes realizados fuera de las facilidades designadas por el plan para ese propósito.

4. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos prestados o recibidos sin una pre-certificación de "RedBrige/PROSSAM" o su representante autorizado para cada una de las fases.



X. CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1. Deducibles:

- i. Individual - \$200
- ii. Familiar - \$400
- iii. 30% coaseguro por año contrato
 - a. Prótesis – Límite hasta \$10,000
 - b. Equipo Médico Duradero - Límite hasta \$10,000
 - c. Aparatos Ortopédicos - \$5,000
 - d. Mamoplastía - Límite hasta \$5,000

El Beneficio Máximo aplicable a esta cubierta es de \$1,250,000 por vida por cada persona asegurada. El beneficio máximo estará limitado por los gastos que deberán ser cubiertos, ocasionados por servicios médicos.

- ### 2. Beneficio de Gastos Médicos Mayores
- Está incluido en la prima de la cubierta de salud que se escoja y mientras este seguro esté en vigor, se ampliará la cubierta del contrato al cual se adhiere este endoso para proveer servicios que estén excluidos o limitados en la en la cubierta básica de acuerdo con las disposiciones, condiciones, limitaciones y exclusiones que se describen a continuación. Se reembolsará el por ciento aplicable de los gastos incurridos en exceso al deducible hasta el beneficio máximo. El pago por servicios también podrá ser dirigido directamente al proveedor que ofreció los servicios, siempre y cuando se coordine con la entidad contratante.

Gastos Mayores	Provisiones
Coaseguro	30% de coaseguro.
Deducible Anual	\$200 en Individual / \$400 en Familiar.
Desembolso Máximo Anual	\$6,350 en Individual / \$12,700 en Familiar.
Equipo Médico Duradero (DME)	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$10,000.
Equipo Ortopédico	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$5,000.
Equipo Tecnológico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$10,000. Cubierta para equipo tecnológico para mantener al usuario con vida, un mínimo de un (1) día ocho (8) horas de cambio de servicios de enfermería, los suministros necesarios para operar el equipo tecnológico y la terapia física y ocupacional para los menores de 21 años de edad.
Prótesis	\$10,000 máximo; luego 40% coaseguro.
Litotricia	En exceso de la básica hasta \$5,000 por año póliza y sujeto a preautorización
Mamoplastía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta \$5,000 sujeto a protocolo médico y pre-certificación.
Hospitalización Electiva – Servicios Fuera de Puerto Rico	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores.
Hospitalización por Sala de Emergencia	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores.
Hospicio	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores.



Las cantidades aplicables para la acumulación del copago en efectivo y el 40% de los gastos médicos cubiertos se determinarán a base de las tarifas establecidas para los gastos médicos cubiertos. La aseguradora pagará beneficios por los cargos elegibles, siempre que los mismos sean incurridos como resultado de enfermedad o lesión médicamente necesarios y practicados u ordenados por un Médico. Los cargos elegibles serán considerados a base de las tarifas establecidas por la aseguradora en Puerto Rico y, de no tener tarifas establecidas se pagará a base de los Cargos Razonables y Acostumbrados del área donde se reciban los servicios.

Cualquier otro beneficio adicional a esta cubierta, la Entidad Contratante proveerá el endoso y se hará formar parte de esta Cubierta.

3. Elegibilidad

- i. Dependientes (directos y opcionales)- todos los beneficiarios dentro de esta cubierta metálica son elegibles al beneficio de Gastos Médicos Mayores.

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.
2. Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de o en el curso del empleo de la persona asegurada;
3. 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).

4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente.
6. Servicios no solicitados por el suscriptor.
7. Servicios prestados a la persona asegurada por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.
8. Los que se incurran en el ajuste de espejuelos.
9. Los que sean incurridos en artículos de comodidad personal.
10. Los que sean incurridos por tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular.
11. 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.
12. Cuidado de salud en el hogar.
13. Terapias de rehabilitación, ocupacionales y del habla.
14. Asistente quirúrgico.
15. Servicios de cirugía para corregir la condición de miopía, astigmatismo, hipermetropía, queratotomy radial o queratotomy lamelar.

XII. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE FARMACIA

1. **Tabla de Beneficios:** 'Las cubiertas de medicinas estarán disponibles para todos los empleados, pensionados y sus dependientes. De acuerdo a la cubierta que seleccione. La cubierta que escoja el suscriptor principal será igual a la que tendrán disponible sus dependientes directos y dependientes opcionales, excepto cuando cualifique y seleccione la Parte D de Medicare



En todas las cubiertas, siempre la primera opción será los medicamentos genéricos.

- A. El plan provee este beneficio para el pago de medicinas recetadas por un médico, que sean aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA por sus siglas en inglés, adquiridas por una persona asegurada y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado en una farmacia participante.
- B. El beneficio requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos bioequivalentes como primera opción. Si el medicamento no tiene bioequivalente o el médico requiere en la receta el de marca, a la persona asegurada se le despacha el demarca y pagará el copago del medicamento de marca. De haber un medicamento bioequivalente disponible en el mercado, la persona prefiere que se le despache demarca, está será responsable de pagar la diferencia entre el costo del medicamento demarca y el bioequivalente, además del copago del medicamento de marca.

C. Cubierta disponibles de Medicamentos-
Condiciones de la cubierta:

- i. El despacho de medicamentos genéricos y bioequivalentes será la primera alternativa siempre y cuando estén disponible y no se violenten las regulaciones federales (No se permite DAW)
- ii. La cantidad despachada será estrictamente la que prescriba un facultativo con licencia para recetar medicamentos en el curso ordinario de su práctica profesional.
- iii. De surgir duda en la receta prescrita el farmacéutico deberá consultar con el facultativo que prescribió el medicamento. Ninguna entidad

contratante podrá sustituir la opinión del facultativo con licencia para prescribir medicamento.

iv. La decisión de denegar o restringir algún tratamiento sólo puede ser tomada por un médico licenciado que establezca una relación médico-paciente con el asegurado o suscriptor. Personas no autorizadas a ejercer la medicina no pueden tomar la decisión de negar o restringir algún tratamiento, como sería alterar una receta, al no despacharla como se indica. El criterio médico expresado en la receta es el que debe prevalecer. Restringir el despacho de medicamentos recetados por los médicos está reñido con la potestad del médico, quién es el único facultado para recetar, luego de haber evaluado al paciente.

v. Se pondrán incluir restricciones o limitaciones al despacho de medicamentos por las siguientes razones:

- a. Recomendaciones del Manufacturerero
- b. Implementar terapia escalonada "Steptherapy"

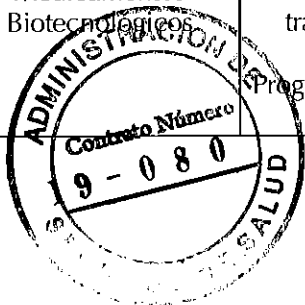
c. Condiciones o requisitos adicionales a los establecidos en esta cubierta. Ejemplos de ello:

- i. (1) establecer que las drogas psicoterapéuticas deben de ser recetadas solamente por un psiquiatra o neurólogo
- ii. (2) requerir al asegurado o suscriptor que se realice pruebas como condición para que se le cubra cierto medicamento.



Cubierta de Farmacia	Provisiones
Formulario	Sí
Beneficios Iniciales	\$1,200 por persona cubierta, del dólar \$1,201 en adelante aplica 50% de coaseguro.
Cubierta de Farmacia	Provisiones
Genérico como primera opción	Genérico como primera opción a menos que el médico que prescribe indique en la receta "original" o "no sustituir". De no indicarlo, el asegurado deberá pagar el copago del medicamento genérico más la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el de marca. De no existir un genérico en el mercado, el asegurado pagará el copago de marca.
Medicamentos Genéricos Farmacias Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$10
Medicamentos Genéricos Farmacias No Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$15
<i>K.M. 1.4</i> Medicamento Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Pacientes hospitalizado y no hospitalizado de acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y siguiendo el protocolo establecido.
Medicamentos de Marcas/ Farmacias Preferidas	20% de coaseguro mínimo \$20 de copago
Medicamentos de Marcas/ Farmacias No Preferidas	25% de coaseguro mínimo \$ 25 de copago
Medicamentos Biotecnológicos	30% de coaseguro máximo \$200 de copago. Sujeto a Pre-autorización. Se despacharán sólo a través de las farmacias contratadas bajo el Programa de Medicamentos Especializados.

Medicamentos de Marcas No Preferidas/ Farmacias Preferidas	30% de coaseguro mínimo \$30 de copago
Medicamentos de Marcas No Preferidas/ Farmacias No Preferidas	30% de coaseguro mínimo \$35 de copago
Contraceptivos	Cubiertos
Uso de Medicamentos " Off Label"	Medicamentos con leyenda federal, los cuales serán cubiertos al ser prescritos de manera medicamento apropiada y que además el uso "off label" este reconocido en literatura médica o referencia medica standard.
Despacho de medicamentos a través de servicio de correo	No esta disponible
Medicamentos con costo menor a \$8	Excluidos
Repeticiones por receta	5
Terapia Escalonada	Si
Medicamentos para el tratamiento de hábito de fumar cubiertos hasta un máximo de \$400 anuales por asegurado	Si
Máximo Anual	No
Mandatorio Genérico	Sí
Solo Genérico	No
Permitir que el proveedor obvie la regla Genérica	Sí
Cubierta de Farmacia	Provisiones
Incluye Nuevos Medicamentos	Sí
Pharmacy COB "no pay" rule	COB No Pay Rule Applies
Psicotrópicos bajo el Programa de 90 días	Sí
Inclusión de nuevos medicamentos genéricos o bioequivalentes	Sí



1. Definiciones

- K.M.F.M.*
- J.W.*
- i. **Coaseguro** – Por ciento de los honorarios establecidos de acuerdo a la escala de honorarios que pagará la persona directamente a la farmacia al momento de recibir los servicios.
 - ii. **Farmacia** – Institución legalmente autorizada por las autoridades correspondientes para prestar servicios de farmacia.
 - iii. **Farmacia Participante** – Farmacia legalmente autorizada por las autoridades correspondientes, que haya firmado contrato con el plan para ofrecer servicios de farmacia a los asegurados.
 - iv. **Farmacia no Participante** – Farmacia que no haya firmado contrato con el plan para prestar servicios de farmacia.
 - v. **Marca Registrada** – Medicinas que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o de fábrica.
 - vi. **Medicamento** – (a) cualquier sustancia que por ley federal se requiera que su etiqueta indique la frase "Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription" y (b) insulina.
 - vii. **Medicamento Bioequivalente**– Aquellos medicamentos que contiene los mismos ingredientes activos y son idénticos en sus potencias, forma de dosificación, vías de administración, biodisponibilidad y se consideran terapéuticamente equivalentes al medicamento de marca registrada.
 - viii. **Medico Autorizado** – Médico que cumple con las leyes establecidas para ejercer la práctica de medicina en Puerto Rico.
 - ix. **Multiple Source Brand** – Medicamento de marca que es distribuido por más de un fabricante y el cual tiene además un bioequivalente disponible.

- x. **Receta** – Solicitud por escrito de medicinas, hecha por un facultativo con licencia para recetar medicamentos legalmente autorizados a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.
- xi. **Repeticiones (Refill)** – Receta de medicamentos que se debe repetir por indicaciones escritas por un facultativo con licencia para recetar medicamentos legalmente autorizados a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.
- xii. **Single Source Brand** – Medicamento de marca comercializado o vendido por un solo laboratorio o fabricante.

2. Despacho

- i. Treinta (30) días de medicación para las drogas psicoterapéuticas.
- ii. Treinta (30) días de medicación para las vitaminas prenatales con leyenda, no tienen repeticiones.
- iii. En los medicamentos de mantenimiento el despacho será de treinta (30) días de medicación por vez y para éstos se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito hasta tres (3).
- iv. Medicamentos para el hábito de fumar hasta un máximo de \$400 anuales por asegurado o suscriptor.

3. Medicamentos Cubiertos

- i. Medicamentos que posean la leyenda federal Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription.
- ii. Medicinas compuestas en las cuales, por lo menos, un ingrediente posee la leyenda federal
- iii. Vitaminas prenatales



- iv. Medicamentos de mantenimiento
- v. Insulina
- vi. Medicamentos inyectables
- vii. Quimioterapias Inyectables y agentes inmunosupresores requieren pre autorización previo al despacho
- viii. Quimioterapias orales
- ix. Vacunas y agentes inmunizantes con leyenda federal para usar en oficina de médicos
- x. Drogas sicoterapéuticas (tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos, productos de litio, otros)
- xi. Anti RHO (D)
- xii. Medicamentos bioequivalentes aceptados por la FDA, se cubrirán bajo los mismos términos y condiciones de la categoría terapéutica a la cual corresponda.

4. Medicamentos de mantenimientos:

- i. Anti Parkinson
- ii. Antidepresivos
- iii. Antimicóticos
- iv. Estabilizadores de ánimo y ansiolíticos
- v. Alzheimer
- vi. Terapia Respiratoria (Ejemplos: Beta agonista, anticolinérgicos, xantinas, cromolyn, esteroides inhalados, simpatomiméticos)
- vii. Cardiovascular (digital y derivados, vasodilatadores, agentes antiarrítmicos, beta bloqueadores del canal de calcio, etc.)
- viii. Diuréticos
- ix. Agentes hipoglicémicos

- x. Medicamentos para diabetes
- xi. Hormonas de Sexo
- xii. Tiroides y sus derivados
- xiii. Antitiroideos
- xiv. Sinusitis y asma
- xv. Osteoporosis (ejemplos Evista, fosamax o relacionados)
- xvi. Antihiperlipidémicos
- xvii. Reguladores de calcio (calcitonina, etidronate)
- xviii. Nitroglicerina
- xix. Anticonvulsivos
- xx. Antiartríticos
- xxi. Medicamentos para condiciones de gastritis, úlcera y hernia
- xxii. Medicamentos para el tratamiento de adicción a sustancias controladas y alcoholismo
- xxiii. Medicamentos para HIV/SIDA
- xxiv. Glaucoma
- xxv. Anticoagulantes
- xxvi. Antiplaquetarios
- xxvii. Antiinflamatorios no esteroides
- xxviii. Agentes gastrointestinal para condiciones inflamatorias del colon cc) Agentes y tratamientos para cáncer (en la oficina del médico)
- xxix. Antimofílico (en hospitalización)
- xxx. Tratamiento para anemia
- xxxi. Medicamento nuevos que no son experimentales
- xxxii. Anti RhO (D)



*R.M. 1.4
JW*

XIII. EXCLUSIONES DE SU CUBIERTA DE FARMACIA

1. Medicamentos sin leyenda federal (over the counter), excepto insulina.
2. Globulina inmune, suero biológico, sangre, plasma sanguíneo o sustancias relacionadas (esto se cubre bajo hospitalización).
3. Dispositivos o aparatos terapéuticos, incluye agujas, jeringuillas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, indistintamente de su uso.
4. Vitaminas y suplementos vitamínicos, que no sean vitaminas prenatales.
5. Drogas anabólicas.
6. Cargos por la administración de drogas recetadas o inyección de un medicamento.
7. Repeticiones de recetas, excepto para los medicamentos de mantenimiento cubiertos.
8. Medicamentos para el tratamiento de impotencia.
9. Medicinas para la infertilidad, no importa su uso
10. Anoréxicos (cualquier medicamento utilizado con el propósito de bajar de peso).
11. Agentes esclerosantes, Medicamentos para el tratamiento de acné, no importa su uso.
12. Monoxidillo en todas sus formas, incluye Rogaine
13. Medicinas con fines de embellecimiento o cosmético.
14. Escabicidas y pediculicidas sin leyenda federal.
15. Hormonas de crecimiento.
16. Drogas recetadas que puedan ser obtenidas sin costo bajo programas locales, estatales o federales u otro programa.
17. Drogas o tratamientos experimentales o drogas con leyenda: "Precaución - limitada por la Ley Federal para usos de investigación". No obstante, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar en un estudio de tratamiento autorizado y brindado por una entidad o profesional de la salud bonafide, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a éste un beneficio potencial y siempre que la participación del asegurado en el estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el médico que refiere al estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el paciente provea al plan médico evidencia de que su participación es apropiada, el plan médico costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. No serán gastos médicos rutinarios del paciente los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio.
18. Medicinas que tienen que ser tomadas o administradas en dosis completas o parciales, mientras el asegurado 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.

Handwritten signature and date:
J.W. X. 11. 1. 11



19. **PROSSAM** se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos nuevos que habrá de incluir en sus cubiertas de Farmacia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta tanto dicho medicamento sea evaluado y recomendado para inclusión en la Cubierta de Farmacia por **abarca health Pharmacy and Therapeutics Committe Meeting**. El proceso de evaluación para medicamentos nuevos no excederá 90 días luego de su entrada al mercado.



XIV. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE VISIÓN

Tabla de Beneficios de Visión

Cubierta de visión	Provisiones
Beneficio Máximo	\$150
Examen de la Vista (Refracción)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$10
In-Network Plan	Visión Sencilla- \$18 copago Bifocales - \$20 copago Lentes de contacto - \$36 copago Montura - \$18 copago

2. **Elegibilidad-** Todos los asegurados en contratos individuales, parejas y familiares (dependientes directos) tienen los servicios de visión incluidos en su cubierta. Los asegurados en grupos opcionales (Padre / Madre) y Complementarios Medicare que hayan comprado la cubierta de visión, la cual es opcional, tienen los servicios incluidos. Estos servicios requieren pre-certificación.
3. **Como se reciben los beneficios-** La lista de proveedores contratados por se encuentra en su Directorio de Proveedores. Además puede acceder a través de nuestra página web www.prossam.org.

XV. CUBIERTA DENTAL

1. Tabla de Beneficios Dentales

Dental	Provisiones
Beneficio Máximo	\$500
Tipo I-Diagnóstico y Preventivo	
Examen Oral Periódico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. (Dos (2) veces al año) intervalo de seis (6) meses
Examen Oral de Emergencia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) veces al año intervalo de seis (6) meses.
Examen Oral Inicial	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Tipo I-Diagnóstico y Preventivo	
Examen de Detección de Cáncer de la Cavidad Oral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. Pacientes mayores de 30 años.
Profilaxis-Adulto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De 12 años en adelante.
Profilaxis-Niños	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. Hasta 12 años.
Aplicación de Fluoruro	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Menores de 19 años, uno (1) cada 6 meses.
Sellantes de Fisura por Diente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) por diente por vida hasta los 14 años.
Tipo I-Diagnóstico y Preventivo	
Serie Completa de Radiografías Intraorales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada 3 años. Incluye D0272 radiografía de mordida.
Radiografía Periapical Intraoral	Aplica 50% de coaseguro. Una (1) por año.

Radiografía Periapical Adicional	Aplica 50% de coaseguro. Hasta 5 por año.
Radiografía de Mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) por año.
Radiografía de Mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) por año.
Radiografía Panorámica	Aplica 50% de coaseguro. Una (1) cada 36 meses o cada 3 años.
Mantenedores de espacio unilateral o bilateral.	Aplica 50% de coaseguro. Uno (1) por cuadrante, por vida. Sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente.
Mantenedores de espacio bilateral.	Aplica 50% de coaseguro. Uno (1) por arco, por vida. Sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente.
Tipo II-Restaurativo Menor	
Amalgama una (1) Superficie	Aplica 50% de Coaseguro.
Amalgama dos (2) Superficies	Aplica 50% de Coaseguro.
Amalgama tres (3) Superficies	Aplica 50% de Coaseguro.
Tipo II-Restaurativo Menor	
Amalgama cuatro (4) ó más superficies	Aplica 50% de Coaseguro.
Resina una (1) Superficie	Aplica 50% de Coaseguro.
Resina dos (2) Superficies	Aplica 50% de Coaseguro.
Resina tres (3) Superficies	Aplica 50% de Coaseguro.
Resina cuatro (4) o más superficies o que incluya el ángulo incisal.	Aplica 50% de Coaseguro.
Resina en posteriores de una (1) superficie bucal.	Aplica 50% de Coaseguro.
Puentes	Aplica 50% de Coaseguro.

Corona-Porcelana.	Aplica 50% de Coaseguro.
Corona de Porcelana fundida en metal.	Aplica 50% de Coaseguro.
Dentaduras	Aplica 50% de Coaseguro.
Tratamiento Paleativo	Aplica 50% de Coaseguro.
Pulpotomía en dientes deciduos	Aplica 50% de Coaseguro.
Endodoncia, Tratamiento de canal en dientes anteriores	Aplica 50% de Coaseguro.
Endodoncia, Tratamiento de canal en premolares	Aplica 50% de Coaseguro.
Tipo II-Restaurativo Menor	
Endodoncia Tratamiento de canal en molares	Aplica 50% de Coaseguro.
Alisado radicular de cuatro (4) o más dientes.	Aplica 50% de Coaseguro.
Alisado radicular de tres (3) dientes o menos.	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción de raíces residuales de dientes primarios	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción Sencilla.	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción quirúrgica complicada (incluyendo el servicio pre y post-operatorio)	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción quirúrgica de diente impactado tejido blando.	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción quirúrgica de diente impactado parcial en hueso.	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción quirúrgica de diente impactado completo en hueso.	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción de raíces retenidas (quirúrgico).	Aplica 50% de Coaseguro.
Incisión y Drenaje de Abscesos en Tejido Blando	Aplica 50% de Coaseguro.



Frenulectomía (frenectomía o frenotomía).	Aplica 50% de Coaseguro.
Aplicación de desensibilizante	Aplica 50% de Coaseguro.
Tipo II-Restaurativo Menor	
Aplicación de adhesivos en cervical de dientes y molares.	Aplica 50% de Coaseguro.
Complicación Post-Cirugía	Aplica 50% de Coaseguro.

XVI. PROGRAMAS DE VALORES AÑADIDOS

Plan de Protección Social

1. \$1,000 para gastos funerales.

2. \$2,000 para beneficiarios, o herederos legales del socio.

OPCIONAL (Costo Adicional)

Programa de Auxilios Especiales (PAE) Si no ha cumplido 45 años puede ingresar a este (seguro de sueldo).

- i. Seguros opcionales: de vida con acumulación de ahorro garantizado, enfermedades críticas y cáncer.
- ii. Ser socio de EDUCOOP (Cooperativa de Ahorro y Crédito de la Asociación de Maestros de P. R.) y beneficiarse de: Becas para el maestro socio e hijo(a), de acuerdo a requisitos de elegibilidad.
- iii. Repaso del "College Board" Costo compartido para hijos de socios.
- iv. Programa de Bienestar Social, en caso de enfermedad o desastre, de acuerdo a requisitos de elegibilidad.

XVII. HERRAMIENTAS

Para comunicarse con PROSSAM puede llamar o escribirnos a nuestro correo electrónico:

Teléfonos de PROSSAM

Cuadro Telefónico	787-767-2020
Director PROSSAM	787-753-1605 (Fax 787-767-4737)
Oficiales Servicio al Proveedor	1349,1348,1353 (Fax 787-756-8781)
Auditoría Médica y Utilización	1320,1721,1722 (Fax 787-754-7110)
Servicio al Cliente (Pre-certificaciones)	5401,5402,5405,5406 (Fax 787-754-8854)

Direcciones Electrónicas

PROSSAM	www.amprnet.org/prossam
Director PROSSAM	jose.ortiz@amprnet.org
Asistente Administrativo	jeniffer.catala@amprnet.org
Departamento Proveedores	ana.lanzot@amprnet.org aida.cotto@amprnet.org hermelinda.valentin@amprnet.org
Servicio al Cliente Pre-certificaciones	rosa.gomez@amprnet.org denice.maysonet@amprnet.org ana.figueroa@amprnet.org wilmary.garcia@amprnet.org
Administración Médica	anabelle.torres@amprnet.org veronica.rodriguez@amprnet.org



XVIII. PROCESO DE QUERELLAS APELACIONES Y RECLAMACIONES

1. **Introducción-** PROSSAM ha cuidado de tu salud y la de tus familiares por más de 80 años. Estamos comprometidos con tu salud ofreciéndote servicios de calidad. Para garantizar el mejor trato y los mejores servicios se establece este proceso de Querellas, Reclamaciones y Apelaciones.

Querellas - En PROSSAM contamos con una unidad de Investigación de Querellas y Reclamaciones, en la misma un Investigador es responsable de investigar y presentar la situación a un Comité que evalúa cada caso de acuerdo a las disposiciones del Reglamento de PROSSAM y a la Ley 194 del 14 de agosto del 2000 (Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente).

2. **Procedimiento para radicar una querella/reclamación**

- i. Todo asociado o proveedor de PROSSAM que tenga una reclamación relacionada a la calidad de un servicio recibido, determinaciones medicas sobre servicios o sobre la cubierta que entienda que afecta sus derechos, presentara una querella por escrito dentro de los 60 (sesenta) días de haber ocurrido el evento o incidente en la oficina del Director de PROSSAM de la Asociación de Maestros de Puerto Rico.
- ii. El asociado o proveedor incluirá un narrativo que explique la naturaleza de la situación o incidente. Es importante incluir: lugar, fecha y nombres de la(s) persona(s) que estén envueltos. Mientras más detallada la información nos ayudara a poder brindar una más rápida solución.

- iii. Si el asociado o proveedor así lo desea puede usar el **Formulario Para Radicación de Querellas** que se encuentra en la Guía del Suscriptor. También está disponible a través de nuestra página de internet www.prossam.org.

- iv. El Investigador de Querellas enviara un acuse de recibo de la querella al asociado o proveedor dentro de las primeras 72 horas de recibida la querella (de acuerdo al sello de recibida).

- v. Se llevara un registro de toda querella/reclamación recibida en PROSSAM. Este registro incluirá la fecha de recibida, el asunto y la fecha en que se solucionó la situación.

El Investigador de Querellas/Reclamaciones tiene la responsabilidad de investigar, analizar, documentar e informar la acción tomada sobre la querella evaluada. Las querellas se resolverán en un periodo no mayor de 30 días. De necesitar más tiempo para llegar a una determinación, se le notificara al asociado o proveedor sobre el curso de la investigación y la razón de la necesidad de tiempo adicional para llegar a una conclusión. A tales fines, el Investigador tendrá acceso a las diferentes áreas y departamentos de PROSSAM con el fin de documentar toda la información necesaria para analizar y validar los datos ofrecidos por el asociado o proveedor.

Apelaciones- Todo socio o proveedor de PROSSAM tiene derecho a apelar las decisiones que se tomen cuando presenta una querella o reclamación.

3. **Procedimiento para apelación**

- i. Cuando el socio o proveedor no está de acuerdo con el resultado de la querella, debe presentar por escrito, dentro de los próximos diez (10) días de recibir la



contestación a su querrela, una apelación explicando el porqué de su desacuerdo

ii. Esta apelación será revisada por el Comité de Querellas y resolverá de forma justa, eficiente y oportuna la petición que se le hace

iii. El Comité resolverá de forma expedita los casos que se relacionen a cuidado y tratamiento urgente o de emergencia, los otros casos se resolverán dentro de los primeros 30 días de que se recibe la apelación.

Este proceso de Querellas, Reclamaciones y Apelaciones está disponible para todo socio o proveedor de PROSSAM.

K.M.P.M

QW





Cuidando tu salud por más de 80 años

Asociación de Maestros de Puerto Rico
PO BOX 191088 SAN JUAN PR 00919-1088
www.amprnet.org

Formulario para Radicación de Querellas Asegurados y Proveedores de PROSSAM

Favor de completar la siguiente información

1. Nombre del Suscripto/Proveedor: _____

2. Dirección Postal:

3. Teléfono : _____

4. Número de Identificación: _____

5. NPI (solo proveedores): _____

6. Descripción del Incidente: Relate brevemente el objetivo y los detalles de la querella. Favor incluir detalles específicos como personas envueltas, fechas, lugares, etc. Acompañe este relato con documentación que la sostenga.

Handwritten notes:
A.M. P.M.
QW

7. Favor de completar toda la información requerida y enviar a nuestras oficinas para iniciar el proceso de investigación. Puede dirigir esta comunicación a:

PROSSAM
Oficina del Director
Área de Investigación de Querellas PROSSAM
PO BOX 191088 SAN JUAN PR 00919-1088
Tel. (787)787-753-1605 Fax 787-767-4737
jose.ortiz@amprnet.org



XIX. NOTIFICACIONES IMPORTANTES

Clínicas Afiliadas - Son Centros de Medicina Primaria y/o Especializada donde nuestros participantes reciben servicios de salud con 0 copagos y coaseguros.

Nuestras Clínicas Afiliadas son:

ARROYO

Clínica Familiar
Dr. Julio Palmieri Ferri
Calle Morse Esq. Valentina #46 Arroyo, PR 00674
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 4:00 p.m.
Tel: 787-839-4150

BARCELONETA

Atlantic Medical Center
Carr. #2 km. 57.8 Sector Cruce Dávila Barceloneta, PR 00617
Horario: Lunes a Viernes 7:30 a.m. - 4:30 p.m.
Sala Emergencias 24 hr.
Tel: 787-846-4412

CIDRA

Cossmá/Cidra
Ave. El Jíbaro Carr 172 Km 13.5
Horario: Lunes a Viernes 6:30 a.m. - 7:00 p.m. / Sábados:
7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182 ext. 1200

GUAYAMA

Clínica Familiar
Dr. Julio Palmieri Ferri
Carr. #179 km. 0.8 Sector Línea Capó Bo. Olimpo, Guayama
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 5:00 p.m.
Tel: 787-424-0082

HATILLO

Corporación de
Servicios Médicos CSM
Ave. Dr. Susoni #116 Hatillo, PR
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 4:30 p.m.
Tel: 787-898-4190

HUMACAO

Cossmá/Humacao
Boulevard del Río Ramal #3
Horario: Lunes a Viernes 6:30 a.m. - 9:00 p.m. / Sábados:
7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182

LAS PIEDRAS

Cossmá/Las Piedras
Bo. Montones Parque Industrial Sur Carr 99316 Lote 19
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 9:00 p.m. / Sábados:
7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182

MANATÍ

Atenas Community Health Center
Carretera #2 Km. 50
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 4:00 p.m.
Sala de Emergencias 24 hr.
Tel: 787-854-2292

MAYAGÜEZ

Centro Multidisciplinario de Medicina General y
Especializada Calle Ernesto Ramos Antonini #158-E
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 4:30 p.m. / Sáb: 7:00
a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-758-8383 ext. 7356, 7567, 7571 / 787-641-4106

PEÑUELAS

Policlínica Las Américas Medical Center
Calle Muñoz Rivera #718 Peñuelas,
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 1:00 p.m.
Tel: 787-836-4520

PONCE

Policlínica Las Américas Medical Center
Plazoleta Las Américas 2015 Ave Las Américas Suite1
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 7:00 p.m. / Sáb00 a.m.
- 12:00 md
Tel: 787-842-8945

Instituto de Medicina Primaria y Urgencia Dra. Hilda Orengo
9105 Calle Marina Esq. Ferrocarril
Horario: Lunes, Miércoles, Jueves y Viernes 8:00 a.m. - 6:00
p.m. / Sábados 8:00 a.m. - 2:00 p.m.
Tel 787-812-5522

SAN JUAN

Centro Multidisciplinario de Medicina General y
Especializada Hospital de Maestro Ave Domenech, Esq.
Calle Sergio Cuevas Bustamante #550,
Horario: Lunes a Viernes 6:30 a.m. - 6:00 p.m. / Sáb: 7:00
a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-758-8383 ext. 7567, 7571, 7588 / 787-753-0745

SAN LORENZO

Cossmá/San Lorenzo
Calle Muñoz Rivera #186
Horario: Lunes a Viernes 6:00 a.m. - 6:30 p.m. / Sáb 7:30
a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182

UTUADO

Corporación de Servicios Médicos CSM Medical Center
Calle Antonio R. Barceló #5
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 4:00 p.m. / Sáb 8:00
a.m. - 1:00 p.m.
Tel: 787-680-2019

YABUCOA

Cossmá/Yabucoa
Bo. Juan Martínez
Carr 901 Km 1.6
Horario: Lunes a Viernes 7:30 a.m. - 7:00 p.m. / Sáb 7:30
a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182



Otros Servicios Preventivos

Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Teleconsulta 24 / 7	Cubierto al 100% a través de TeleSalud 24/7, 1-866-460-2677; \$0 copagos
Examen Anual (Laboratorios clínicos y radiologías)	Cubierto al 100% de tarifas contratada, aplica copago y coaseguros de acuerdo al servicio brindado. Los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force
Todos los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Pap Test (ThinPrep PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Nutricionista	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por sonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.	Cubierto al 100% de tarifas contratada

K.M. 1.4

J.W.

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% de tarifas contratada
Suplemento de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada



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% de tarifas contratada
---	--

Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)

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% de tarifas contratada
---	--

Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas	Cubierto al 100% de tarifas contratada
---	--

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% de tarifas contratada
---	--

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% de tarifas contratada
---	--

Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada
---	--

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% de tarifas contratada
--	--

Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada
--	--

Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas	Cubierto al 100% de tarifas contratada
--	--

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% de tarifas contratada
---	--

Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada
---	--

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% de tarifas contratada
---	--

Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)

Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada
---	--

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% de tarifas contratada
---	--

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% de tarifas contratada
--	--

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% de tarifas contratada
--	--

M.M. P. M.
J.W.



Todos los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva, según recetado por un médico	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Examen médico para adulto: cernimiento sobre la depresión y osteoporosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada

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% de tarifas contratada
Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean 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	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de autismo para niños a los 18 meses y a los 24 meses	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento y monitoreo del desarrollo para niños menores de 3 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Suplementos de fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tienen fluoruro	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de audición para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada



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% de tarifas contratada
Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de obesidad para niños de 6 años 0 mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de gonorrea	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Evaluación de riesgo oral para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada

Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada

M.A. P. 11
9W.





XX. DEFINICIONES

Los siguientes términos tendrán el significado que se indica:

1. **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.
2. **APARATO ORTOPÉDICO:** Significa instrumentación ortopédica u aditamentos fijos o temporeros, los cuales incluye clavos y tornillos, entre otros.
3. **ASEGURADO O SUSCRIPTOR PRINCIPAL:** El empleado o pensionado que suscribela solicitud de ingreso al Plan.
4. **ASEGURADO O SUSCRIPTOR:** Denomina a cualquier empleado, cónyuge, dependiente directo o dependiente opcional, que haya solicitado cubierta bajo este contrato y La Entidad Contratante le haya expedido una tarjeta de asegurado o suscriptor, cuya validez no haya sido terminada según dispone este contrato.
5. **AUTO INFLIGIDO:** Aquellos daños sobre su persona resultante directa o indirectamente de una acción voluntaria y/o intencional del asegurado o suscriptor estando en su sano juicio.
6. **CANCELACIÓN DE CONTRATO:** Significa la terminación del acuerdo contractual de servicios mediante notificación y aceptación por escrito por cualquiera de las partes.
7. **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 región para un mismo servicio.
8. **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 considerar seno segura por los cirujanos bariátricos.
9. **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.
10. **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.
11. **COPAGO:** Significa la cantidad fija establecida a ser pagada por el asegurado o suscriptor al momento de recibir los servicios.
12. **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 La Entidad Contratante con el proveedor. El suscriptor pagará la diferencia entre este porcentaje y el 100% de la tarifa contratada o cargo médico.
13. **DEDUCIBLE:** Significa la cantidad fija de gasto que el asegurado deberá incurrir antes de que el Plan comience a efectuar pago por beneficios cubiertos.
14. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Es responsabilidad del empleado asegurado o 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:
 - a) El cónyuge del suscriptor principal, incluido en el contrato mientras el contrato está en vigor.
 - b) Hijos menores de veintiséis (26) años, 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 cónyuge 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.
 - c) 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.

- d) Cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del asegurado principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho asegurado principal. Deberá presentar evidencia que confirme esta relación. (Ejemplos: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos, planillas, etc.).
- e) Cualquier menor no emancipado, cuyo abuelo o abuela u otro familiar que sea asegurado o suscriptor principal de este contrato, siempre y cuando se le presente a la Entidad Contratante 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 asegurado.
- f) 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 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 la Entidad Contratante 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.

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 la Entidad Contratante notificar al asegurado o suscriptor la intención de cancelar o eliminar al dependiente afectado treinta (30) días previos a la efectividad de la cancelación del plan por falta de evidencia. De no enviar la notificación correspondiente la Entidad Contratante no le podrá cancelar la cubierta por falta de evidencia. De la

Entidad Contratante 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

- 15. DEPENDIENTES OPCIONALES:** Denomina al familiar inmediato del asegurado principal 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 asegurado principal demostrar en forma satisfactoria a la entidad contratante, la elegibilidad de estos dependientes. Disponiéndose que también cualifiquen 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 asegurado o 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*.
- 16. 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).
- 17. 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.
- 18. 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.

- K.M. 14*
- JW*
19. **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 seis (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.
 20. **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.
 21. **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.
 22. **ENTIDAD CONTRATANTE:** Significa Asegurador u Organización de Servicios de Salud que contrata con el Secretario de Hacienda.
 23. **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.
 24. **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.

25. **HOSPITALES NO PARTICIPANTES:** Significa un hospital que no haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios de hospitalización a sus asegurados o suscriptores.
26. **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 La Entidad Contratante para prestar servicios de hospitalización a sus asegurados suscriptores.
27. **IMPLANTES:** Artefacto interno que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo. No incluye aditamentos utilizados en cirugías ortopédicas.
28. **LABORATORIO NO PARTICIPANTE:** Significa un laboratorio que no haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios a sus asegurados suscriptores.
29. **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 La Entidad Contratante para prestar servicios a sus asegurados o suscriptores.
30. **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.
31. **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 mental.
32. **MEDICINA NATURAL:** Significa la técnica en la cual se emplean métodos y productos naturales para el tratamiento de condiciones físicas y mentales.
33. **MÉDICO PRIMARIO:** Médico generalista, pediatra, ginecólogo, médico de familia internista.
34. **MÚSICO TERAPIA:** Significa la técnica utilizada

en el tratamiento de algunas enfermedades mentales y emocionales en la que se emplean diferentes sonidos musicales.

35. **OBESIDAD MÓRBIDA:** Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35).
36. **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.
37. **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 un (1) año, que cohabitan en una residencia común sin estar casadas entre si y que tienen la intención de continuar con la situación de cohabitantes indefinidamente.
38. **PLAN INDIVIDUAL:** Cubierta para el empleado o el pensionado solamente.
39. **PLAN PAREJA:** Cubierta para el empleado o pensionado y un dependiente directo.
40. **PLAN FAMILIAR:** Cubierta para el empleado o pensionado y dos o más dependientes directos.
41. **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.
42. **PRÓTESIS:** Artefacto que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo.
43. **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 La Entidad Contratante para prestar servicios de salud.
44. **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 La Entidad Contratante para prestar servicios de salud.
45. **SECRETARIO:** Secretario de Hacienda.
46. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Significa la petición por parte de un asegurado o suscriptor para que otro médico distinto al encargado de su caso emita su opinión con respecto a la necesidad de un servicio cubierto.
47. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un asegurado o suscriptor mientras no se encuentre recluido como paciente en un hospital.
48. **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:** Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un asegurado o suscriptor mientras se encuentre recluido como paciente en un hospital.
49. **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 asegurado.
50. **TERAPIA OCUPACIONAL:** Terapia rehabilitativa que ayuda al paciente a recuperar la habilidad para realizar las tareas normales del diario vivir.
51. **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.
52. **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.

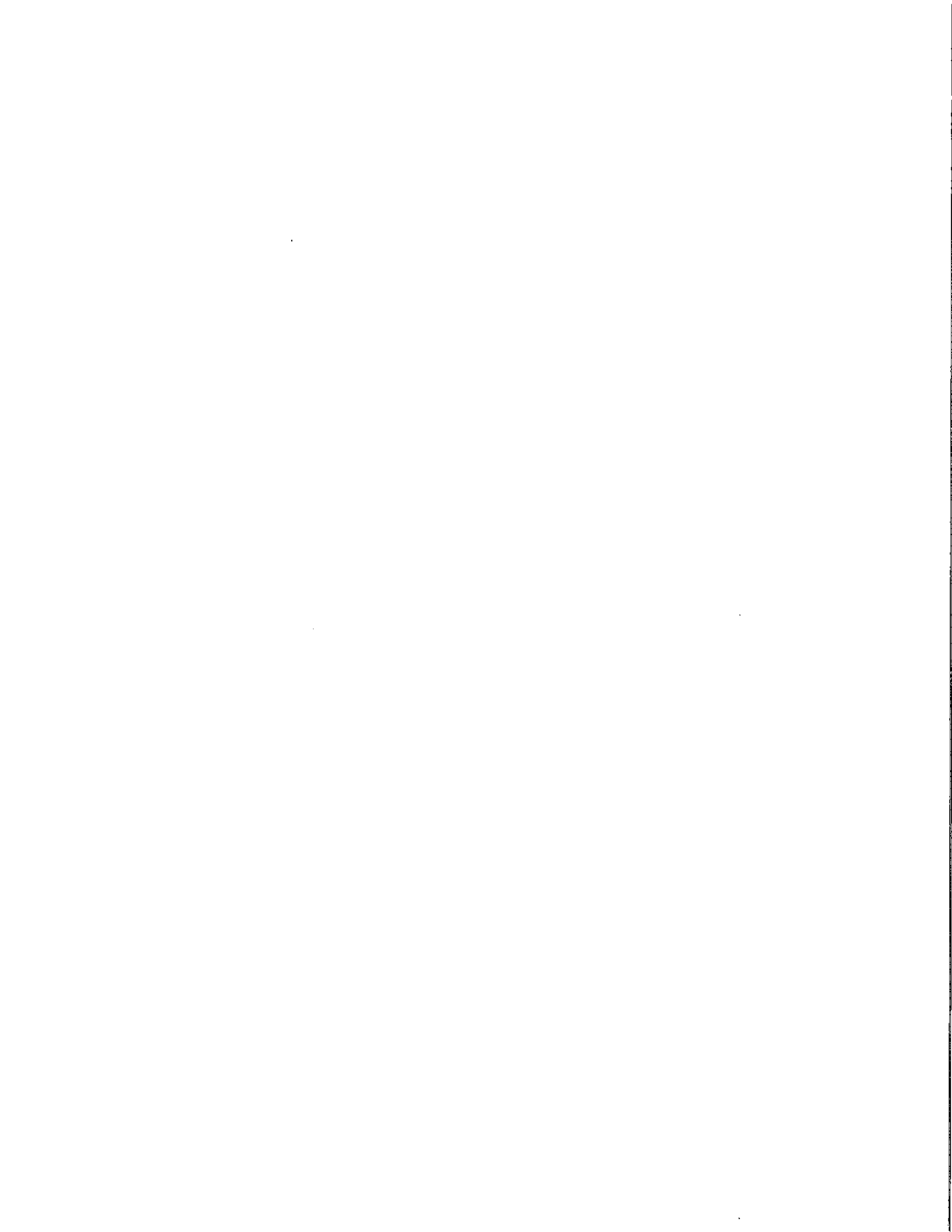


PROSSAM

K.M. 1-44

QW





¡Tarifas bajas confiables para servidores públicos!



PROSSAM

EL PLAN DE SALUD DEL SERVIDOR PÚBLICO PUERTORRIQUEÑO

K.M.F.M.

900

FIT

GUIA DEL SUSCRIPTOR 2019

Con las mejores tarifas para servidores públicos
manteniendo para servidores públicos

Cubiertas amplias

Más Proveedores de Servicio

\$0 copago en clínicas afiliadas

Mayores beneficios con \$0 copago

Seguro de Vida

Programa de Asistencia al Viajero



www.justiciatarifaria.com



info@justiciatarifaria.com



[@prossam](https://www.facebook.com/prossam)



[@justiciaprossam](https://twitter.com/justiciaprossam)

TABLA DE CONTENIDO

I.Introducción	5
II.Elegibilidad	5
III. Proceso de Pre-Certificación	14
IV.Coordinación de Beneficios	15
V.Conversión	18
VI.Resumen de sus Beneficios Médicos Básicos	20
VII.Exclusiones de Cubierta Médica	36
VIII.Cubierta de Trasplante de Órganos	39
IX.Exclusiones de Trasplante de Órganos	40
X.Cubierta de Gastos Médicos Mayores	41
XI.Exclusiones de Gastos Médicos Mayores	42
XII. Resumen de su Cubierta de Farmacia	42
XIII.Exclusiones de su Cubierta de Farmacia	47
XIV.Resumen de su Cubierta de Visión	48
XV.Cubierta Dental	49
XVII.Programas de Valores Añadidos	50
XVIII. Herramientas	51
XIX.Proceso de Querellas, Apelaciones y Reclamaciones	51
XX.Notificaciones Importantes	54
XXI.Definiciones	59

K.M. 1-4

QW.





I INTRODUCCIÓN

PROSSAM, que en adelante se denominará como La Entidad Contratante, se compromete a proveer a los empleados públicos, dependientes elegibles y pensionados, los beneficios, derechos y privilegios que se estipulan en este contrato de beneficios, el cual se denomina "Cubierta de Beneficios Médico-Quirúrgicos, Dentales, Hospitalización y Beneficios Complementarios para los Funcionarios, Empleados y Pensionados del Gobierno de Puerto Rico, sus Municipios e Instrumentalidades".

La Entidad Contratante estará obligada a proveer los beneficios de la Cubierta **PROSSAM-fit** 2019 a los empleados, pensionados y sus dependientes directos y opcionales que hayan adquirido la condición de asegurado o suscriptor y que hayan sufrido lesiones o enfermedad.

Este Contrato se otorga en virtud a las disposiciones de la **Carta Circular de ASES** y al pago de las primas que le corresponda pagar al Gobierno de Puerto Rico, sus Municipios, Entidades y al empleado cubierto, las cuales se estipularán como parte de este contrato. Este contrato tendrá vigencia comenzando a partir del **primero (1ro) de abril de 2019 al 31 de marzo de 2020**.

Es una cubierta de libre selección dentro de la red de proveedores contratada por **PROSSAM**.

El Contrato se podrá renovar a opción de La Entidad Contratante de conformidad con la Ley Número 95 del 29 de junio de 1963, según enmendada.

2. La Guía del Suscriptor **PROSSAM-fit** es el documento oficial que detalla la cubierta de salud bajo **PROSSAM-fit**. Establece sus derechos y obligaciones como suscriptor

o persona cubierta. Utilice esta guía para identificar aquellos servicios médicos que usted y su familia necesite.

3. Como utilizar esta Guía: La Guía del Suscriptor le informara a usted y a sus dependientes:
 - i. Los beneficios cubiertos y no-cubiertos **PROSSAM-fit**.
 - ii. Sus derechos y obligaciones con el plan.
 - iii. Su cubierta de Medicamentos, laboratorios, servicios dentales y de visión.
 - iv. Cómo y cuándo debe utilizar los servicios de **PROSSAM-fit**.
 - v. Las obligaciones y responsabilidades que **PROSSAM-fit** tiene con usted.

II. ELEGIBILIDAD

1. **Fecha de Efectividad** - Fecha en que entra en vigor la cubierta el **1ro de abril de 2019 al 31 de marzo de 2020**.
2. **Elegibilidad** - Serán elegibles para solicitar cubierta bajo este contrato los empleados, funcionarios y pensionados, sus dependientes directos y opcionales según definidos en la Parte 1 de este contrato.
 - i. Cualquier persona que adquiera la condición de elegible con posterioridad a la fecha en que comience este contrato, deberá someter su solicitud de ingreso al Plan dentro de treinta (30) días a partir de la fecha que tenga conocimiento de elegibilidad. La cubierta en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la solicitud, siempre que la persona someta la solicitud antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después



del día diez (10) del mes, la cubierta tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

ii. Los empleados que no soliciten cubierta según se establece en la sección no podrán ingresar al Plan durante el resto del año de contrato. La Entidad Contratante no está autorizada a realizar cambios en las cubiertas durante el año contrato sin la autorización de ASES, con excepción de los especificados en este contrato.

iii. En todos los casos, la inclusión de dependientes sólo se podrá hacer al momento de acogerse el empleado a los beneficios de este contrato o en la fecha de renovación del mismo, salvo lo dispuesto en la Sección 3.4, de esta cubierta.

iv. Administración de Seguros de Salud - Reforma de Salud (Mi Salud)

a. Aquellos empleados o pensionados que opten por la Reforma de Salud como Entidad Contratante no podrán utilizar la aportación patronal otorgada por la Ley Núm. 95 para ningún otro plan que no sea la Reforma de Salud.

b. Si el empleado, funcionario o pensionado o su cónyuge escoge un plan médico de los contratados por el ASES y no informa que tiene el Plan de Reforma de Salud, este último será pagado con la aportación patronal y el otro plan será descontado por nómina del cheque del empleado o de la pensión.

c. Aquellos empleados o pensionados que estén activos en la Reforma de Salud e interesen acogerse a uno de los contratados por el Secretario deberán solicitar su baja previo a llenar una solicitud al plan de salud seleccionado. Para esto deberá presentar una

certificación (MA-10) que indique que no pertenece a la Reforma al plan seleccionado.

d. Aquellos que no hayan solicitado su baja en el tiempo requerido por ASES a la cubierta de la Reforma de Salud y a la misma vez se acojan algún plan de beneficios de salud bajo la Ley Núm. 95 la aportación patronal será pagada a la Reforma de Salud.

e. El empleado o pensionado deberán reponer al Gobierno todo el dinero por concepto de aportación patronal recibida de forma indebida.

f. Cuando un empleado o pensionado médico indigente que esté en la Reforma y en su revisión no cualifica como médico indigente y esto ocurre durante el periodo de contrato que no sea el periodo de cambio o suscripción, la Oficina de Asistencia Médica del Departamento de Salud vendrá obligada a orientar al empleado de éste interesar en continuar con la aportación patronal, solicite el Plan de la Reforma hasta el periodo de cambio o suscripción que establece ASES. Para esto deberá presentar una certificación (MA-10) que indique que no pertenece a la Reforma y tendrá que pagar la diferencia en costo. En estos casos la Reforma le facturará a la agencia la aportación patronal de dichos empleados.

g. Si al empleado o pensionado no médico indigente le interesa seguir con otro plan de servicio de salud contratado por el Secretario, llenará una solicitud en el periodo de suscripción establecido para este propósito. Las agencias serán responsables de orientar al personal sobre este requerimiento.

- h. Si el empleado durante el año de contrato quiere cambiar de un plan de salud contratado por ASES a la Reforma de Salud u otro, tendrá que seguir las disposiciones de cancelación que se indican.

3. Cambios de Asegurados Durante el Año Contrato

No se permitirá cambios de asegurador durante un mismo año contrato.

- 4. **Cambios Durante el Año** - La Entidad Contratante está obligada a realizar inmediatamente los cambios en el sistema electrónico, de lo contrario será responsable del pago del servicio a que tiene derecho el suscriptor luego de realizar el cambio.

i. Casamiento - Un suscriptor que contraiga matrimonio tendrá derecho a incluir a su cónyuge en los beneficios de este contrato si no solicita durante el período de treinta (30) días posteriores a la fecha del matrimonio. La cubierta tendrá efectividad según dispone la Sección 3.2.1, de este contrato.

ii. 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 treinta (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 en su Plan a los hijos que nazcan durante la vigencia de su Plan 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 de los hijos dependientes directos.

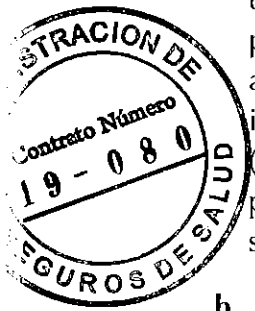
iv. Hijos Adoptivos e Hijastros o Cualquier otro Familiar que Esté Bajo la Patria Potestad o Custodia Legal

- El suscriptor deberá solicitar el ingreso de un hijo adoptivo, hijastro, cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del asegurado principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho asegurado principal o dependiente directo que sea elegible mediante la obtención de la custodia legal dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la adopción legal o la fecha en que comenzó una relación corriente de hijo con el asegurado o suscriptor, según sea el caso, sometiendo la evidencia correspondiente. La cubierta tendrá efectividad según dispone la Sección 3.2.1 de este contrato.

v. Por Divorcio o Muerte - Los hijos de un suscriptor que se divorcie o muera tienen derecho a continuar bajo el Plan del suscriptor aunque no vivan bajo el mismo techo. El cónyuge divorciado o viudo que no fuera suscriptor principal es elegible a continuar como suscriptor, si se acoge al derecho de conversión, de acuerdo con las disposiciones de la **Parte V** de este contrato. Si un dependiente directo u opcional muere durante el año contrato el suscriptor deberá notificar a la Entidad Contratante dentro de los treinta (30) días siguientes a la muerte para el cambio o ajuste, si alguno, de la prima correspondiente.

vi. 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 ASES y hacer uso de su aportación patronal le aplicara lo siguiente:





a. **Ingresar** - El suscriptor deberá llenar y entregar una solicitud directamente a la entidad contratante seleccionada dentro de los siguientes sesenta (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 diez (10). Si la solicitud de ingreso se efectúa después del día diez (10), el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.

b. **Interesa Continuar sin Interrupción de Servicios** - En estos casos el suscriptor deberá comunicarse directamente con la entidad contratante con la cual tiene su plan médico dentro de los treinta (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 copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental. El retirado no podrá hacer cambios de entidad contratante, ni de cubierta en ese momento. El retirado pagará directamente a la entidad contratante el costo total de la prima, incluyendo la aportación patronal. Tan pronto como 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 la entidad contratante para que ésta comience a facturar al Sistema de Retiro.

c. **Decida No Continuar Con Su Plan** - En este caso el suscriptor deberá comunicarse directamente con la entidad contratante con la cual tiene su plan médico dentro de los treinta (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 copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental, junto con las tarjetas de la entidad contratante. Del suscriptor no entregar las tarjetas será responsable del pago de la prima o del pago de los servicios utilizados, según lo acordado con la entidad contratante.

d. El suscriptor ya pensionado podrá optar por una cubierta Complementaria de Medicare 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 a aquel en que La Entidad Contratante reciba una solicitud del pensionado, a tales efectos.

vi. **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.

vii. **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 treinta (30) días siguientes de tener conocimiento. El suscriptor someterá evidencia a tales efectos con la efectividad de la cancelación del mismo. 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 diez (10) del mes. Si la persona somete la cancelación después del día diez (10) del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes

subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud de cancelación.

viii. 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 este Plan y tendrá treinta (30) días a partir de la fecha de notificación de cancelación para solicitar el cambio. Deberá someter evidencia a tales efectos, que acredite la efectividad de la cancelación del mismo. El ingreso 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 diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después del día diez (10) del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

ix. Cambios de Asegurador Durante el Año de Contrato Por Liquidación, Cese de Operaciones o Cualquiera 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 a iniciar un proceso de liquidación de uno de los Planes contratados, éste notificará inmediatamente a ASES para la acción correspondiente. La Entidad Contratante 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 la Entidad, durante el año de contrato que pueda afectar a 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 acogido a este 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.

x. Licencia Sin Sueldo - Si un suscriptor se acoge a una Licencia sin Sueldo, Licencia Militar sin Sueldo o Licencia Médico Familiar puede continuar o no con su contrato de plan médico. Lo cual el suscriptor tiene que informar a la agencia o municipio y a la Entidad Contratante para el debido proceso administrativo.

a. 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 servicio al finalizar dicho período. De no reintegrarse finalizado dicho período, éste vendrá obligado a rembolsar a ASES los desembolsos incurridos para el pago de las aportaciones patronales. Sin embargo, ASES podrá excluir de la obligación de rembolsar las aportaciones mencionadas a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios del retiro por una condición de salud.

b. Un empleado que esté en licencia sin sueldo y no puede cubrir las primas del contrato vigente, podrá modificar dicha cubierta para reducir las mismas. Dicho cambio lo hará directamente con la entidad aseguradora y no está sujeto a las fechas límite para hacer cambios.

c. Si el plan de servicios de salud es mancomunado, notificará a la

Oficina de Recursos Humanos de la agencia donde trabaje el cónyuge mancomunado.



K.M. P. 44
JW

d. Si el suscriptor se reintegra al servicio público luego determinada la licencia sin sueldo y no está acogido a un plan de servicios de salud éste tendrá hasta 60 días calendarios siguientes a la fecha del reingreso para solicitar ingresar a uno de los planes médicos contratados por ASES.

e. Si la licencia sin sueldo fue concedida bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, 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 en vigor por un período que no excederá de doce (12) semanas y tendrá derecho al pago de la aportación patronal correspondiente por el referido período.

f. 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 de seguros, 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.

Las licencias sin sueldo deben ser solicitadas por el empleado a la agencia, no se concederán automáticamente.

h. 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.

5. Directorio de Proveedores Participantes -
La Entidad Contratante le proveerá a cada empleado asegurado o suscriptor una lista

de los proveedores participantes incluyendo médicos, hospitales, laboratorios y otras facilidades y proveedores participantes. La lista de proveedores se clasificará por pueblos y los médicos se clasificarán por especialidad y subespecialidad.

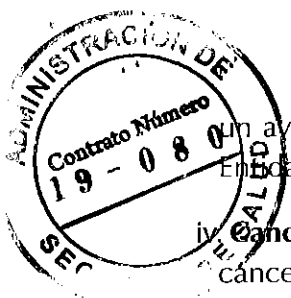
i. Contratación de proveedores - La Entidad Contratante vendrá obligada a contratar proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios que sea adecuada y suficiente para garantizar el acceso a todos los servicios cubiertos en este contrato, en razonable proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de los suscriptores. Esto incluye el acceso a especialistas cualificados para servicios de salud a pacientes con condiciones especiales de cuidado de salud, de manera que se garantice a dichos suscriptores acceso directo y rápido a los proveedores o especialistas de su selección de entre el Directorio de Proveedores.

ii. Cambio en el Contrato - Se requiere que en los contratos de adhesión, según sean revisados por el plan, se le añada la siguiente cláusula: "el médico o proveedor contratado le cobrará al suscriptor la misma tarifa que le facturaría al plan médico, hasta la fecha en que el contrato entre el proveedor y el plan sea cancelado por escrito por una de las partes".

iii. Notificación sobre cambios - La Entidad Contratante notificará por escrito a los empleados asegurados o suscriptores todo cambio de proveedores, tan pronto éste ocurra y no más tarde de los quince (15) días siguientes a la fecha de ocurrir el mismo. Se considerará que se ha notificado al empleado suscriptor si se notifica en la fecha indicada, ASES, a los Directores de Recursos Humanos de las agencias, departamentos, municipios e instrumentalidades concernidas. La notificación se hará por correo postal y por correo electrónico a la misma vez mediante

K.M.F.M
JAW





un aviso suscrito por el representante de la Entidad Contratante.

iv. **Cancelación de Contrato** - Se considera cancelación de contrato cuando cualquiera de las partes notifica por escrito con treinta (30) días de antelación su intención de cancelar y la otra parte acepta por escrito la terminación dentro del término señalado.

6. Derecho a una Segunda Opinión - Los suscriptores bajo este contrato tendrán derecho a solicitar una segunda opinión médica y La Entidad Contratante pagará el costo correspondiente.

7. Guía del Suscriptor - La Entidad Contratante enviará por correo o proveerá a cada asegurado o suscriptor el Resumen Explicativo de los Beneficios y Condiciones Principales del Plan, según provisto por ASES. Esta es una exposición clara y precisa de los servicios, beneficios, límites máximos o mínimos a que tendrán derecho los empleados, pensionados y los miembros de sus familias, así como de las exclusiones y limitaciones aplicables, a los efectos de que en caso de duda se interpretarán liberalmente a favor del suscriptor.

8. Reembolso Sino Hubiese Proveedor - La Entidad Contratante reembolsará el cien (100) por ciento de los gastos, sujeto a cualquier deducible o coaseguro aplicable, incurridos por un asegurado o suscriptor que no pueda recibir beneficios de un proveedor participante bien porque el Plan no cuente con proveedores que provean un servicio cubierto por este contrato, o porque se hubiere cancelado el contrato entre un proveedor incluido en el directorio de facilidades médico hospitalarias y no se hubiere notificado el cambio. Para tener derecho al reembolso, el suscriptor deberá presentar evidencia del pago efectuado.

9. Periodo de Espera - Ningún suscriptor estará sujeto a período de espera de clase alguna bajo ningún concepto.

10. Errores de Facturación o Descuento de Primas - Bajo este contrato no se requerirá a un suscriptor que pague a La Entidad Contratante cualquier aportación patronal adeudada, excepto como se disponga en el Reglamento de la Ley Núm. 95, citada. Ni se privará a cualquier suscriptor de protección por el hecho que la Entidad Contratante no haya facturado a la agencia o municipio el descuento correspondiente.

i. Reactivar una Póliza: Si no se descuenta la prima de renovación dentro del tiempo concernido a la Entidad Contratante, el suscriptor hará gestiones con su Agencia Gubernamental y con la Entidad Contratante para que su Contrato sea activado a la fecha de renovación.

11. Disposiciones Generales

i. 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.

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

13. Cancelación Individual - La Entidad Contratante podrá cancelar la cubierta de cualquier asegurado o suscriptor bajo el Plan en cualquier momento cuando el asegurado o suscriptor:

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

ii. Cuando el asegurado o suscriptor denota patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por el plan.

iii. Cuando el asegurado o suscriptor adeude el pago de la prima.

iv. La cancelación se hará mediante aviso por escrito entregado al asegurado o suscriptor, o enviado por correo a su última dirección según demuestren los archivos de La Entidad Contratante. El aviso, que también será enviado al patrono, indicará la fecha en que será efectiva la cancelación, la que será mayor de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha del matasellos del correo postal que aparece en la carta.

14. Cobro de Diferencias por Tipo de Acomodo en el Hospital - Ningún asegurado o 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.

15. Derechos Personales - El asegurado o 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 La Entidad Contratante se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que el asegurado o suscriptor, con su consentimiento expreso

o tácito, permita que personas no aseguradas o suscritas utilicen la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida a su favor por La Entidad Contratante. El recobro de tales gastos no impedirá que La Entidad Contratante cancele el contrato de dicho asegurado o suscriptor, si así lo decidiera, en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la presentación de querrela para que se enjuicie criminalmente al asegurado o suscriptor o la persona que haya utilizado ilegalmente la tarjeta.

16. 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.

17. Reclamaciones de Reembolsos - En caso de que el asegurado o suscriptor de un plan de libre selección reciba servicios cubiertos de proveedores de servicios no participantes, excluyendo los servicios de emergencia mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje, según se establece en la sección 4.8 de este contrato, los pagos que haya que hacer por estos servicios cubiertos en este contrato se regirán por las siguientes disposiciones:

i. El asegurado o suscriptor dará aviso por escrito de cualquier reclamación a La Entidad Contratante tan pronto le sea razonablemente posible, sin exceder de tres (3) meses contados a partir de la fecha en que recibió el servicio.

ii. La Entidad Contratante suministrará al asegurado o suscriptor los formularios correspondientes para la presentación de evidencias de servicios dentro de un período de quince (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



K.M. 1.4

QW

éste someta original de la factura por los servicios recibidos que le suministre el proveedor del servicio al recibir el pago del asegurado o suscriptor.

iii. El asegurado o suscriptor deberá someter evidencia escrita de los servicios dentro de noventa (60) días contados a partir de haber recibido los formularios correspondientes para la presentación de evidencia de servicios.

iv. 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:

a. La Entidad Contratante reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base del cien por ciento (100%) de las cantidades que La Entidad Contratante hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos en casos de emergencia menos el deducible aplicable.

b. Solo se reembolsara en caso de una emergencia según requerido por la Ley Núm. 194 de 25 de agosto del 2002. Estos serán pagados directamente al suscriptor a base de la cantidad que resulte menor entre el gasto incurrido y el honorario que se hubiese pagado a un proveedor participante, luego de aplicado el deducible o copagos aplicables por el servicio prestado.

c. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, la Entidad Contratante no será responsable de pagar por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiera recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. La Entidad Contratante 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 la Entidad Contratante para ofrecer los mismos servicios.

18. Pago de Gastos Por Servicios de Proveedores No Participantes en Caso de Planes de Libre Selección de los servicios de emergencia mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje en Estados Unidos y sus territorios.

i. En el caso de emergencia fuera de Puerto Rico, si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud cuenta con el acceso a facilidades o redes fuera de Puerto Rico, aplicará el cargo contratado en el área donde se prestó el servicio.

ii. De no contar con facilidades o redes fuera de Puerto Rico la Entidad Contratante está obligada a negociar directamente con el proveedor el costo total de los servicios prestados.

iii. Posterior a la negociación, la Entidad Contratante pagará directamente al proveedor el ochenta por ciento (80%) de lo negociado por los servicios que el asegurado o suscriptor recibió.

iv. Luego que la Entidad Contratante pague, el asegurado o suscriptor pagará al proveedor el restante veinte por ciento (20%) de lo negociado entre la Entidad Contratante y el proveedor, si alguna.

19. Servicios Para el Embarazo y Para la Maternidad - Los cuidados prenatales, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para la empleada asegurada y esposa asegurada. A la madre asegurada, 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

K.M.P.M.

J.W.



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 Post-Parto". 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 asegurado de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este Contrato. El servicio de esterilización estará disponible solamente para el suscriptor principal o su cónyuge.

K.M. 1.4

20. Tarjeta de Identificación - Para tener derecho a los beneficios que provee el Plan, todo asegurado o suscriptor que solicite servicios vendrá obligado a identificarse como suscriptor del Plan mostrando al proveedor participante, al momento de solicitar sus servicios, la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida por La Entidad Contratante, la cual indicará las cubiertas a que tiene derecho.

SW

21. Vencimientos de Prima - Período de Gracia - Las primas bajo este contrato serán pagaderas mensualmente al final de cada mes. La Entidad Contratante 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.

III. PROCESO DE PRE-CERTIFICACIÓN

1. En los casos en que los beneficios establecidos en el Contrato Uniforme, requiera pre autorización, la Entidad Contratante no será responsable por el pago de servicios prestados o recibidos, si el suscriptor no ha obtenido la misma. Cuando se requiera pre-autorización:
 - i. La Entidad Contratante informará por escrito al asegurado o suscriptor en el término de dos (2) días laborables o de lo contrario se considerará que la solicitud de autorización ha sido aprobada.
 - ii. El término máximo que se concederá al asegurado o suscriptor para recibir ese servicio no será menor de 30 días calendario.
 - iii. El oficial médico o representante autorizado de La Entidad Contratante que decida no autorizar el servicio hará constar su decisión por escrito, no más tarde de dos (2) días laborables de la solicitud.
 - iv. Se considerará autorizado el servicio que el médico participante considere que es un servicio de emergencia.
 - v. Si el suscriptor solicita una reconsideración, La Entidad Contratante tendrá cinco (5) días laborables para contestar su decisión por escrito.
2. **Tiempo para Autorización de Servicios** - La Entidad Contratante se compromete a entregar al asegurado o suscriptor las autorizaciones de servicios no más tarde de dos (2) días laborables contados a partir de la entrega de la orden médica y los documentos relacionados con el servicio, excepto en casos de emergencias, el cual será no más tarde de 24 horas de haberle sido solicitada.



IV. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

1. Aplicabilidad

- i. Esta disposición sobre la Coordinación de Beneficios (COB) se aplica a todos los beneficios de cuidado médico según este Plan, cuando un empleado o el dependiente cubierto del empleado goce de cubierta para cuidado médico bajo más de un Plan. Los términos "Plan" y "Este Plan" se definen más adelante.
- ii. Si esta disposición sobre COB se aplica, las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios deben examinarse primero. Estas reglas determinarán si los beneficios de Este Plan serán determinados bajo Este Plan:
 - a. No se reducirán cuando, de acuerdo con las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios de Este Plan se determinen antes que los de otro Plan: Sin embargo,
 - b. Podrán reducirse cuando, de acuerdo con las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios, otro Plan determine sus beneficios en primer lugar. La reducción mencionada se describe en la sección 5.6 titulada "Efecto sobre los Beneficios de Este Plan".
 - c. En el caso de que un suscriptor o dependiente posean los beneficios del Seguro de Servicios de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ASES), tendrá que seleccionar entre los beneficios de la Ley Número 95, según enmendada o ASES, pero no los dos.

2. Definiciones

- i. Un "Plan" será cualquiera de los siguientes que provea beneficios para o causados por, el tratamiento o cuidado médico o dental:
 - a. Seguro grupal o cubierta grupal incluirá cubierta prepagada, de práctica grupal o individual. También incluirá cubierta que no sea del tipo de accidente escolar.
 - b. Cubierta según un plan gubernamental o requerido por ley. Esto no incluirá un plan estatal según Medicaid El Título XIX de la Ley de Seguro Social de los Estados Unidos de América Sobre Concesiones a los estados para los Programas de Asistencia Médica según haya sido enmendado de cuando en cuando. Cada contrato o arreglo de cubierta es un Plan diferente.
 - c. Además, si un arreglo tiene dos partes y las reglas para la COB se aplicarán solamente a una de los dos, cada una de las partes será un Plan distinto.
- ii. "Este Plan" será la parte del contrato grupal que provea beneficios por gastos de cuidado de la salud.
- iii. "Plan Primario/Plan Secundario". Las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios informarán si Este Plan es un Plan primario o un Plan secundario en relación con otro Plan que cubra la persona.
 - a. Cuando Este Plan sea un Plan primario se determinarán sus beneficios antes que los del Otro Plan y sin que se consideren los beneficios de éste.
 - b. Cuando Este Plan sea un Plan secundario se determinarán sus beneficios después de los del Otro Plan y se podrán reducir por los beneficios del otro Plan.



c. Cuando la persona está cubierta por más de dos planes Este plan podría ser un Plan Primario en relación con uno o más planes y podría ser un Plan Secundario en relación con un Plan o Planes diferentes.

iv. **Gasto Admisible** Quiere decir una partida de gasto necesaria, razonable y acostumbrada para el cuidado de la salud cuando la misma la cubren, al menos, parcialmente uno o más planes que cubren a la persona por quien se hace la reclamación. La diferencia entre el costo de un cuarto privado de hospital y el costo de un cuarto semiprivado de hospital no se considera un gasto admisible según la definición anterior a menos que la estadía del paciente en un cuarto privado de hospital sea médicamente necesaria o vaya de acuerdo con las prácticas médicas generalmente aceptadas o según se defina específicamente en el Plan. Cuando un Plan provea beneficios en forma de servicios, el valor en efectivo razonable de cada servicio rendido se considerará tanto como un gasto admisible como un beneficio pagado.

V. **Período de Determinación de Una Reclamación** Se refiere a un año. Sin embargo éste no incluirá a ninguna parte de un año durante la cual una persona no tenga cubierta bajo Este Plan, ni ninguna parte de un año que anteceda a la fecha en que entre en vigor esta disposición de (COB) o alguna similar.

3. Reglas Relativas al Orden de Determinación de los Beneficios

i. En general, cuando exista base para una reclamación según Este Plan y otro Plan, Este Plan será un Plan secundario cuyos beneficios se determinarán después de aquellos del Otro Plan a menos que:

- a. El Otro Plan contenga reglas que coordinen sus beneficios con aquellos de Este Plan; y
- b. Tanto las reglas del Otro Plan y las reglas de este Plan, descritas en la sección 3.12.3.2. más adelante, requieren que se determinen los beneficios de este Plan antes que los del otro Plan.

ii. **Reglas:** 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 socio, suscriptor, asegurado miembro, este Plan tendrá responsabilidad sobre dichos beneficios conforme a las reglas que se expresan más adelante, disponiéndose que, bajo ninguna circunstancia Este Plan pagaría una cantidad que resulte mayor que el gasto en que incurrió realmente la persona cubierta, ni tampoco mayor de aquella cantidad que este Plan hubiese pagado de otro modo de no existir dicha cubierta o cubiertas. Las reglas para establecer la responsabilidad de Este Plan en la determinación del pago correspondiente en virtud de las disposiciones de esta cláusula son las siguientes:

a. 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.

b. Niño Dependiente/Padres no separados ni divorciados Cuando Este Plan y otro Plan cubran al mismo niño como dependiente de diferentes personas llamadas "padres".



- c. Los beneficios del plan de aquel cuyo cumpleaños ocurre más temprano en el año se determinan antes que aquellos del plan de aquel cuyo cumpleaños ocurre más tarde en el año.
- d. 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.
- e. 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:
- i. Primeramente, el plan de aquel que tenga la custodia del niño.
 - ii. Luego, el plan del cónyuge de aquel que tenga la custodia del niño.
 - iii. Finalmente, el plan de aquel que no tenga la custodia del niño.

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 a aquél tiene conocimiento real de esos términos, los beneficios de ese plan se determinan primero.

- 4. Empleado Activo / Inactivo** - Los beneficios de un plan que cubre a una persona como empleado que no ha sido despedido ni se ha retirado (o según sea dependiente de dicho empleado) se determinan antes que los de un plan que cubra a esa persona como empleado despedido o retirado (o como dependiente del empleado). Si el otro plan no contiene esta regla y si, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios se ignora esta regla 5.4.
- 5. Período de Cubierta Más Largo/Corto** - Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de los beneficios, los beneficios del plan que cubrió a un empleado, miembro o suscriptor durante el período de tiempo más largo se determinarán antes que aquellos del plan que cubrió a esa persona durante el período de tiempo más corto.
- 6. Efecto sobre los Beneficios de Este Plan** - Esta Sección se aplicará cuando, de acuerdo con la Sección 5.3. Titulada Reglas Relativas al Orden de Determinación de los Beneficios, Este Plan sea un plan secundario en relación con uno o más planes. En ese caso se podrían reducir los beneficios según esta Sección.
- 7. Reducción en los Beneficios de Este Plan** - Los beneficios de Este Plan se reducirán cuando la suma de los beneficios que serían pagaderos por los gastos Admisibles según Este Plan en ausencia de la disposición de COB y los beneficios que serán pagaderos por los Gastos Admisibles en virtud de los Otros Planes, en ausencia de disposiciones cuyo propósito sea similar al de esta disposición de COB se haga o no una reclamación, excede aquellos Gastos Admisibles en un período de Determinación de una Reclamación. Se reducirán los beneficios de Este Plan, si este es el caso, de forma que éstos y los beneficios pagaderos en virtud de los Otros Planes no sumen una cantidad mayor que esos Gastos Admisibles. Cuando se reduzcan los beneficios de Este



Plan de la manera descrita, cada beneficio se reducirá proporcionalmente, es entonces que se cargará a cualquier límite de beneficios aplicables a este plan.

8. Derecho a Recibir y Liberar Información

Necesaria - Se requieren ciertos datos para aplicar estas reglas sobre la COB. La Entidad Contratante tiene el derecho a decidir cuáles datos necesita. Puede obtener los datos necesarios de cualquier otra organización o persona o puede proveerle a la misma tales datos. La Entidad Contratante no necesita avisarle u obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame los beneficios de Este Plan deberá facilitarle a La Entidad Contratante cualquier dato que necesite para pagar la reclamación.

9. Facilidad de Pago

- Un pago hecho en virtud de Otro Plan podría incluir una cantidad que debía haberse pagado en virtud de Este Plan. Si esto es así, La Entidad Contratante puede pagar esa cantidad a la organización que hizo el pago. Se considerará esa cantidad como un beneficio pagado en virtud de Este Plan. La Entidad Contratante no tendrá que pagar de nuevo esa cantidad. El término "Pago hecho" incluirá la provisión de beneficios en forma de servicios. En tal caso "Pago hecho" querrá decir el valor en efectivo razonable de los beneficios provistos en forma de servicios.

10. Derecho a Recobrar

- Si la cantidad de los pagos hechos por La Entidad Contratante es mayor de lo que se debió haber pagado en virtud de esta disposición sobre COB se podrá recobrar el exceso de uno o más de los siguientes:

- i. Las personas a las que se le ha pagado o en nombre de
- ii. quienes se ha pagado;
- iii. Las compañías de seguros; y
- iv. Otras organizaciones

La "cantidad de los pagos hechos" incluirá el valor en efectivo razonable de cualquier beneficio provisto en forma de servicios. Cuando Este Plan no sea un Plan Primario, sus beneficios, sumados a los de un Plan Primario no pagarán el 100% de los Gastos Admisibles a menos que el Plan Primario pague, por sí solo, el 100% de los Gastos Admisibles. Una persona puede inscribirse para recibir cubierta de cuidado médico en virtud de Este Plan como plan primario cuando finaliza por alguna razón su cubierta de cuidado médico en virtud de Otro Plan catalogado como primario. Esta disposición no se aplicará mientras la persona permanezca elegible para cubierta en virtud de Otro Plan que pueda catalogarse como primario conforme a esta disposición (COB).

11. Para ser inscrito para cubierta:

- i. Dicha persona tiene que ser elegible según Este Plan; y
- ii. La inscripción debe hacerse dentro de los 30 días que siguen inmediatamente.
- iii. o la fecha en que terminó la cubierta según el Otro Plan.
- iv. o el final de cualquier período de continuación elegido por esa persona o en su nombre.

V. CONVERSIÓN

1. Derecho a Convertir

- Un asegurado o suscriptor cubierto bajo este Plan tendrá derecho a que se le emita un contrato individual de pago directo bajo las siguientes circunstancias:

- i. Su cubierta cesa por razón de finalizar su empleo.
- ii. Su cubierta cesa porque deja de pertenecer a la clasificación que lo hacía elegible.



K.M. 111
Jaw

- iii. El Plan termina por cualquier causa, incluyendo expiración, terminando la cubierta para todos los suscriptores.
- iv. 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/o otros dependientes opcionales:

- i. Si su cubierta termina por cualquiera de las circunstancias mencionadas en la sección 6.1 al 6.1.4 precedente.
- ii. Si ocurre la muerte del asegurado o suscriptor principal.
- iii. 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.

iv. 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 La Entidad Contratante en o antes de treinta (30) días después de ocurrir la terminación de la cubierta por alguna de las razones indicadas en la Sección 6.1 al 6.1.4 que precede.

v. Obligación de Notificar - La Entidad Contratante se compromete a notificar 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 treinta (30) días especificado en la Sección 6.2.4 de esta cláusula.

vi. Extensión del Término Para Ejercer Derecho a Conversión -Si No Se Notifica: Si la persona no recibe notificación de su derecho a convertir por lo menos quince (15) días antes de la fecha de expiración del término indicado en la Sección 6.2.5 tendrá un período adicional durante el cual podrá ejercer su derecho. El período adicional expirará quince (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.

vii. Características del Contrato Individual/ Tipo de Contrato -El contrato individual de pago directo será, a opción de la persona con derecho a convertir, cualquiera de las formas que para esa fecha sean emitidas corrientemente por La Entidad Contratante 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 La Entidad Contratante no tiene disponible 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. 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.



viii. Prima -La prima a cobrar en el contrato individual o familiar de este pago directo a ofrecer será igual a la tarifa contratada con ASES. Dicho contrato será hasta la fecha de vigencia según establecida por ASES. En el momento que se extienda el contrato grupal a la persona con derecho a convertir, se deberá cobrar, mediante pago directo, la prima según contratada con ASES y que corresponda a este contrato. En ningún momento se requerirá al asegurado o suscriptor el pago por adelantado de prima por más de un mes. Luego que finalice el contrato de pago directo autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros, tiene que ofrecer dicho contrato a todo asegurado o suscriptor que interese continuar con la Entidad Contratante.

ix. Personas Cubiertas - El contrato individual de pago directo tendrá que cubrir a todas las personas que estaban cubiertas por el plan grupal a la fecha de terminación del mismo, 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, continuarán cubiertos bajo el plan grupal, se emitirá uno o más contratos individuales de pago directo, 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.

x. Fecha de Efectividad -El contrato individual de pago directo tendrá efectividad a los treinta (30) días de haber terminado la cubierta bajo el contrato grupal, si el mismo se solicita dentro de dicho término de treinta (30) días. Si se concede un período adicional para ejercer el derecho

a convertir, según se provee en la Sección 6.2.6 de esta cláusula, 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 con el Secretario de Hacienda.

xi. 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 de la Sección 6.2.6 de esta cláusula, 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, la Entidad Contratante 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.

V. RESUMEN DE SUS BENEFICIOS MÉDICOS BÁSICOS

i. **Beneficios** - La Entidad Contratante proveerá bajo este contrato los beneficios de hospitalización médico-quirúrgicos, y de diagnóstico en forma ambulatoria, de medicinas y dentales que se describen próximamente. Se proveerán los mismos



beneficios al empleado, pensionados y a sus dependientes. Los cuidados prenatal, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para toda mujer que cualifique como dependiente directo (solamente el primer hijo), que esté incluida en el contrato. 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. 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 solamente si el niño(a) es asegurado de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este Contrato. Cuando los hijos dependientes directos en este contrato contraen matrimonio, el plan médico vendrá obligado a ofrecerles un contrato de pago directo sin períodos de espera o pruebas de asegurabilidad para condición ninguna. El servicio de esterilización estará disponible solamente para el suscriptor principal o su cónyuge.

K.M. 1.11
QW
2. Servicios de Hospitalización - La Entidad Contratante se compromete a pagar hasta un máximo de 365 días, por los servicios contratados con el hospital participante correspondiente, durante la hospitalización del asegurado o suscriptor, en una habitación semiprivada o de aislamiento o cualquier facilidad similar adecuada, en un hospital participante, durante la vigencia del Plan, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico-cirujano a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria.

3. Servicios Médico-quirúrgicos durante períodos de hospitalización - La Entidad Contratante 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 asegurado o 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 médicos que puedan atender la condición del asegurado o suscriptor. La Entidad Contratante velará porque esto se cumpla.

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

ii. Ningún asegurado o 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.

4. Servicios en Salas de Emergencia - Estos servicios estarán disponibles durante las veinticuatro (24) horas del día, todos los 365 días del año y de acuerdo a la definición del Secretario de Salud. Se presume que las siguientes condiciones requieren servicios de emergencia:

- i. Accidentes traumáticos
- ii. Fracturas
- iii. Dislocaciones
- iv. Heridas y laceraciones
- v. Cólico renal y hepático
- vi. Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria
- vii. Embolias pulmonares
- viii. Ataque agudo de asma bronquial
- ix. Dificultad respiratoria



- x. Vómitos y diarreas severas, con o sin deshidratación
- xi. Dolor abdominal agudo
- xii. Convulsiones
- xiii. Reacciones febriles persistentes
- xiv. Episodios neurológicos
- xv. Estado de choque ("shock") y coma de cualquier orden
- xvi. Estados de pérdida de conocimiento o de obnubilación o desorientación súbita.
- xvii. Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia.
- xviii. Cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz y otras cavidades naturales
- xix. Envenenamiento por indigestión, inhalación,
- xx. Hemorragias de todo tipo
- xxi. Quemaduras
- xxii. Retención aguda de orina
- xxiii. Presencia súbita de sangre en la orina, con o sin dolor (hematuria súbita)
- xxiv. Condición aguda del prepucio (parafimosis)
- xxv. Pérdida súbita de la visión por cualquiera de los ojos o ambos
- xxvi. Dolor agudo en el pecho
- xxvii. Emergencias de Condiciones Mentales
- xxviii. Otros de acuerdo al protocolo establecido en servicios de emergencias.



dentro de los límites acuáticos de Puerto Rico, hasta un máximo de ochenta dólares (\$80.00) por viaje. La Ambulancia tiene que estar autorizada por la Comisión de Servicio Público. Los servicios de ambulancia aérea están incluidos en la cubierta básica, por lo menos uno por asegurado por año contrato. Se utilizarán los protocolos médicos para la activación del servicio.

6. Para tener derecho a los beneficios que provee el Plan, todo asegurado o suscriptor que solicite servicios vendrá obligado a mostrar al proveedor participante la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida por La Entidad Contratante, la cual indicará las cubiertas a que tiene derecho.

7. **Servicios de Hospitalización y Servicios Ambulatorios** -Incluyen los servicios que se describen a continuación y todos los otros servicios que sean médicamente necesarios durante una hospitalización, según se indica a continuación:

Servicios Hospitalarios	Provisiones
Hospitalización (Habitación Semi-Privada hasta un máximo de 365 días) y Facilidades de Cuidado Extendido / Centros de Rehabilitación; Servicios Ancilares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago.
Unidad de Cuidado / Intensivos, Cuidado Intermedio, Cuidado Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Unidad de Cuidados Neonatal	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Habitación de Aislamiento	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sala de Operaciones, Recuperación y de Maternidad	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Medicamentos recetados por médicos durante su estadía en el hospital, están incluidas en el per diem	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

5. **Servicios de Ambulancia** - Se proveerá servicios de ambulancia si el médico así lo recomienda, a base de reembolso, conforme a la distancia recorrida vía terrestre o marítima

Oxígeno y su administración	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Suplidos Desechables	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Dietas Regulares y Especiales	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Servicio regular de Cuidado Hospitalario	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Otros Servicios Hospitalarios	Provisiones
Cirugía Bariátrica	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago. Aplica pre-certificación. Hasta uno (1) por vida.
Cirugía Ortognática (osteotomía mandibular y maxilar)	Cubierto al 100% de tarifa contratada. Cubierto con los gastos relacionados a los materiales excluidos.
Anestesia y su Administración incluyendo sedación	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Otros Servicios Hospitalarios	Provisiones
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 examen de compatibilidad.
Pruebas de diagnóstico, radiografías y laboratorios clínicos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sonogramas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Tomografía Computadorizada	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Angiografía Digital y Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

K.M. J.M.

QW.

Terapia Física	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Centros Enfermería Diestra (Skilled Nursing Facilities)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato
Radioterapia / Quimioterapia	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto como resultado de una Mastectomía. Sujeto a pre-certificación, aplica \$200 de copago.
Tratamientos para Condiciones Renales (Diálisis y Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de Diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios Médico-Quirúrgico, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis y Hemodiálisis.
Terapias Respiratorias	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de tarifa contratada. Sujeto a pre-certificación.
Procedimientos Quirúrgicos para Beneficios Incluidos en la Cubierta Básica durante la hospitalización	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Servicios y Consulta de Médicos Especialistas, Sub-Especialistas y Cirujanos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Cuidado de Salud en el Hogar	Aplica \$25 de copago por visita.
Programa de Cuidado de Hospicio	Excluido. Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores.



Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones	Cubierto como cualquier otra enfermedad.
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
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas de Gases Arteriales	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Alimentación Parenteral y Enteral	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Otros Servicios Hospitalarios	Provisiones
Cirugía Maxilofacial, cuando sea necesaria por motivo de un accidente cubierto 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 tarifa contratada
Cirugía Neurológica, Cerebrovascular, Cardiovascular y PTCA	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Marcapasos, válvulas, stent, desfibriladores	Cubiertos bajo Gastos Mayores.

Tratamientos para Autismo, incluyendo, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas, terapias ocupacionales, pruebas inmunológicas, pruebas gastroenterología, servicios de nutricionistas y servicios sicólogos, ilimitados según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012.	Cubierto al 100% de tarifa contratada
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 tarifa contratada
Centros de Cirugía Ambulatoria	Provisiones
Cirugías Ambulatorias en Hospitales y Centros con este tipo de servicios	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago.
Servicios de Médicos y Cirujanos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago
Litotricia Extracorpórea Renal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 25% de copago.
Criocirugía	Cubierto al 100% de tarifa contratada, una (1) por año contrato
Ginecomastia	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Sala de Emergencias / Sala de Urgencias	Provisiones
Enfermedad	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$100 de copago.
Accidente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Cuando los Rayos X/ Laboratorio no son parte de la tarifa de Sala Emergencias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de copago.



Si es Admitido	Aplica \$200 de copago.
Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Generalista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de \$15.
Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de \$20.
Sub-Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de \$25.
Endoscopia / Colonoscopia (Facilidades para pacientes No Hospitalizados)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 50% de coaseguro
Cuidado Post-Operatorio / Visitas (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina
Centros Enfermería Diestra (Skilled Nursing Facilities)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta 60 días por año.
Segunda Opinión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina
Podíatra	Cubierto al 100%, aplica \$20 copago.
Podíatra (Procedimientos quirúrgicos)	Cubierto al 100%, aplica \$20 copago.
Tratamientos de Autismo	Cubierto al 100% de tarifa contratada. La cubierta para el tratamiento del autismo incluye, pero sin limitación, genética, neurología, inmunología, gastroenterología, nutrición, espectro, la psicología, la ocupacional y terapias físicas.
Pruebas de Alergia	Aplica 50% de coaseguro.
Vacunas para Alergias	Aplica 50% de coaseguro.

Quiropráctico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$20 de copago, hasta 20 sesiones por año, en combinación con servicios de terapia física.
Nutricionista	Aplica \$20 de copago, hasta doce (12) visitas por año contrato.
Quimioterapia Inyectable y Oral	Cubierto a través de Farmacia, hasta \$5,000.
Inyecciones Intra-Articulares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.
Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Bloqueo Neurológico Selectivo e Inyecciones Epidurales de Esteroides	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% , coaseguro y copagos de visitas
Trabajador Social	Cubierto al 100%, aplica \$20 de copago, a través de reembolso.
Tratamientos para Condiciones Renales (Diálisis y Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de Diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios Médico-Quirúrgico, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis y Hemodiálisis. Aplica 20% de coaseguro



<p>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.</p>	<p>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 relacionados con ventiladores mecánicos</p>
<p>Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copagos y coaseguros Cubierto como cualquier otra enfermedad.</p>
<p>Gamma Knife</p>	<p>Cubierto al 100%, aplica 50% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato</p>
<p>Servicios Ambulatorios Rehabilitación a corto plazo y medicina física</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Terapias Ocupacionales</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15 de copago hasta 20 terapias. Exceso atra vez de GMM.</p>

<p>Terapias Físicas</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$15 de copago, hasta 20 terapias en combinación con servicios de quiroprácticos</p>
<p>Servicios Ambulatorios Rehabilitación a corto plazo y medicina física</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Servicios de Habilitación</p>	<p>Al menos 20 visitas para terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.</p>
<p>Terapias Respiratorias</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.</p>
<p>Terapias del Habla</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta 20 terapias. Exceso atra vez de GMM.</p>
<p>Servicios Ambulatorios; Laboratorios, Radiologías y Pruebas Especializadas</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Laboratorios</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.</p>
<p>Laboratorios Patológicos</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Rayos X</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.</p>
<p>Examen de Pre-Admisión a una Institución Hospitalaria</p>	<p>Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico. Aplica coaseguros.</p>



Laboratorio Cardiovascular No Invasivo (Persantine o Thallium)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Holter Test	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Cardiac Color Flow Doppler	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Laboratorio Periferovascular No Invasivos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
CT Scan	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Laparoscopias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago
Criocirugía del útero	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) procedimiento por año contrato.
Densitometría ósea (Prueba de la Densidad del Hueso)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, un (1) procedimiento por año contrato.
Ecocardiograma	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta dos (2) por año contrato.
Electrocardiogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Servicios Ambulatorios; Laboratorios, Radiologías y Pruebas Especializadas	Provisiones
Electromiogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta dos (2) por año contrato.

Electroencefalogramas (EEG)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Electroencefalograma(EEG) 24 horas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
MRA	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
MRI	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Estudio Neurológico (Periférico, Cerebral, Vascular No Invasivo y Electroencefalograma)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Procedimientos Diagnósticos Invasivos: Cardiovasculares y no invasivos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta dos (2) por año contrato.
PET/CT Scan	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Estudio del Sueño (Polisomnografía)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.

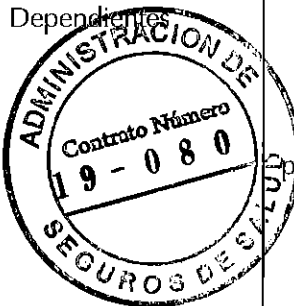


SPECT	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Sonogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Pruebas de Velocidad de Conducción Nerviosa	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Tonografía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Stress Test	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Timpanometría y Audiometría	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.
Manometría de Esófago	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Servicios Ambulatorios; Laboratorios, Radiologías y Pruebas Especializadas	Provisiones
Potenciales Evocados	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Centros de Enfermería Especializada	60 días por año poliza

Beneficios de Maternidad	Provisiones
Visita Inicial para Confirmar el Embarazo	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica de \$20 de copago.
Todas las visitas prenatales subsiguientes, visita postnatal y gastos por parto.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica de \$20 de copago.
Hospitalización para Parto	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica del \$200 de copago.
Hospitalización para Parto por Cesárea	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica del \$200 de copago.
Servicios Médicos de Ginecología y Obstetricia durante el parto o cesárea	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sala de Parto y Recuperación	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Incubadora y "Nursery"	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedio, Coronario y de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Monitoreo Fetal en Paciente Hospitalizado (Producción e Interpretación)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Monitoreo Fetal en Paciente No Hospitalizado (Producción e interpretación) y medicación (Progesterona, Hormona 17p) para embarazo de alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Amniocentesis Genética	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
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, cuando es en facilidad.



Aborto Involuntario	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Cuidado del Bebe	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Prueba Universal Neonatal de Cernimiento Auditivo según ley 311 con fecha del 19 de diciembre 2003	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sonogramas Obstétricos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Beneficios de Maternidad	Provisiones
Vacuna RhoGAM	Cubierto al 100% de tarifa contratada, a través de la Cubierta de Farmacia y aplica coaseguro
<i>K.M.F.M.</i> Cargos de Recién Nacidos	Cubierto al 100% de tarifa contratada, durante la hospitalización de la madre.
Cargos de Recién Nacidos Maternidad para los Hijos de Dependientes	Cubierto al 100% de tarifa contratada, durante la hospitalización de la madre
Beneficios Detallados para la Maternidad de los Dependientes	Provisiones
Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes	Se cubrirán los servicios de maternidad para 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 del 999. Los servicios para el recién nacido serán cubierto mientras la madre está en la facilidad (hospitalización).



Perfil biofísico	Cubierto al 100% aplica 20% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo
Bomba de lactancia Manual (No Incluye los materiales)	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.
Servicio Preventivo/ Bienestar	Provisiones
Teleconsulta 24/7	Cubierto al 100% a través de TeleSalud 24/7, 1-866-460-2677; \$0 copagos
Todos los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force	
Examen Anual (Laboratorios y Rayos X)	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago o coaseguros de visita aplicable. Para adultos y niños, según definido por la United States Preventive Services Task Force.
Mamografía	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Pap Test (Thin Prep PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Servicio Preventivo/ Bienestar	Provisiones
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada, por asegurado con edad de 40 años o más o pacientes de alto riesgo.
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Nutricionista	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por sonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Suplemento de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

AW.

K.M.P.M



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% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.

Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación en la primera visita prenatal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.



Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Todos los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva, según recetado por un médico	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Examen médico para adulto: cernimiento sobre la depresión y osteoporosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

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% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean 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	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de autismo para niños a los 18 meses y a los 24 meses	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.



Cernimiento y monitoreo del desarrollo para niños menores de 3 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Suplementos de fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tienen fluoruro	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de audición para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
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% de tarifas contratada.
Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de gonorrea	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Evaluación de riesgo oral para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Inmunización (Vacunas) de Adultos: Hepatitis A, Hepatitis B	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Meningococcal, Pneumococcal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Tetanus, Diphtheria, Pertussis y Varicella	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Inmunización (Vacunas) de Niños y Adolescentes: Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Human Papillomavirus (HPV), Varicela, Sarampión, Pápila y Rubeola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococo Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B	Cubierto al 100% de tarifas contratada.



<p>Tirillas, lancetas y bomba portátil de infusión de insulina</p>	<p>150 tirillas y 150 lancetas mensuales y bomba portátil de infusión de insulina, ambas cubiertas para pacientes menores de veintiún (21) años de edad 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. La Ley establece que este beneficio estará incluido en la cubierta básica a ser ofrecida al asegurado. Ante esto, este beneficio estará en la cubierta básica (no en Gastos Médicos Mayores) tanto en la Cubierta Alterna 1 como en los productos alternos.</p>
<p>Servicios de Planificación Familiar</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Vasectomía</p>	<p>Cubierto al 100%, aplica copagos y coaseguros de acuerdo a la especialidad.</p>
<p>Esterilización Femenina Ambulatoria</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copagos y coaseguros de acuerdo a la especialidad.</p>

K.M. 1.11

JW

<p>Contraceptivos Orales</p>	<p>Cubierto al 100% según ley PPACA.</p>
<p>Vacunas aprobadas bajo el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Las vacunas preventivas sin copagos aplican de acuerdo a las disposiciones del United States Preventive Services Task Force.</p>	
<p>Pediatrics</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Prevnar</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Human Papillomavirus (HPV)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Inactive Poliovirus</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Influenza (Flu Shot)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Sarampión</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Meningococo</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Varicela</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>PCV (Pneumococcal Conjugate)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Rotavirus</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Vacunas aprobadas bajo el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial (RSV Synagys)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Límite de Edad para vacunas</p>	<p>Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal</p>
<p>Vacunas para menores de 18 años</p>	
<p>Hepatitis A</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.</p>



Hepatitis B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Herpes Zoster	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Human Papillomavirus (HPV)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Meningococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
<i>K.M. P.M.</i> Neumococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Varicela	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Vacunas para Adultos	
Hepatitis A	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Hepatitis B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Herpes Zoster	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.

Human Papillomavirus (HPV)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Meningococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Neumococov,	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Varicela	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Servicios de Ambulancias	Provisiones
Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso. Máximo de \$80
Ambulancia Aérea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, sujeto a necesidad médica y pre-autorización si no es una emergencia.
Servicios para Condiciones Mentales, Uso y Abuso de Sustancias Controladas	Provisiones
Paciente de Salud Mental Hospitalización Regular	Cubierto, después de \$200 de copago por hospitalización.



Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Paciente hospitalizado y no hospitalizado, de acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y siguiendo el protocolo establecido.
Hospitalización por abuso de Alcohol/Substancias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$200 de copago.
Outpatient- Visitas médicas	Se tiene que cubrir al 100%, aplica copago de visita según requerido por ley de salud mental federal.
Outpatient- Servicios de Hospital (Terapias de Grupo)	Se tiene que cubrir al 100%, aplica copago de visita según requerido por ley de salud mental federal.
L.M. 1.4 Tratamiento para cesar de fumar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de \$400 por miembro.
Servicios de Hospitalización Parcial	Cubierto, aplica \$200 copago.
Servicios Fuera de Puerto Rico	Provisiones
Hospitalización Electiva	Cubierto a través de Gasto Médicos Mayores.
Hospitalización por Sala de Emergencia	Cubierto a través de Gasto Médicos Mayores.

Servicios Fuera de Puerto Rico	Provisiones
Cuidado de Emergencia	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores. Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, sólo para emergencias serias y súbitas. Los servicios cubiertos por razones de emergencia que requieren equipo, tratamiento e instalaciones no disponibles en Puerto Rico. Los servicios están sujetos a la autorización previa del plan, excepto en caso de emergencia. Aplican copagos y coaseguros de Gastos Médicos Mayores.

VII. EXCLUSIONES DE CUBIERTA MÉDICA

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 se puedan cubrir, se estén cubriendo o pudiesen haber sido cubiertos de no haber mediado una renuncia del suscriptor, bajo las Leyes de Compensación por Accidente del Trabajo o Gastos por accidentes en cualquier tipo de vehículo impulsado por motor cubiertos por ACAA o bajo las disposiciones de la Ley Núm. 45, aprobada el 18 de abril de 1935, conocida como la Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo.



4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente. Servicios no solicitados por el suscriptor.
6. Facturación por servicios prestados por el cónyuge, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.
7. Servicios no requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica.
8. Servicios que no sean razonables ni médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.
9. Hospitalizaciones por procedimientos que se puedan practicar en forma ambulatoria.
10. Servicios de hospitalización (incluyendo servicios ancilares) para realizar procedimientos y/o cirugías que están excluidos de cubierta.
11. 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.
12. 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.
13. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología excepto los especificados en el contrato.
14. 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.
15. Gastos en hospital por cuidado personal, teléfono, "admission Kits" y otros similares.
16. Hospitalización para fines puramente diagnósticos.
17. Servicios, tratamiento y cirugía para aumentar o bajar de peso en Centros de Programas de Control de Peso.
18. Liposucción.
19. Cirugía para aumento del seno.
20. Tratamiento con fines estéticos de celulitis.
21. Cirugía para corregir condiciones, deformidades o enfermedades y tratamiento de acné con fines estéticos.
22. Servicios necesarios para el tratamiento de la disfunción temporomandibular (TMJ).
23. Servicios de escalonetomía.
24. Gastos por servicios de descanso, convalecencia y cuidado custodial.
25. Gastos por servicios de cuidado de enfermería diestro, servicios de custodia, hospicio y visitas médicas y cuidados en el hogar.
26. Exámenes de laboratorios que requieren inoculación animal.
27. Gastos por aparatos ortopédicos y órganos artificiales, excepto marcapasos y válvulas.
28. Audiogramas y audiometría, excepto lo requerido por la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.
29. Gastroplastías.



30. Tratamiento de diálisis o hemodiálisis y procedimientos relacionados, después de los primeros 90 días.

31. Tratamientos de fertilidad o Inseminación artificial y fertilización "in vitro" y todo tipo de tratamientos para la condición de infertilidad.

32. Remisión de vasectomía y esterilizaciones, tuboplastias, vasostomías y otras operaciones y tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.

33. Cirugías para cambio de sexo.

34. Hiperalimentación. Alimentación enteral y servicios que sirven o actúan como suplementos nutricionales.

35. Estudios genéticos.

36. Rinoplastias.

37. Microcirugía, con fines estéticos.

38. Gastos de enfermeras especiales.

39. Aparatos auditivos.

40. Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías de refracción.

41. Medicina deportiva, musicoterapia. Medicina natural, homeopática, acupuntura, acupresión, hipnotismo, aromaterapia, masajes, musicoterapia, psicocirugía y otras formas de medicina alternativa.

42. 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 y suplidos para diabéticos a nivel ambulatorio.

43. Vacunas para viajar.

44. 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.

45. 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 asegurado o suscriptor.

46. Servicios de visitas a domicilio.

47. Servicio de "Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation (TENS)".

48. Gastos por servicios cubiertos por pólizas de seguros misceláneos.

49. Los implantes, prótesis y tratamientos para la impotencia.

50. Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta por este contrato haga a un proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlo.

51. Prótesis o implantes excepto para cáncer en el seno o material ortopédico como son los tornillos, placas, clavos y cualquier otro material o aditamento.

52. La Aseguradora pagará cualquier otro servicio que no esté expresamente excluido del Plan.

53. La Aseguradora debe proveer el endoso de cualquier otro beneficio adicional a este plan el cual se hará formar parte de esta Cubierta.

54. 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 asegurado o 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 Asegurador u Organización de Servicios de Salud cuenta con el acceso a facilidades o redes en Estados Unidos, aplicará el cargo contratado en el área donde se prestó el servicio. De no contar con facilidades o redes en Estados Unidos la Aseguradora tendrá la obligación de negociar directamente con el proveedor el costo de los servicios. Luego de este ejercicio la Aseguradora pagará directamente al proveedor de servicios conforme a lo dispuesto a continuación y el asegurado o suscriptor pagará al proveedor del servicio la diferencia, si alguna.

55. Métodos anticonceptivos para hombres, excepto la esterilización masculina (vasectomía).

56. Gastos por implantes y órganos artificiales excepto por los listados en la cubierta, esto incluye la exclusión de lentes intraoculares. Estos servicios están cubiertos bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores.

57. Servicios prestado por proveedores no participantes en Puerto Rico y en Estados Unidos excepto, en casos de emergencia o según se disponga en la Sección de Beneficios de esta póliza.

58. "La Aseguradora" reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base de las cantidades que "La Aseguradora" hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos.

59. No se descontará de la cantidad a rembolsar al asegurador cualquier cantidad que el asegurado o suscriptor hubiera tenido que pagar a un proveedor participante por concepto de deducibles o coaseguros.

60. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, el asegurador no será responsable

de un pago por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. La aseguradora 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 la aseguradora para ofrecer los mismos servicios, según la Ley 194 del 25 de agosto de 2002.

61. Programa de cuidado de hospicio, están cubierto bajo Gastos Médicos Mayor.

VIII. CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

1. El plan pagará por los gastos relacionados a trasplantes de órganos y tejidos que se detallan a continuación, cuando éstos sean médicamente necesarios, médicamente apropiados para la condición del paciente y siempre y cuando se realicen en las facilidades de trasplantes designadas por el plan para ese propósito.
2. El pago de beneficios bajo esta cubierta de trasplante está sujeto a que los servicios relacionados a dicho trasplante, incluyendo la evaluación del paciente, sean previamente coordinados y pre-autorizados por el plan.
3. Se pagará hasta la cantidad negociada por los gastos elegibles, por vida, por persona asegurada o suscriptor, independientemente del número de trasplantes que se hagan en la persona cubierta durante la vigencia de la cubierta. Este máximo incluye gastos médicos y de medicamentos (drogas inmunosupresoras) de un trasplante, o de varios trasplantes de distinta naturaleza o re-trasplantes de un mismo órgano o de médula ósea.



4. La Entidad Contratante pagará por los gastos relacionados a trasplantes de órganos y tejidos que se detallan a continuación a través de **Redbridge**, cuando éstos sean médicamente necesarios, médicamente apropiados para la condición del paciente y siempre y cuando se realicen en las facilidades de trasplantes designadas por el plan para ese propósito.
5. El pago de beneficios bajo esta cubierta de trasplante está sujeto a que los servicios relacionados a dicho trasplante, incluyendo la evaluación del paciente, sean previamente coordinados y pre-autorizados por la Entidad Contratante.

6. Los beneficios cubiertos en relación a estos trasplantes se cubren de la siguiente manera:

1. **Recipiente:** se cubrirán los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluyendo el cuidado post-quirúrgico y las drogas inmunosupresoras.

2. **Obtención de órganos** se cubrirán los gastos relacionados a la obtención de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto.

3. **Transportación y gastos de comida y alojamiento** se cubrirán los gastos de transportación desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante (dos acompañantes en caso de un menor de edad) y los gastos de comida y alojamiento a razón de ciento cincuenta dólares (\$150.00) diarios para el paciente y un acompañante y doscientos dólares (\$200.00) diarios para el paciente y dos acompañantes (en caso de un menor de edad). Se establece un límite de diez mil dólares (\$10,000.00) para cubrir todos estos gastos.

fw
K.M.P.H

4. **Se cubren los trasplantes mediante donación o auto-donación** (alogenecos, antólogos y sigeneicos). Los gastos cubiertos para este trasplante son:

- a. Donación y almacenaje de la médula ósea.
- b. Tratamiento de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante.
- c. Cuidado ambulatorio posterior al trasplante.

Trasplante de Órgano	Provisiones
Trasplante de órganos (Médula, Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón, Páncreas, Corazón/Pulmón, Páncreas/Riñón, Venas y Arterias, e Intestino Delgado)	Cubierto por Gastos Mayores, hasta un máximo de \$1,000,000 en Cubierta Básica.

IX. EXCLUSIONES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS

1. Trasplantes experimentales o investigativos o que no sean de efectividad médica comprobada.
2. Todos aquellos servicios y beneficios excluidos de la cubierta básica o de la cubierta de Gastos Médicos Mayores aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.
3. Trasplantes realizados fuera de las facilidades designadas por el plan para ese propósito.
4. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos prestados o recibidos sin una pre-certificación de "RedBrige/PROSSAM" o su representante autorizado para cada una de las fases.



X. CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1. Deducibles:

- i. Individual - **\$200**
- ii. Familiar - **\$400**
- iii. **30%** coaseguro por año contrato
 - a. Prótesis – Límite hasta **\$10,000**
 - b. Equipo Médico Duradero - Límite hasta **\$10,000**
 - c. Aparatos Ortopédicos - **\$5,000**
 - d. Mamoplastía - Límite hasta **\$5,000**

El Beneficio Máximo aplicable a esta cubierta es de **\$1,250,000** por vida por cada persona asegurada. El beneficio máximo estará limitado por los gastos que deberán ser cubiertos, ocasionados por servicios médicos.

- ### 2. Beneficio de Gastos Médicos Mayores
- Está incluido en la prima de la cubierta de salud que se escoja y mientras este seguro esté en vigor, se ampliará la cubierta del contrato al cual se adhiere este endoso para proveer servicios que estén excluidos o limitados en la en la cubierta básica de acuerdo con las disposiciones, condiciones, limitaciones y exclusiones que se describen a continuación. Se reembolsará el por ciento aplicable de los gastos incurridos en exceso al deducible hasta el beneficio máximo. El pago por servicios también podrá ser dirigido directamente al proveedor que ofreció los servicios, siempre y cuando se coordine con la entidad contratante.

Gastos Mayores	Provisiones
Coaseguro	30% de coaseguro.
Deducible Anual	\$200 en Individual / \$400 en Familiar.
Desembolso Máximo Anual	\$6,350 en Individual / \$12,700 en Familiar.
Equipo Médico Duradero (DME)	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$10,000 .
Equipo Ortopédico	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$5,000 .
Equipo Tecnológico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$10,000 . Cubierta para equipo tecnológico para mantener al usuario con vida, un mínimo de un (1) día ocho (8) horas de cambio de servicios de enfermería, los suministros necesarios para operar el equipo tecnológico y la terapia física y ocupacional para los menores de 21 años de edad.
Prótesis	\$10,000 máximo; luego 40% coaseguro.
Litotricia	En exceso de la básica hasta \$5,000 por año póliza y sujeto a preautorización
Mamoplastía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta \$5,000 sujeto a protocolo médico y pre-certificación.
Hospitalización Electiva – Servicios Fuera de Puerto Rico	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores.
Hospitalización por Sala de Emergencia	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores.



Hospicio	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores.
----------	--

Las cantidades aplicables para la acumulación del copago en efectivo y el 40% de los gastos médicos cubiertos se determinarán a base de las tarifas establecidas para los gastos médicos cubiertos. La aseguradora pagará beneficios por los cargos elegibles, siempre que los mismos sean incurridos como resultado de enfermedad o lesión médicamente necesarios y practicados u ordenados por un Médico. Los cargos elegibles serán considerados a base de las tarifas establecidas por la aseguradora en Puerto Rico y, de no tener tarifas establecidas se pagará a base de los Cargos Razonables y Acostumbrados del área donde se reciban los servicios.

Cualquier otro beneficio adicional a esta cubierta, la Entidad Contratante proveerá el endoso y se hará formar parte de esta Cubierta.

3. Elegibilidad

- i. Dependientes (directos y opcionales)- todos los beneficiarios dentro de esta cubierta metálica son elegibles al beneficio de Gastos Médicos Mayores.

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.
2. Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de o en el curso del empleo de la persona asegurada;

3. 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).
4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente.
6. Servicios no solicitados por el suscriptor.
7. Servicios prestados a la persona asegurada por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.
8. Los que se incurran en el ajuste de espejuelos.
9. Los que sean incurridos en artículos de comodidad personal.
10. Los que sean incurridos por tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular.
11. 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.
12. Cuidado de salud en el hogar.
13. Terapias de rehabilitación, ocupacionales y del habla.
14. Asistente quirúrgico.
15. Servicios de cirugía para corregir la condición de miopía, astigmatismo, hipermetropía, queratotomía radial o queratotomía lamelar.

XII. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE FARMACIA

1. **Tabla de Beneficios:** 'Las cubiertas de medicinas estarán disponibles para todos los empleados, pensionados y sus dependientes. De acuerdo a la cubierta que seleccione. La



cubierta que escoja el suscriptor principal será igual a la que tendrán disponible sus dependientes directos y dependientes opcionales, excepto cuando cualifique y seleccione la Parte D de Medicare

En todas las cubiertas, siempre la primera opción será los medicamentos genéricos.

A. El plan provee este beneficio para el pago de medicinas recetadas por un médico, que sean aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA por sus siglas en inglés, adquiridas por una persona asegurada y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado en una farmacia participante.

B. El beneficio requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos bioequivalentes como primera opción. Si el medicamento no tiene bioequivalente o el médico requiere en la receta el de marca, a la persona asegurada se le despacha el de marca y pagará el copago del medicamento de marca. De haber un medicamento bioequivalente disponible en el mercado, la persona prefiere que se le despache de marca, está será responsable de pagar la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el bioequivalente, además del copago del medicamento de marca.

C. **Cubierta disponibles de Medicamentos-**
Condiciones de la cubierta:

i. El despacho de medicamentos genéricos y bioequivalentes será la primera alternativa siempre y cuando estén disponible y no se violenten las regulaciones federales (No se permite DAW)

ii. La cantidad despachada será estrictamente la que prescriba un facultativo con licencia para recetar medicamentos en el curso ordinario de

su práctica profesional.

iii. De surgir duda en la receta prescrita el farmacéutico deberá consultar con el facultativo que prescribió el medicamento. Ninguna entidad contratante podrá sustituir la opinión del facultativo con licencia para prescribir medicamento.

iv. La decisión de denegar o restringir algún tratamiento sólo puede ser tomada por un médico licenciado que establezca una relación médico-paciente con el asegurado o suscriptor. Personas no autorizadas a ejercer la medicina no pueden tomar la decisión de negar o restringir algún tratamiento, como sería alterar una receta, al no despacharla como se indica. El criterio médico expresado en la receta es el que debe prevalecer. Restringir el despacho de medicamentos recetados por los médicos está reñido con la potestad del médico, quién es el único facultado para recetar, luego de haber evaluado al paciente.

v. Se pondrán incluir restricciones o limitaciones al despacho de medicamentos por las siguientes razones:

a. Recomendaciones del Manufacturerero

b. Implementar terapia escalonada "Steptherapy"

c. Condiciones o requisitos adicionales a los establecidos en esta cubierta. Ejemplos de ello:

(1) establecer que las drogas psicoterapéuticas deben de ser recetadas solamente por un psiquiatra o neurólogo

ii. (2) requerir al asegurado o



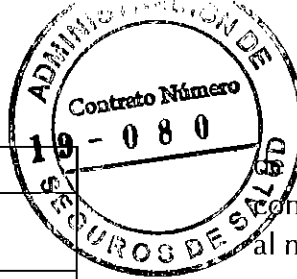
suscriptor que se realice pruebas como condición para que se le cubra cierto medicamento.

Cubierta de Farmacia	Provisiones
Formulario	Sí
Beneficios Iniciales	\$1,000 por persona cubierta, del dólar \$1,001 en adelante aplica 60% de coaseguro.
Cubierta de Farmacia	Provisiones
Genérico como primera opción	Genérico como primera opción a menos que el médico que prescribe indique en la receta "original" o "no sustituir". De no indicarlo, el asegurado deberá pagar el copago del medicamento genérico más la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el de marca. De no existir un genérico en el mercado, el asegurado pagará el copago de marca.
Medicamentos Genéricos Farmacias Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$15
Medicamentos Genéricos Farmacias No Preferidas	20% de coaseguro mínimo \$20
Medicamento Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Pacientes hospitalizado y no hospitalizado de acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y siguiendo el protocolo establecido.
Medicamentos de Marcas/ Farmacias Preferidas	25% de coaseguro mínimo \$30 de copago
Medicamentos de Marcas/ Farmacias No Preferidas	35% de coaseguro mínimo \$ 40 de copago

JAW
K-41.1.4



Medicamentos Biotecnológicos	30% de coaseguro máximo \$200 de copago hasta llegar al límite del beneficio anual. Luego aplica el 60% de coaseguro. Sujeto a Pre-autorización. Se despacharán sólo a través de las farmacias especializadas contratadas bajo el Programa de Medicamentos Biotecnológicos. Medicamentos para Cáncer cubiertos hasta \$5,000.
Medicamentos de Marcas No Preferidas/ Farmacias Preferidas	35% de coaseguro
Medicamentos de Marcas No Preferidas/ Farmacias No Preferidas	45% de coaseguro
Contraceptivos	Cubiertos
Uso de Medicamentos " Off Label"	Medicamentos con leyenda federal, los cuales serán cubiertos al ser prescritos de manera medicamento apropiada y que además el uso "off label" este reconocido en literatura médica o referencia medica standard.
Despacho de medicamentos a través de servicio de correo	No esta disponible
Medicamentos con costo menor a \$8	Excluidos
Repeticiones por receta	5
Terapia Escalonada	Si
Medicamentos para el tratamiento de hábito de fumar cubiertos hasta un máximo de \$400 anuales por asegurado	Si
Máximo Anual	No
Mandatorio Genérico	Sí
Solo Genérico	No
Permitir que el proveedor obvие la regla Genérica	Sí



Cubierta de Farmacia	Provisiones
Incluye Nuevos Medicamentos	Sí
Pharmacy COB "no pay" rule	COB No Pay Rule Applies
Psicotrópicos bajo el Programa de 90 días	Sí
Inclusión de nuevos medicamentos genéricos o bioequivalentes	Sí

administración, biodisponibilidad y se consideran terapéuticamente equivalentes al medicamento de marca registrada.

1. Definiciones

- i. **Coaseguro** – Por ciento de los honorarios establecidos de acuerdo a la escala de honorarios que pagará la persona directamente a la farmacia al momento de recibir los servicios.
- ii. **Farmacia** – Institución legalmente autorizada por las autoridades correspondientes para prestar servicios de farmacia.
- iii. **Farmacia Participante** – Farmacia legalmente autorizada por las autoridades correspondientes, que haya firmado contrato con el plan para ofrecer servicios de farmacia a los asegurados.
- iv. **Farmacia no Participante** – Farmacia que no haya firmado contrato con el plan para prestar servicios de farmacia.
- v. **Marca Registrada** – Medicinas que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o de fábrica.
- vi. **Medicamento** – (a) cualquier sustancia que por ley federal se requiera que su etiqueta indique la frase "Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription" y (b) insulina.
- vii. **Medicamento Bioequivalente**– Aquellos medicamentos que contiene los mismos ingredientes activos y son idénticos en sus potencias, forma de dosificación, vías

- viii. **Medico Autorizado** – Médico que cumple con las leyes establecidas para ejercer la práctica de medicina en Puerto Rico.
- ix. **Multiple Source Brand** – Medicamento de marca que es distribuido por más de un fabricante y el cual tiene además un bioequivalente disponible.
- x. **Receta** – Solicitud por escrito de medicinas, hecha por un facultativo con licencia para recetar medicamentos legalmente autorizados a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.
- xi. **Repeticiones (Refill)** – Receta de medicamentos que se debe repetir por indicaciones escritas por un facultativo con licencia para recetar medicamentos legalmente autorizados a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.
- xii. **Single Source Brand** – Medicamento de marca comercializado o vendido por un solo laboratorio o fabricante.

2. Despacho

- i. Treinta (30) días de medicación para las drogas psicoterapéuticas.
- ii. Treinta (30) días de medicación para las vitaminas prenatales con leyenda, no tienen repeticiones.
- iii. En los medicamentos de mantenimiento el despacho será de treinta (30) días de medicación por vez y para éstos se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito hasta tres (3).
- iv. Medicamentos para el hábito de fumar hasta un máximo de \$400 anuales por asegurado o suscriptor.

3. Medicamentos Cubiertos

- i. Medicamentos que posean la leyenda federal Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription.
- ii. Medicinas compuestas en las cuales, por lo menos, un ingrediente posee la leyenda federal
- iii. Vitaminas prenatales
- iv. Medicamentos de mantenimiento
- v. Insulina
- vi. Medicamentos inyectables
- vii. Quimioterapias Inyectables y agentes inmunosupresores requieren pre autorización previo al despacho
- viii. Quimioterapias orales
- ix. Vacunas y agentes inmunizantes con leyenda federal para usar en oficina de médicos
- x. Drogas sicoterapéuticas (tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos, productos de litio, otros)
- xi. Anti RHO (D)
- xii. Medicamentos bioequivalentes aceptados por la FDA, se cubrirán bajo los mismos términos y condiciones de la categoría terapéutica a la cual corresponda.

4. Medicamentos de mantenimientos:

- i. Anti Parkinson
- ii. Antidepresivos
- iii. Antimicóticos
- iv. Estabilizadores de ánimo y ansiolíticos
- v. Alzheimer
- vi. Terapia Respiratoria (Ejemplos: Beta agonista, anticolinérgicos, xantinas,

cromolyn, esteroides inhalados, simpatomiméticos)

- vii. Cardiovascular (digital y derivados, vasodilatadores, agentes antiarrítmicos, beta bloqueadores del canal de calcio, etc.)
- viii. Diuréticos
- ix. Agentes hipoglucémicos
- x. Medicamentos para diabetes
- xi. Hormonas de Sexo
- xii. Tiroides y sus derivados
- xiii. Antitiroideos
- xiv. Sinusitis y asma
- xv. Osteoporosis (ejemplos Evista, fosamax o relacionados)
- xvi. Antihiperlipidémicos
- xvii. Reguladores de calcio (calcitonina, etidronate)
- xviii. Nitroglicerina
- xix. Anticonvulsivos
- xx. Antiarrítmicos
- xxi. Medicamentos para condiciones de gastritis, úlcera y hernia
- xxii. Medicamentos para el tratamiento de adicción a sustancias controladas y alcoholismo
- xxiii. Medicamentos para HIV/SIDA
- xxiv. Glaucoma
- xxv. Anticoagulantes
- xxvi. Antiplaquetarios
- xxvii. Antiinflamatorios no esteroides
- xxviii. Agentes gastrointestinal para condiciones inflamatorias del colon cc) Agentes y



tratamientos para cáncer (en la oficina del médico)

xxix. Antimofílico (en hospitalización)

xxx. Tratamiento para anemia

xxxi. Medicamento nuevos que no son experimentales

xxxii. Anti RhO (D)

XIII. EXCLUSIONES DE SU CUBIERTA DE FARMACIA

1. Medicamentos sin leyenda federal (over the counter), excepto insulina.
2. Globulina inmune, suero biológico, sangre, plasma sanguíneo o sustancias relacionadas (esto se cubre bajo hospitalización).
3. Dispositivos o aparatos terapéuticos, incluye agujas, jeringuillas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, indistintamente de su uso.
4. Vitaminas y suplementos vitamínicos, que no sean vitaminas prenatales.
5. Drogas anabólicas.
6. Cargos por la administración de drogas recetadas o inyección de un medicamento.
7. Repeticiones de recetas, excepto para los medicamentos de mantenimiento cubiertos.
8. Medicamentos para el tratamiento de impotencia.
9. Medicinas para la infertilidad, no importa su uso
10. Anoréxicos (cualquier medicamento utilizado con el propósito de bajar de peso).

11. Agentes esclerosantes, Medicamentos para el tratamiento de acné, no importa su uso.

12. Monoxidillo en todas sus formas, incluye Rogaine

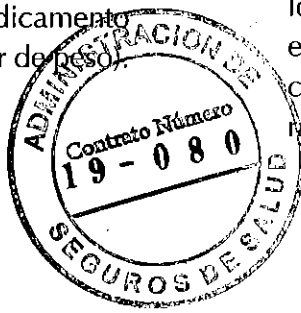
13. Medicinas con fines de embellecimiento o cosmético.

14. Escabicidas y pediculicidas sin leyenda federal.

15. Hormonas de crecimiento.

16. Drogas recetadas que puedan ser obtenidas sin costo bajo programas locales, estatales o federales u otro programa.

17. Drogas o tratamientos experimentales o drogas con leyenda: "Precaución - limitada por la Ley Federal para usos de investigación". No obstante, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar en un estudio de tratamiento autorizado y brindado por una entidad o profesional de la salud bonafide, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a éste un beneficio potencial y siempre que la participación del asegurado en el estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el médico que refiere al estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el paciente provea al plan médico evidencia de que su participación es apropiada, el plan médico costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. No serán gastos médicos rutinarios del paciente los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la



entidad que lleva a cabo el estudio.

18. Medicinas que tienen que ser tomadas o administradas en dosis completas o parciales, mientras el asegurado 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.

19. **PROSSAM** se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos nuevos que habrá de incluir en sus cubiertas de Farmacia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta tanto dicho medicamento sea evaluado y recomendado para inclusión en la Cubierta de Farmacia por **abarc health Pharmacy and Therapeutics Committe Meeting**. El proceso de evaluación para medicamentos nuevos no excederá 90 días luego de su entrada al mercado.

XIV. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE VISIÓN

1. Tabla de Beneficios de Visión

Cubierta de visión	Provisiones
Beneficio Máximo	\$100
Examen de la Vista (Refracción)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$10
In-Network Plan	Visión Sencilla- \$18 copago Bifocales - \$20 copago Lentes de contacto - \$36 copago Montura - \$18 copago

2. **Elegibilidad-** Todos los asegurados en contratos individuales, parejas y familiares (dependientes directos) tienen los servicios de visión incluidos en su cubierta. Los

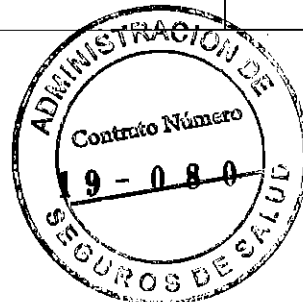
asegurados en grupos opcionales (Padre / Madre) y Complementarios Medicare que hayan comprado la cubierta de visión, la cual es opcional, tienen los servicios incluidos. Estos servicios requieren pre-certificación.

3. **Como se reciben los beneficios-** La lista de proveedores contratados por se encuentra en su Directorio de Proveedores. Además puede acceder a través de nuestra página web www.prossam.org.

XV. CUBIERTA DENTAL

1. Tabla de Beneficios Dentales

Dental	Provisiones
Beneficio Máximo	\$750
Tipo I-Diagnóstico y Preventivo	
Examen Oral Periódico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. (Dos (2) veces al año) intervalo de seis (6) meses
Examen Oral de Emergencia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) veces al año intervalo de seis (6) meses.
Examen Oral Inicial	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Tipo I-Diagnóstico y Preventivo	
Examen de Detección de Cáncer de la Cavidad Oral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. Pacientes mayores de 30 años.
Profilaxis-Adulto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De 12 años en adelante.
Profilaxis-Niños	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. Hasta 12 años.



Aplicación de Fluoruro	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Menores de 19 años, uno (1) cada 6 meses.
Sellantes de Fisura por Diente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) por diente por vida hasta los 14 años.
Tipo I-Diagnóstico y Preventivo	
Serie Completa de Radiografías Intraorales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada 3 años. Incluye D0272 radiografía de mordida.
Radiografía Periapical Intraoral	Aplica 50% de coaseguro. Una (1) por año.
Radiografía Periapical Adicional	Aplica 50% de coaseguro. Hasta 5 por año.
Radiografía de Mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) por año.
Radiografía de Mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) por año.
Radiografía Panorámica	Aplica 50% de coaseguro. Una (1) cada 36 meses o cada 3 años.
Mantenedores de espacio unilateral o bilateral.	Aplica 50% de coaseguro. Uno (1) por cuadrante, por vida. Sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente.
Mantenedores de espacio bilateral.	Aplica 50% de coaseguro. Uno (1) por arco, por vida. Sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente.
Tipo II-Restaurativo Menor	
Amalgama una (1) Superficie	Aplica 50% de Coaseguro.
Amalgama dos (2) Superficies	Aplica 50% de Coaseguro.
Amalgama tres (3) Superficies	Aplica 50% de Coaseguro.

Tipo II-Restaurativo Menor	
Amalgama cuatro (4) ó más superficies	Aplica 50% de Coaseguro.
Resina una (1) Superficie	Aplica 50% de Coaseguro.
Resina dos (2) Superficies	Aplica 50% de Coaseguro.
Resina tres (3) Superficies	Aplica 50% de Coaseguro.
Resina cuatro (4) o más superficies o que incluya el ángulo incisal.	Aplica 50% de Coaseguro.
Resina en posteriores de una (1) superficie bucal.	Aplica 50% de Coaseguro.
Puentes	Aplica 50% de Coaseguro.
Corona-Porcelana.	Aplica 50% de Coaseguro.
Corona de Porcelana fundida en metal.	Aplica 50% de Coaseguro.
Dentaduras	Aplica 50% de Coaseguro.
Tratamiento Paleativo	Aplica 50% de Coaseguro.
Pulpotomía en dientes deciduos	Aplica 50% de Coaseguro.
Endodoncia, Tratamiento de canal en dientes anteriores	Aplica 50% de Coaseguro.
Endodoncia, Tratamiento de canal en premolares	Aplica 50% de Coaseguro.
Tipo II-Restaurativo Menor	
Endodoncia Tratamiento de canal en molares	Aplica 50% de Coaseguro.
Alisado radicular de cuatro (4) o más dientes.	Aplica 50% de Coaseguro.
Alisado radicular de tres (3) dientes o menos.	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción de raíces residuales de dientes primarios	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción Sencilla.	Aplica 50% de Coaseguro.



Extracción quirúrgica complicada (incluyendo el servicio pre y post-operatorio)	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción quirúrgica de diente impactado tejido blando.	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción quirúrgica de diente impactado parcial en hueso.	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción quirúrgica de diente impactado completo en hueso.	Aplica 50% de Coaseguro.
Extracción de raíces retenidas (quirúrgico).	Aplica 50% de Coaseguro.
Incisión y Drenaje de Abscesos en Tejido Blando	Aplica 50% de Coaseguro.
Frenulectomía (frenectomía o frenotomía).	Aplica 50% de Coaseguro.
Aplicación de desensibilizante	Aplica 50% de Coaseguro.
Tipo II-Restaurativo Menor	
Aplicación de adhesivos en cervical de dientes y molares.	Aplica 50% de Coaseguro.
Complicación Post-Cirugía	Aplica 50% de Coaseguro.

JAW

XVI. PROGRAMAS DE VALORES AÑADIDOS

K.M.A.M

Plan de Protección Social

1. \$1,000 para gastos funerales.
2. \$2,000 para beneficiarios, o herederos legales del socio.



OPCIONAL (Costo Adicional)

Programa de Auxilios Especiales (PAE) Si no ha cumplido 45 años puede ingresar a este (seguro de sueldo).

- i. Seguros opcionales: de vida con acumulación de ahorro garantizado, enfermedades críticas y cáncer.
- ii. Ser socio de EDUCOOP (Cooperativa de Ahorro y Crédito de la Asociación de Maestros de P. R.) y beneficiarse de: Becas para el maestro socio e hijo(a), de acuerdo a requisitos de elegibilidad.
- iii. Repaso del "College Board" Costo compartido para hijos de socios.
- iv. Programa de Bienestar Social, en caso de enfermedad o desastre, de acuerdo a requisitos de elegibilidad.

XVII. HERRAMIENTAS

Para comunicarse con PROSSAM puede llamar o escribirnos a nuestro correo electrónico:

Teléfonos de PROSSAM

Cuadro Telefónico	787-767-2020
Director PROSSAM	787-753-1605 (Fax 787-767-4737)
Oficiales Servicio al Proveedor	1349,1348,1353 (Fax 787-756-8781)
Auditoría Médica y Utilización	1320,1721,1722 (Fax 787-754-7110)
Servicio al Cliente (Pre-certificaciones)	5401,5402,5405,5406 (Fax 787-754-8854)

Direcciones Electrónicas

PROSSAM	www.amprnet.org/prossam
Director PROSSAM	jose.ortiz@amprnet.org
Asistente Administrativo	jeniffer.catala@amprnet.org

Departamento Proveedores	ana.lanzot@amprnet.org aida.cotto@amprnet.org hermelinda.valentin@amprnet.org
Servicio al Cliente Pre-certificaciones	rosa.gomez@amprnet.org denice.maysonet@amprnet.org ana.figueroa@amprnet.org wilmary.garcia@amprnet.org
Administración Médica	anabelle.torres@amprnet.org veronica.rodriguez@amprnet.org



XVIII. PROCESO DE QUERELLAS APELACIONES Y RECLAMACIONES

1. **Introducción-** PROSSAM ha cuidado de tu salud y la de tus familiares por más de 80 años. Estamos comprometidos con tu salud ofreciéndote servicios de calidad. Para garantizar el mejor trato y los mejores servicios se establece este proceso de Querellas, Reclamaciones y Apelaciones.

Querellas - En PROSSAM contamos con una unidad de Investigación de Querellas y Reclamaciones, en la misma un Investigador es responsable de investigar y presentar la situación a un Comité que evalúa cada caso de acuerdo a las disposiciones del Reglamento de PROSSAM y a la Ley 194 del 25 de agosto del 2000 (Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente).

2. **Procedimiento para radicar una querrella/ reclamación**

i. Todo asociado o proveedor de PROSSAM que tenga una reclamación relacionada a la calidad de un servicio recibido, determinaciones medicas sobre servicios o sobre la cubierta que entienda que afecta sus derechos, presentara una querrella por escrito dentro de los 60 (sesenta) días de haber ocurrido el evento o incidente en la oficina del Director de PROSSAM de la Asociación de Maestros de Puerto Rico.

ii. El asociado o proveedor incluirá un narrativo que explique la naturaleza de la situación o incidente. Es importante incluir: lugar, fecha y nombres de la(s) persona(s) que estén envueltos. Mientras más detallada la información nos ayudara a poder brindar una más rápida solución.

iii. Si el asociado o proveedor así lo desea puede usar el **Formulario Para Radicación de Querellas** que se encuentra en la Guía del Suscriptor. También está disponible a través de nuestra página de internet www.prossam.org.

iv. El Investigador de Querellas enviara un acuse de recibo de la querrella al asociado o proveedor dentro de las primeras 72 horas de recibida la querrella (de acuerdo al sello de recibida).

v. Se llevara un registro de toda querrella/ reclamación recibida en PROSSAM. Este registro incluirá la fecha de recibida, el asunto y la fecha en que se solucionó la situación.

El Investigador de Querellas/Reclamaciones tiene la responsabilidad de investigar, analizar, documentar e informar la acción tomada sobre la querrella evaluada. Las querrellas se resolverán en un periodo no mayor de 30 días. De necesitar más tiempo para llegar a una determinación, se le notificara al asociado o proveedor sobre el curso de la investigación y la razón de la necesidad de tiempo adicional para llegar a una conclusión. A tales fines, el Investigador tendrá acceso a las diferentes áreas y departamentos de PROSSAM con el fin de documentar toda la información necesaria para analizar y validar los datos ofrecidos por el asociado o proveedor.

Apelaciones- Todo socio o proveedor

de PROSSAM tiene derecho a apelar las decisiones que se tomen cuando presenta una querrela o reclamación.

3. Procedimiento para apelación

- i. Cuando el socio o proveedor no está de acuerdo con el resultado de la querrela, debe presentar por escrito, dentro de los próximos diez (10) días de recibir la contestación a su querrela, una apelación explicando el porqué de su desacuerdo
- ii. Esta apelación será revisada por el Comité de Querellas y resolverá de forma justa, eficiente y oportuna la petición que se le hace
- iii. El Comité resolverá de forma expedita los casos que se relacionen a cuidado y tratamiento urgente o de emergencia, los otros casos se resolverán dentro de los primeros 30 días de que se recibe la apelación.

Este proceso de Querellas, Reclamaciones y Apelaciones está disponible para todo socio o proveedor de PROSSAM.

QW

K.M.P.M





Cuidando tu salud por más de 80 años

Asociación de Maestros de Puerto Rico
PO BOX 191088 SAN JUAN PR 00919-1088
www.amprnet.org

Formulario para Radicación de Querellas Asegurados y Proveedores de PROSSAM
Favor de completar la siguiente información

1. Nombre del Suscrito/Proveedor: _____
2. Dirección Postal: _____

3. Teléfono : _____
4. Número de Identificación: _____
5. NPI (solo proveedores): _____
6. Descripción del Incidente: Relate brevemente el objetivo y los detalles de la querella. Favor incluir detalles específicos como personas envueltas, fechas, lugares, etc. Acompañe este relato con documentación que la sostenga.

J.M.
K.M. F.M.

7. Favor de completar toda la información requerida y enviar a nuestras oficinas para iniciar el proceso de investigación. Puede dirigir esta comunicación a:

PROSSAM
Oficina del Director
Área de Investigación de Querellas PROSSAM
PO BOX 191088 SAN JUAN PR 00919-1088
Tel. (787)787-753-1605 Fax 787-767-4737
jose.ortiz@amprnet.org



XIX. NOTIFICACIONES IMPORTANTES

Clínicas Afiliadas - Son Centros de Medicina Primaria y/o Especializada donde nuestros participantes reciben servicios de salud con 0 copagos y coaseguros.

Nuestras Clínicas Afiliadas son:

ARROYO

Clínica Familiar
Dr. Julio Palmieri Ferri
Calle Morse Esq. Valentina #46 Arroyo, PR 00674
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 4:00 p.m.
Tel: 787-839-4150

BARCELONETA

Atlantic Medical Center
Carr. #2 km. 57.8 Sector Cruce Dávila Barceloneta, PR 00617
Horario: Lunes a Viernes 7:30 a.m. - 4:30 p.m.
Sala Emergencias 24 hr.
Tel: 787-846-4412

CIDRA

Cosma/Cidra
Ave. El Jíbaro Carr 172 Km 13.5
Horario: Lunes a Viernes 6:30 a.m. - 7:00 p.m. / Sábados:
7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182 ext. 1200

GUAYAMA

Clínica Familiar
Dr. Julio Palmieri Ferri
Carr. #179 km. 0.8 Sector Línea Capó Bo. Olimpo, Guayama
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 5:00 p.m.
Tel: 787-424-0082

HATILLO

Corporación de Servicios Médicos CSM
Ave. Dr. Susoni #116 Hatillo, PR
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 4:30 p.m.
Tel: 787-898-4190

HUMACAO

Cosma/Humacao
Boulevard del Río Ramal #3
Horario: Lunes a Viernes 6:30 a.m. - 9:00 p.m. / Sábados:
7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182

LAS PIEDRAS

Cosma/Las Piedras
Bo. Montones Parque Industrial Sur Carr 99316 Lote 19
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 9:00 p.m. / Sábados:
7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182

MANATÍ

Atenas Community Health Center
Carretera #2 Km. 50
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 4:00 p.m.
Sala de Emergencias 24 hr.
Tel: 787-854-2292

MAYAGÜEZ

Centro Multidisciplinario de Medicina General y Especializada Calle Ernesto Ramos Antonini #158-E
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 4:30 p.m. / Sáb: 7:00 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-758-8383 ext. 7356, 7567, 7571 / 787-641-4106

PEÑUELAS

Policlínica Las Américas Medical Center
Calle Muñoz Rivera #718 Peñuelas,
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 1:00 p.m.
Tel: 787-836-4520

PONCE

Policlínica Las Américas Medical Center
Plazoleta Las Américas 2015 Ave Las Américas Suite1
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 7:00 p.m. / Sáb00 a.m. - 12:00 md
Tel: 787-842-8945

Instituto de Medicina Primaria y Urgencia Dra. Hilda Orengo
9105 Calle Marina Esq. Ferrocarril
Horario: Lunes, Miércoles, Jueves y Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. / Sábados 8:00 a.m. - 2:00 p.m.
Tel 787-812-5522

SAN JUAN

Centro Multidisciplinario de Medicina General y Especializada Hospital de Maestro Ave Domenech, Esq. Calle Sergio Cuevas Bustamante #550,
Horario: Lunes a Viernes 6:30 a.m. - 6:00 p.m. / Sáb: 7:00 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-758-8383 ext. 7567, 7571, 7588 / 787-753-0745

SAN LORENZO

Cosma/San Lorenzo
Calle Muñoz Rivera #186
Horario: Lunes a Viernes 6:00 a.m. - 6:30 p.m. / Sáb 7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182

UTUADO

Corporación de Servicios Médicos CSM Medical Center
Calle Antonio R. Barceló #5
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 4:00 p.m. / Sáb 8:00 a.m. - 1:00 p.m.
Tel: 787-680-2019

YABUCOA

Cosma/Yabucoa
Bo. Juan Martínez
Carr 901 Km 1.6
Horario: Lunes a Viernes 7:30 a.m. - 7:00 p.m. / Sáb 7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182



Otros Servicios Preventivos

Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Teleconsulta 24 / 7	Cubierto al 100% a través de TeleSalud 24/7, 1-866-460-2677; \$0 copagos
Examen Anual (Laboratorios clínicos y radiologías)	Cubierto al 100% de tarifas contratada, aplica copago y coaseguros de acuerdo al servicio brindado. Los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force
Todos los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Pap Test (ThinPrep PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Nutricionista	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por sonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.	Cubierto al 100% de tarifas contratada

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% de tarifas contratada
Suplemento de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada



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% de tarifas contratada
---	--

Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)

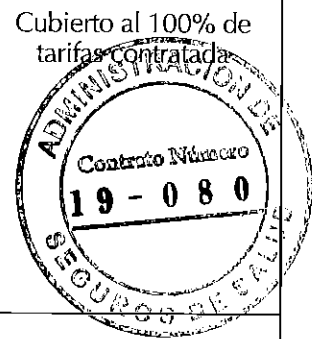
Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Pruebas 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% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada

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% de tarifas contratada
Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada



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% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Todos los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva, según recetado por un médico	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal	Cubierto al 100% de tarifas contratada

Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Examen médico para adulto: cernimiento sobre la depresión y osteoporosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean 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	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de autismo para niños a los 18 meses y a los 24 meses	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas	Cubierto al 100% de tarifas contratada



Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento y monitoreo del desarrollo para niños menores de 3 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Suplementos de fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tienen fluoruro	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de audición para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de gonorrea	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada

Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Evaluación de riesgo oral para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada





XX. DEFINICIONES

Los siguientes términos tendrán el significado que se indica:

1. **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.
2. **APARATO ORTOPÉDICO:** Significa instrumentación ortopédica u aditamentos fijos o temporeros, los cuales incluye clavos y tornillos, entre otros.
3. **ASEGURADO O SUSCRIPTOR PRINCIPAL:** El empleado o pensionado que suscriba la solicitud de ingreso al Plan.
4. **ASEGURADO O SUSCRIPTOR:** Denomina a cualquier empleado, cónyuge, dependiente directo o dependiente opcional, que haya solicitado cubierta bajo este contrato y La Entidad Contratante le haya expedido una tarjeta de asegurado o suscriptor, cuya validez no haya sido terminada según dispone este contrato.
5. **AUTO INFLIGIDO:** Aquellos daños sobre su persona resultante directa o indirectamente de una acción voluntaria y/o intencional del asegurado o suscriptor estando en su sano juicio.
6. **CANCELACIÓN DE CONTRATO:** Significa la terminación del acuerdo contractual de servicios mediante notificación y aceptación por escrito por cualquiera de las partes.
7. **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 región para un mismo servicio.
8. **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 considerar seno segura por los cirujanos bariátricos.
9. **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.
10. **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.
11. **COPAGO:** Significa la cantidad fija establecida a ser pagada por el asegurado o suscriptor al momento de recibir los servicios.
12. **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 La Entidad Contratante con el proveedor. El suscriptor pagará la diferencia entre este porcentaje y el 100% de la tarifa contratada o cargo médico.
13. **DEDUCIBLE:** Significa la cantidad fija de gasto que el asegurado deberá incurrir antes de que el Plan comience a efectuar pago por beneficios cubiertos.
14. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Es responsabilidad del empleado asegurado o 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:
 - a) El cónyuge del suscriptor principal, incluido en el contrato mientras el contrato está en vigor.
 - b) Hijos menores de veintiséis (26) años, 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.
 - c) 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.

- d) Cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del asegurado principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho asegurado principal. Deberá presentar evidencia que confirme esta relación. (Ejemplos: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos, planillas, etc.).

Cualquier menor no emancipado, cuyo abuelo o abuela u otro familiar que sea asegurado o suscriptor principal de este contrato, siempre y cuando se le presente a la Entidad Contratante 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 asegurado.

- f) 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 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 la Entidad Contratante 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.

- g) 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 la Entidad Contratante notificar al asegurado o suscriptor la intención de cancelar o eliminar al dependiente afectado treinta (30) días previos a la efectividad de la cancelación del plan por falta de evidencia. De no enviar la notificación correspondiente la Entidad Contratante no le podrá cancelar la cubierta por falta de evidencia. De la

Entidad Contratante 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

- 15. DEPENDIENTES OPCIONALES:** Denomina al familiar inmediato del asegurado principal 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 asegurado principal demostrar en forma satisfactoria a la entidad contratante, la elegibilidad de estos dependientes. Disponiéndose que también cualifiquen 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 asegurado o 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*.

- 16. 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).

- 17. 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.

- 18. 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



K.M. 1.4

QW

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.

19. 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 seis (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.

20. 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.

21. 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.

22. ENTIDAD CONTRATANTE: Significa Asegurador u Organización de Servicios de Salud que contrata con el Secretario de Hacienda.

23. 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.

24. 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.

25. HOSPITALES NO PARTICIPANTES: Significa un hospital que no haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios de hospitalización a sus asegurados o suscriptores.

26. 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 La Entidad Contratante para prestar servicios de hospitalización a sus asegurados suscriptores.

27. IMPLANTES: Artefacto interno que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo. No incluye aditamentos utilizados en cirugías ortopédicas.

28. LABORATORIO NO PARTICIPANTE: Significa un laboratorio que no haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios a sus asegurados suscriptores.

29. 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 La Entidad Contratante para prestar servicios a sus asegurados o suscriptores.

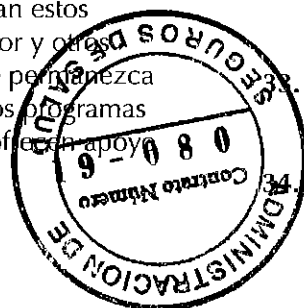
30. MEDICINA ALTERNATIVA: Significa una forma amplia de los métodos y práctica usados en lugar o como complemento, de los tratamientos en la medicina convencional para curar o tratar enfermedades, la cual debe estar regulada por el Tribunal Examinador de Médicos en Puerto Rico.

31. 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 mental.

32. MEDICINA NATURAL: Significa la técnica en la cual se emplean métodos y productos naturales para el tratamiento de condiciones físicas y mentales.

MÉDICO PRIMARIO: Médico generalista, pediatra, ginecólogo, médico de familia internista.

MÚSICO TERAPIA: Significa la técnica utilizada



en el tratamiento de algunas enfermedades mentales y emocionales en la que se emplean diferentes sonidos musicales.

- K.M. 1-14*
- JW*
35. **OBESIDAD MÓRBIDA:** Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35).
36. **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.
37. **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 un (1) año, que cohabitan en una residencia común sin estar casadas entre si y que tienen la intención de continuar con la situación de cohabitantes indefinidamente.
38. **PLAN INDIVIDUAL:** Cubierta para el empleado o el pensionado solamente.
39. **PLAN PAREJA:** Cubierta para el empleado o pensionado y un dependiente directo.
40. **PLAN FAMILIAR:** Cubierta para el empleado o pensionado y dos o más dependientes directos.
41. **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.
42. **PRÓTESIS:** Artefacto que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo.
43. **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 La Entidad Contratante para prestar servicios de salud.
44. **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 La Entidad Contratante para prestar servicios de salud.
45. **SECRETARIO:** Secretario de Hacienda.

46. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Significa la petición por parte de un asegurado o suscriptor para que otro médico distinto al encargado de su caso emita su opinión con respecto a la necesidad de un servicio cubierto.
47. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un asegurado o suscriptor mientras no se encuentre recluido como paciente en un hospital.
48. **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:** Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un asegurado o suscriptor mientras se encuentre recluido como paciente en un hospital.
49. **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 asegurado.
50. **TERAPIA OCUPACIONAL:** Terapia rehabilitativa que ayuda al paciente a recuperar la habilidad para realizar las tareas normales del diario vivir.
51. **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.
52. **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.



PROSAM

K.M. 1.44

J.W.



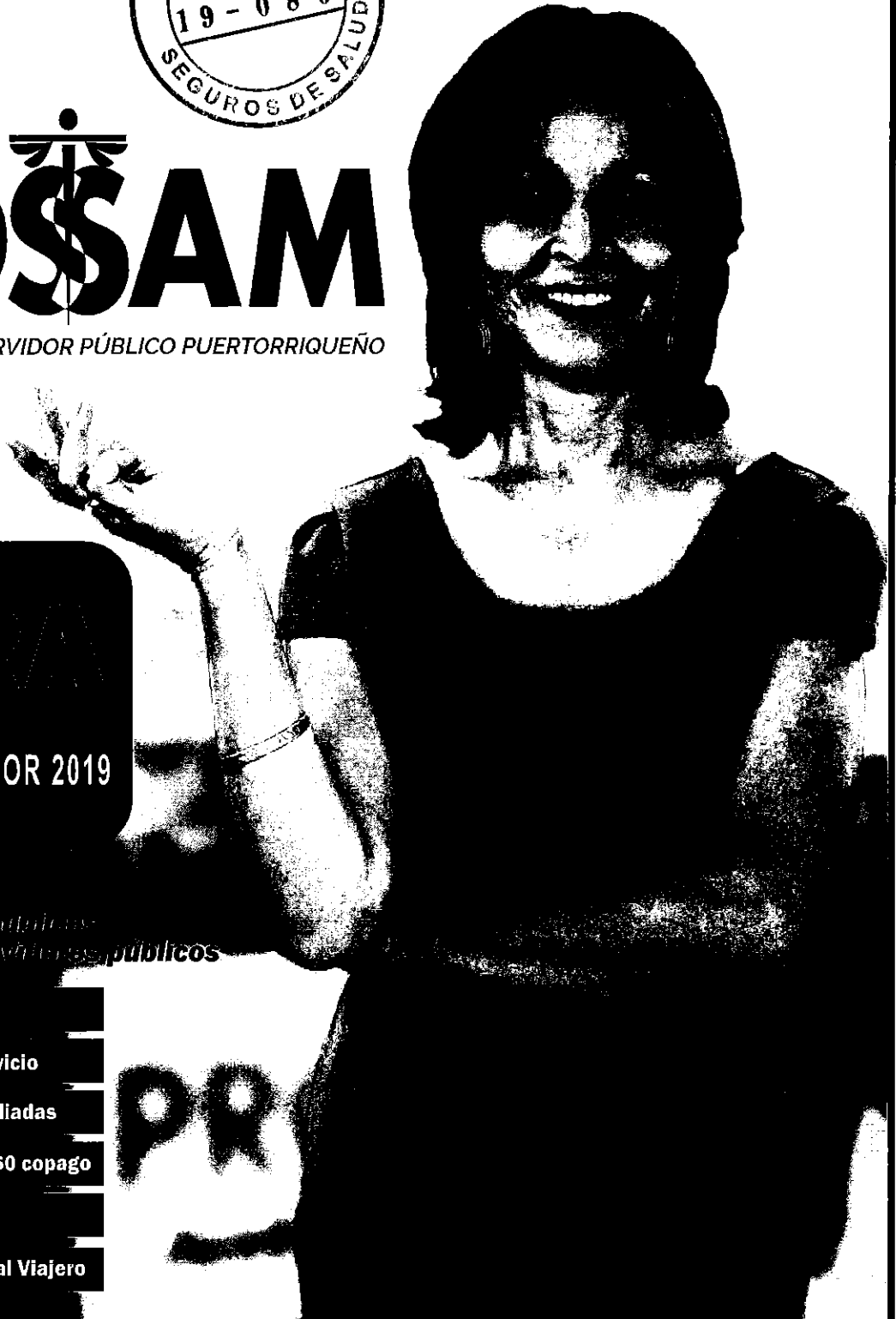


Beneficios y tarifas confiables para servidores públicos



PROSSAM

EL PLAN DE SALUD DEL SERVIDOR PÚBLICO PUERTORRIQUEÑO



K.M.A.M.

Jan.

GUÍA DEL SUSCRIPTOR 2019

Beneficios para todos los servidores públicos
enfocando para servidores públicos

Cubiertas amplias

Más Proveedores de Servicio

\$0 copago en clínicas afiliadas

Mayores beneficios con \$0 copago

Seguro de Vida

Programa de Asistencia al Viajero

www.justiciatarifaria.com

info@justiciatarifaria.com

[@prossam](https://www.facebook.com/prossam)

[@justiciaprossam](https://twitter.com/justiciaprossam)

TABLA DE CONTENIDO

I.Introducción.....	5
II.Elegibilidad.....	5
III. Proceso de Pre-Certificación.....	14
IV.Coordinación de Beneficios.....	15
V.Conversión.....	18
VI.Resumen de sus Beneficios Médicos Básicos.....	20
VII.Exclusiones de Cubierta Médica.....	36
VIII.Cubierta de Trasplante de Órganos.....	39
IX.Exclusiones de Trasplante de Órganos.....	40
X.Cubierta de Gastos Médicos Mayores.....	41
XI.Exclusiones de Gastos Médicos Mayores.....	42
XII. Resumen de su Cubierta de Farmacia.....	42
XIII.Exclusiones de su Cubierta de Farmacia.....	47
XIV.Resumen de su Cubierta de Visión.....	48
XV.Cubierta Dental.....	49
XVII.Programas de Valores Añadidos.....	50
XVIII. Herramientas.....	51
XIX.Proceso de Querellas, Apelaciones y Reclamaciones.....	51
XX.Notificaciones Importantes.....	54
XXI.Definiciones.....	59

K.M.F.H

AW



I. INTRODUCCIÓN



1. **PROSSAM**, que en adelante se denominará como La Entidad Contratante, se compromete a proveer a los empleados públicos, dependientes elegibles y pensionados, los beneficios, derechos y privilegios que se estipulan en este contrato de beneficios, el cual se denomina "Cubierta de Beneficios Médico-Quirúrgicos, Dentales, Hospitalización y Beneficios Complementarios para los Funcionarios, Empleados y Pensionados del Gobierno de Puerto Rico, sus Municipios e Instrumentalidades".

La Entidad Contratante estará obligada a proveer los beneficios de la Cubierta **PROSSAM-ultra** 2019 a los empleados, pensionados y sus dependientes directos y opcionales que hayan adquirido la condición de asegurado o suscriptor y que hayan sufrido lesiones o enfermedad.

Este Contrato se otorga en virtud a las disposiciones de la **Carta Circular de ASES** y al pago de las primas que le corresponda pagar al Gobierno de Puerto Rico, sus Municipios, Entidades y al empleado cubierto, las cuales se estipularán como parte de este contrato. Este contrato tendrá vigencia comenzando a partir del **primero (1ro) de abril de 2019 al 31 de marzo de 2020**.

Es una cubierta de libre selección dentro de la red de proveedores contratada por PROSSAM.

El Contrato se podrá renovar a opción de La Entidad Contratante de conformidad con la Ley Número 95 del 29 de junio de 1963, según enmendada.

2. **La Guía del Suscriptor PROSSAM-ultra** es el documento oficial que detalla la cubierta de salud bajo **PROSSAM-ultra**. Establece sus derechos y obligaciones como suscriptor

o persona cubierta. Utilice esta guía para identificar aquellos servicios médicos que usted y su familia necesite.

3. **Como utilizar esta Guía: La Guía del Suscriptor le informara a usted y a sus dependientes:**

- i. **Los beneficios cubiertos y no-cubiertos PROSSAM-ultra.**
- ii. **Sus derechos y obligaciones con el plan.**
- iii. **Su cubierta de Medicamentos, laboratorios, servicios dentales y de visión.**
- iv. **Cómo y cuándo debe utilizar los servicios de PROSSAM-ultra.**
- v. **Las obligaciones y responsabilidades que PROSSAM-ultra tiene con usted.**

II. ELEGIBILIDAD

1. **Fecha de Efectividad** - Fecha en que entra en vigor la cubierta el **1ro de abril de 2019 al 31 de marzo de 2020**.
2. **Elegibilidad** - Serán elegibles para solicitar cubierta bajo este contrato los empleados, funcionarios y pensionados, sus dependientes directos y opcionales según definidos en la Parte 1 de este contrato.
 - i. Cualquier persona que adquiera la condición de elegible con posterioridad a la fecha en que comience este contrato, deberá someter su solicitud de ingreso al Plan dentro de treinta (30) días a partir de la fecha que tenga conocimiento de elegibilidad. La cubierta en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la solicitud, siempre que la persona someta la solicitud antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después

del día diez (10) del mes, la cubierta tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

- ii. Los empleados que no soliciten cubierta según se establece en la sección no podrán ingresar al Plan durante el resto del año de contrato. La Entidad Contratante no está autorizada a realizar cambios en las cubiertas durante el año contrato sin la autorización de ASES, con excepción de los especificados en este contrato.
- iii. En todos los casos, la inclusión de dependientes sólo se podrá hacer al momento de acogerse el empleado a los beneficios de este contrato o en la fecha de renovación del mismo, salvo lo dispuesto en la Sección 3.4, de esta cubierta.
- iv. Administración de Seguros de Salud - Reforma de Salud (Mi Salud)

A.M. 1. M
FW
Aquello empleados o pensionados que opten por la Reforma de Salud como Entidad Contratante no podrán utilizar la aportación patronal otorgada por la Ley Núm. 95 para ningún otro plan que no sea la Reforma de Salud.

- b. Si el empleado, funcionario o pensionado o su cónyuge escoge un plan médico de los contratados por el ASES y no informa que tiene el Plan de Reforma de Salud, este último será pagado con la aportación patronal y el otro plan será descontado por nómina del cheque del empleado o de la pensión.
- c. Aquellos empleados o pensionados que estén activos en la Reforma de Salud e interesen acogerse a uno de los contratados por el Secretario deberán solicitar su baja previo a llenar una solicitud al plan de salud seleccionado. Para esto deberá presentar una

certificación (MA-10) que indique que no pertenece a la Reforma al plan seleccionado.

- d. Aquellos que no hayan solicitado su baja en el tiempo requerido por ASES a la cubierta de la Reforma de Salud y a la misma vez se acojan algún plan de beneficios de salud bajo la Ley Núm. 95 la aportación patronal será pagada a la Reforma de Salud.
- e. El empleado o pensionado deberán reponer al Gobierno todo el dinero por concepto de aportación patronal recibida de forma indebida.
- f. Cuando un empleado o pensionado médico indigente que esté en la Reforma y en su revisión no cualifica como médico indigente y esto ocurre durante el periodo de contrato que no sea el periodo de cambio o suscripción, la Oficina de Asistencia Médica del Departamento de Salud vendrá obligada a orientar al empleado de éste interesar en continuar con la aportación patronal, solicite el Plan de la Reforma hasta el periodo de cambio o suscripción que establece ASES. Para esto deberá presentar una certificación (MA-10) que indique que no pertenece a la Reforma y tendrá que pagar la diferencia en costo. En estos casos la Reforma le facturará a la agencia la aportación patronal de dichos empleados.
- g. Si al empleado o pensionado no médico indigente le interesa seguir con otro plan de servicio de salud contratado por el Secretario, llenará una solicitud en el periodo de suscripción establecido para este propósito. Las agencias serán responsables de orientar al personal sobre este requerimiento.



- h. Si el empleado durante el año de contrato quiere cambiar de un plan de salud contratado por ASES a la Reforma de Salud u otro, tendrá que seguir las disposiciones de cancelación que se indican.

3. Cambios de Asegurados Durante el Año Contrato

No se permitirá cambios de asegurador durante un mismo año contrato.

- 4. **Cambios Durante el Año** - La Entidad Contratante está obligada a realizar inmediatamente los cambios en el sistema electrónico, de lo contrario será responsable del pago del servicio a que tiene derecho el suscriptor luego de realizar el cambio.

- i. **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 treinta (30) días posteriores a la fecha del matrimonio. La cubierta tendrá efectividad según dispone la Sección 3.2.1, de este contrato.

- ii. **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 treinta (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 en su Plan a los hijos que nazcan durante la vigencia de su Plan 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 de los dependientes directos.

iv. 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 del asegurado principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho asegurado principal o dependiente directo que sea elegible mediante la obtención de la custodia legal dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la adopción legal o la fecha en que comenzó una relación corriente de hijo con el asegurado o suscriptor, según sea el caso, sometiendo la evidencia correspondiente. La cubierta tendrá efectividad según dispone la Sección 3.2.1 de este contrato.

- v. **Por Divorcio o Muerte** - Los hijos de un suscriptor que se divorcie o muera tienen derecho a continuar bajo el Plan del suscriptor aunque no vivan bajo el mismo techo. El cónyuge divorciado o viudo que no fuera suscriptor principal es elegible a continuar como suscriptor, si se acoge al derecho de conversión, de acuerdo con las disposiciones de la **Parte V** de este contrato. Si un dependiente directo u opcional muere durante el año contrato el suscriptor deberá notificar a la Entidad Contratante dentro de los treinta (30) días siguientes a la muerte para el cambio o ajuste, si alguno, de la prima correspondiente.

- vi. **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 ASES y hacer uso de su aportación patronal le aplicara lo siguiente:



a. **Ingresar** - El suscriptor deberá llenar y entregar una solicitud directamente a la entidad contratante seleccionada dentro de los siguientes sesenta (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 diez (10). Si la solicitud de ingreso se efectúa después del día diez (10), el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.

b. **Interesa Continuar sin Interrupción de Servicios** - En estos casos el suscriptor deberá comunicarse directamente con la entidad contratante con la cual tiene su plan médico dentro de los treinta (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 copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental. El retirado no podrá hacer cambios de entidad contratante, ni de cubierta en ese momento. El retirado pagará directamente a la entidad contratante el costo total de la prima, incluyendo la aportación patronal. Tan pronto como 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 la entidad contratante para que ésta comience a facturar al Sistema de Retiro.

c. **Decida No Continuar Con Su Plan** - En este caso el suscriptor deberá comunicarse directamente con la entidad contratante con la cual tiene su plan médico dentro de los treinta (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 copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental, junto con las tarjetas de la entidad contratante. Del suscriptor no entregar las tarjetas será responsable del pago de la prima o del pago de los servicios utilizados, según lo acordado con la entidad contratante.

d. El suscriptor ya pensionado podrá optar por una cubierta Complementaria de Medicare 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 a aquel en que La Entidad Contratante reciba una solicitud del pensionado, a tales efectos.

vi. **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.

vii. **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 treinta (30) días siguientes de tener conocimiento. El suscriptor someterá evidencia a tales efectos con la efectividad de la cancelación del mismo. 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 la misma antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la cancelación después del día diez (10) del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes



subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud de cancelación.

viii. 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 este Plan y tendrá treinta (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 del mismo. El ingreso 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 diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después del día diez (10) del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

ix. Cambios de Asegurador Durante el Año de Contrato Por Liquidación, Cese de Operaciones o Cualquiera 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 a iniciar un proceso de liquidación de uno de los Planes contratados, éste notificará inmediatamente a ASES para la acción correspondiente. La Entidad Contratante 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 la Entidad, durante el año de contrato que pueda afectar a 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 acogido a este 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.

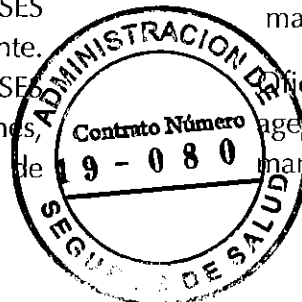
x. Licencia Sin Sueldo - Si un suscriptor se acoge a una Licencia sin Sueldo, Licencia Militar sin Sueldo o Licencia Médico Familiar puede continuar o no con su contrato de plan médico. Lo cual el suscriptor tiene que informar a la agencia o municipio y a la Entidad Contratante para el debido proceso administrativo.

a. 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 servicio al finalizar dicho período. De no reintegrarse finalizado dicho período, éste vendrá obligado a rembolsar a ASES los desembolsos incurridos para el pago de las aportaciones patronales. Sin embargo, ASES podrá excluir de la obligación de rembolsar las aportaciones mencionadas a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios del retiro por una condición de salud.

b. Un empleado que esté en licencia sin sueldo y no puede cubrir las primas del contrato vigente, podrá modificar dicha cubierta para reducir las mismas. Dicho cambio lo hará directamente con la entidad aseguradora y no está sujeto a las fechas límite para hacer cambios.

c. Si el plan de servicios de salud es mancomunado, notificará a la

Oficina de Recursos Humanos de la agencia donde trabaje el cónyuge mancomunado.



d. Si el suscriptor se reintegra al servicio público luego determinada la licencia sin sueldo y no está acogido a un plan de servicios de salud éste tendrá hasta 60 días calendarios siguientes a la fecha del reingreso para solicitar ingresar a uno de los planes médicos contratados por ASES.

e. Si la licencia sin sueldo fue concedida bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, 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 en vigor por un período que no excederá de doce (12) semanas y tendrá derecho al pago de la aportación patronal correspondiente por el referido período.

f. 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 de seguros, 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.

g. Las licencias sin sueldo deben ser solicitadas por el empleado a la agencia, no se concederán automáticamente.

h. 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.

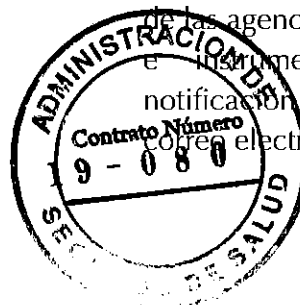
5. **Directorio de Proveedores Participantes** - La Entidad Contratante le proveerá a cada empleado asegurado o suscriptor una lista

de los proveedores participantes incluyendo médicos, hospitales, laboratorios y otras facilidades y proveedores participantes. La lista de proveedores se clasificará por pueblos y los médicos se clasificarán por especialidad y subespecialidad.

i. **Contratación de proveedores** - La Entidad Contratante vendrá obligada a contratar proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios que sea adecuada y suficiente para garantizar el acceso a todos los servicios cubiertos en este contrato, en razonable proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de los suscriptores. Esto incluye el acceso a especialistas cualificados para servicios de salud a pacientes con condiciones especiales de cuidado de salud, de manera que se garantice a dichos suscriptores acceso directo y rápido a los proveedores o especialistas de su selección de entre el Directorio de Proveedores.

ii. **Cambio en el Contrato** - Se requiere que en los contratos de adhesión, según sean revisados por el plan, se le añada la siguiente cláusula: "el médico o proveedor contratado le cobrará al suscriptor la misma tarifa que le facturaría al plan médico, hasta la fecha en que el contrato entre el proveedor y el plan sea cancelado por escrito por una de las partes".

iii. **Notificación sobre cambios** - La Entidad Contratante notificará por escrito a los empleados asegurados o suscriptores todo cambio de proveedores, tan pronto éste ocurra y no más tarde de los quince (15) días siguientes a la fecha de ocurrir el mismo. Se considerará que se ha notificado al empleado suscriptor si se notifica en la fecha indicada, ASES, a los Directores de Recursos Humanos de las agencias, departamentos, municipios e instrumentalidades concernidas. La notificación se hará por correo postal y por correo electrónico a la misma vez mediante



un aviso suscrito por el representante de la Entidad Contratante.

iv. **Cancelación de Contrato** - Se considera cancelación de contrato cuando cualquiera de las partes notifica por escrito con treinta (30) días de antelación su intención de cancelar y la otra parte acepta por escrito la terminación dentro del término señalado.

6. **Derecho a una Segunda Opinión** - Los suscriptores bajo este contrato tendrán derecho a solicitar una segunda opinión médica y La Entidad Contratante pagará el costo correspondiente.

7. **Guía del Suscriptor** - La Entidad Contratante enviará por correo o proveerá a cada asegurado o suscriptor el Resumen Explicativo de los Beneficios y Condiciones Principales del Plan, según provisto por ASES. Esta es una exposición clara y precisa de los servicios, beneficios, límites máximos o mínimos a que tendrán derecho los empleados, pensionados y los miembros de sus familias, así como de las exclusiones y limitaciones aplicables, a los efectos de que en caso de duda se interpretarán liberalmente a favor del suscriptor.

8. **Reembolso Sino Hubiese Proveedor** - La Entidad Contratante reembolsará el cien (100) por ciento de los gastos, sujeto a cualquier deducible o coaseguro aplicable, incurridos por un asegurado o suscriptor que no pueda recibir beneficios de un proveedor participante bien porque el Plan no cuente con proveedores que provean un servicio cubierto por este contrato, o porque se hubiere cancelado el contrato entre un proveedor incluido en el directorio de facilidades médico hospitalarias y no se hubiere notificado el cambio. Para tener derecho al reembolso, el suscriptor deberá presentar evidencia del pago efectuado.

9. **Periodo de Espera** - Ningún suscriptor estará sujeto a período de espera de clase alguna bajo ningún concepto.

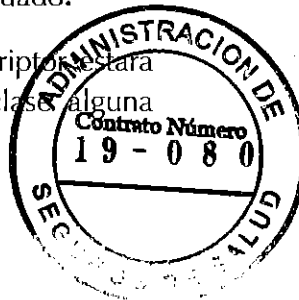
10. **Errores de Facturación o Descuento de Primas** - Bajo este contrato no se requerirá a un suscriptor que pague a La Entidad Contratante cualquier aportación patronal adeudada, excepto como se disponga en el Reglamento de la Ley Núm. 95, citada. Ni se privará a cualquier suscriptor de protección por el hecho que la Entidad Contratante no haya facturado a la agencia o municipio el descuento correspondiente.

i. **Reactivar una Póliza:** Si no se descuenta la prima de renovación dentro del tiempo concernido a la Entidad Contratante, el suscriptor hará gestiones con su Agencia Gubernamental y con la Entidad Contratante para que su Contrato sea activado a la fecha de renovación.

11. Disposiciones Generales

i. **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.

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



13. Cancelación Individual - La Entidad Contratante podrá cancelar la cubierta de cualquier asegurado o suscriptor bajo el Plan en cualquier momento cuando el asegurado o suscriptor:

- i. Haya presentado o haya hecho presentar una reclamación falsa o fraudulenta, para el pago de una reclamación bajo este contrato, o
- ii. Cuando el asegurado o suscriptor denota patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por el plan.
- iii. Cuando el asegurado o suscriptor adeude el pago de la prima.
- iv. La cancelación se hará mediante aviso por escrito entregado al asegurado o suscriptor, o enviado por correo a su última dirección según demuestren los archivos de La Entidad Contratante. El aviso, que también será enviado al patrono, indicará la fecha en que será efectiva la cancelación, la que será mayor de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha del matasellos del correo postal que aparece en la carta.

14. Cobro de Diferencias por Tipo de Acomodo en el Hospital - Ningún asegurado o 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.

15. Derechos Personales - El asegurado o 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 La Entidad Contratante reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que el asegurado o suscriptor, con su consentimiento expreso

o tácito, permita que personas no aseguradas o suscritas utilicen la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida a su favor por La Entidad Contratante. El recobro de tales gastos no impedirá que La Entidad Contratante cancele el contrato de dicho asegurado o suscriptor, si así lo decidiera, en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la presentación de querrela para que se enjuicie criminalmente al asegurado o suscriptor o la persona que haya utilizado ilegalmente la tarjeta.

16. 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.

17. Reclamaciones de Reembolsos - En caso de que el asegurado o suscriptor de un plan de libre selección reciba servicios cubiertos de proveedores de servicios no participantes, excluyendo los servicios de emergencia mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje, según se establece en la sección 4.8 de este contrato, los pagos que haya que hacer por estos servicios cubiertos en este contrato se regirán por las siguientes disposiciones:

i. El asegurado o suscriptor dará aviso por escrito de cualquier reclamación a La Entidad Contratante tan pronto le sea razonablemente posible, sin exceder de tres (3) meses contados a partir de la fecha en que recibió el servicio.

ii. La Entidad Contratante suministrará al asegurado o suscriptor los formularios correspondientes para la presentación de evidencias de servicios dentro de un período de quince (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 prueba de servicios y bastará con que



K.M. 1-11
JW

éste someta original de la factura por los servicios recibidos que le suministre el proveedor del servicio al recibir el pago del asegurado o suscriptor.

iii. El asegurado o suscriptor deberá someter evidencia escrita de los servicios dentro de noventa (60) días contados a partir de haber recibido los formularios correspondientes para la presentación de evidencia de servicios.

iv. 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:

a. La Entidad Contratante reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base del cien por ciento (100%) de las cantidades que La Entidad Contratante hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos en casos de emergencia menos el deducible aplicable.

b. Solo se reembolsara en caso de una emergencia según requerido por la Ley Núm. 194 de 25 de agosto del 2002. Estos serán pagados directamente al suscriptor a base de la cantidad que resulte menor entre el gasto incurrido y el honorario que se hubiese pagado a un proveedor participante, luego de aplicado el deducible o copagos aplicables por el servicio prestado.

c. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, la Entidad Contratante no será responsable de pagar por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiera recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. La Entidad Contratante compensará

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 la Entidad Contratante para ofrecer los mismos servicios.

18. Pago de Gastos Por Servicios de Proveedores No Participantes en Caso de Planes de Libre Selección de los servicios de emergencia mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje en Estados Unidos y sus territorios.

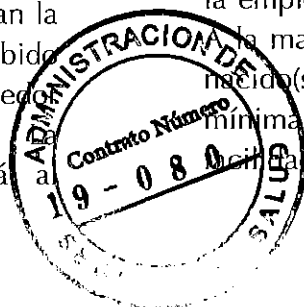
i. En el caso de emergencia fuera de Puerto Rico, si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud cuenta con el acceso a facilidades o redes fuera de Puerto Rico, aplicará el cargo contratado en el área donde se prestó el servicio.

ii. De no contar con facilidades o redes fuera de Puerto Rico la Entidad Contratante está obligada a negociar directamente con el proveedor el costo total de los servicios prestados.

iii. Posterior a la negociación, la Entidad Contratante pagará directamente al proveedor el ochenta por ciento (80%) de lo negociado por los servicios que el asegurado o suscriptor recibió.

iv. Luego que la Entidad Contratante pague, el asegurado o suscriptor pagará al proveedor el restante veinte por ciento (20%) de lo negociado entre la Entidad Contratante y el proveedor, si alguna.

19. Servicios Para el Embarazo y Para la Maternidad - Los cuidados prenatales, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para la empleada asegurada y esposa asegurada, la madre asegurada, y su(s) hijo(s) recién nacido(s) se les proveerá una cubierta mínima de 48 horas de cuidado dentro de las unidades hospitalarias en partos naturales



X.M. 1.4

JAW

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 Post-Parto". 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 asegurado de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este Contrato. El servicio de esterilización estará disponible solamente para el suscriptor principal o su cónyuge.

M. P. H

20. Tarjeta de Identificación - Para tener derecho a los beneficios que provee el Plan, todo asegurado o suscriptor que solicite servicios vendrá obligado a identificarse como suscriptor del Plan mostrando al proveedor participante, al momento de solicitar sus servicios, la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida por La Entidad Contratante, la cual indicará las cubiertas a que tiene derecho.

FW

21. Vencimientos de Prima - Período de Gracia - Las primas bajo este contrato serán pagaderas mensualmente al final de cada mes. La Entidad Contratante 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.

III. PROCESO DE PRE-CERTIFICACIÓN

1. En los casos en que los beneficios establecidos en el Contrato Uniforme, requiera pre autorización, la Entidad Contratante no será responsable por el pago de servicios prestados o recibidos, si el suscriptor no ha obtenido la misma. Cuando se requiera pre-autorización:
 - i. La Entidad Contratante informará por escrito al asegurado o suscriptor en el término de dos (2) días laborables o de lo contrario se considerará que la solicitud de autorización ha sido aprobada.
 - ii. El término máximo que se concederá al asegurado o suscriptor para recibir ese servicio no será menor de 30 días calendario.
 - iii. El oficial médico o representante autorizado de La Entidad Contratante que decida no autorizar el servicio hará constar su decisión por escrito, no más tarde de dos (2) días laborables de la solicitud.
 - iv. Se considerará autorizado el servicio que el médico participante considere que es un servicio de emergencia.
 - v. Si el suscriptor solicita una reconsideración, La Entidad Contratante tendrá cinco (5) días laborables para contestar su decisión por escrito.

2. Tiempo para Autorización de Servicios - La Entidad Contratante se compromete a entregar al asegurado o suscriptor las autorizaciones de servicios no más tarde de dos (2) días laborables contados a partir de la entrega de la orden médica y los documentos relacionados con el servicio, excepto en casos de emergencias, el cual será no más tarde de 24 horas de haberle sido solicitada.



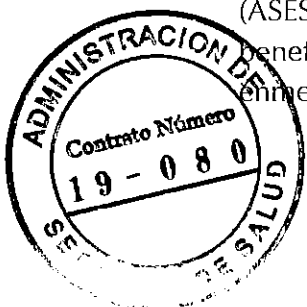
IV. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

1. Aplicabilidad

- i. Esta disposición sobre la Coordinación de Beneficios (COB) se aplica a todos los beneficios de cuidado médico según este Plan, cuando un empleado o el dependiente cubierto del empleado goce de cubierta para cuidado médico bajo más de un Plan. Los términos "Plan" y "Este Plan" se definen más adelante.
- ii. Si esta disposición sobre COB se aplica, las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios deben examinarse primero. Estas reglas determinarán si los beneficios de Este Plan serán determinados bajo Este Plan:
 - a. No se reducirán cuando, de acuerdo con las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios de Este Plan se determinen antes que los de otro Plan: Sin embargo,
 - b. Podrán reducirse cuando, de acuerdo con las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios, otro Plan determine sus beneficios en primer lugar. La reducción mencionada se describe en la sección 5.6 titulada "Efecto sobre los Beneficios de Este Plan".
 - c. En el caso de que un suscriptor o dependiente posean los beneficios del Seguro de Servicios de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ASES), tendrá que seleccionar entre los beneficios de la Ley Número 95, según enmendada o ASES, pero no los dos.

2. Definiciones

- i. Un "Plan" será cualquiera de los siguientes que provea beneficios para o causados por, el tratamiento o cuidado médico o dental:
 - a. Seguro grupal o cubierta grupal incluirá cubierta prepagada, de práctica grupal o individual. También incluirá cubierta que no sea del tipo de accidente escolar.
 - b. Cubierta según un plan gubernamental o requerido por ley. Esto no incluirá un plan estatal según Medicaid El Título XIX de la Ley de Seguro Social de los Estados Unidos de América Sobre Concesiones a los estados para los Programas de Asistencia Médica según haya sido enmendado de cuando en cuando. Cada contrato o arreglo de cubierta es un Plan diferente.
 - c. Además, si un arreglo tiene dos partes y las reglas para la COB se aplicarán solamente a una de los dos, cada una de las partes será un Plan distinto.
- ii. "Este Plan" será la parte del contrato grupal que provea beneficios por gastos de cuidado de la salud.
- iii. "Plan Primario/Plan Secundario". Las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios informarán si Este Plan es un Plan primario o un Plan secundario en relación con otro Plan que cubra la persona.
 - a. Cuando Este Plan sea un Plan primario se determinarán sus beneficios antes que los del Otro Plan y sin que se consideren los beneficios de éste.
 - b. Cuando Este Plan sea un Plan secundario se determinarán sus beneficios después de los del Otro Plan y se podrán reducir por los beneficios del otro Plan.



c. Cuando la persona está cubierta por más de dos planes Este plan podría ser un Plan Primario en relación con uno o más planes y podría ser un Plan Secundario en relación con un Plan o Planes diferentes.

iv. **Gasto Admisible** Quiere decir una partida de gasto necesaria, razonable y acostumbrada para el cuidado de la salud cuando la misma la cubren, al menos, parcialmente uno o más planes que cubren a la persona por quien se hace la reclamación. La diferencia entre el costo de un cuarto privado de hospital y el costo de un cuarto semiprivado de hospital no se considera un gasto admisible según la definición anterior a menos que la estadía del paciente en un cuarto privado de hospital sea médicamente necesaria o vaya de acuerdo con las prácticas médicas generalmente aceptadas o según se defina específicamente en el Plan. Cuando un Plan provea beneficios en forma de servicios, el valor en efectivo razonable de cada servicio rendido se considerará tanto como un gasto admisible como un beneficio pagado.

v. **Período de Determinación de Una Reclamación** Se refiere a un año. Sin embargo éste no incluirá a ninguna parte de un año durante la cual una persona no tenga cubierta bajo Este Plan, ni ninguna parte de un año que anteceda a la fecha en que entre en vigor esta disposición de (COB) o alguna similar.

3. Reglas Relativas al Orden de Determinación de los Beneficios

i. En general, cuando exista base para una reclamación según Este Plan y otro Plan, Este Plan será un Plan secundario cuyos beneficios se determinarán después aquellos del Otro Plan a menos que:

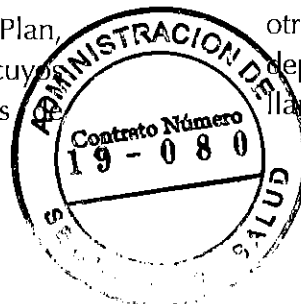
a. El Otro Plan contenga reglas que coordinen sus beneficios con aquellos de Este Plan; y

b. Tanto las reglas del Otro Plan y las reglas de este Plan, descritas en la sección 3.12.3.2. más adelante, requieren que se determinen los beneficios de este Plan antes que los del otro Plan.

ii. **Reglas:** 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 socio, suscriptor, asegurado miembro, este Plan tendrá responsabilidad sobre dichos beneficios conforme a las reglas que se expresan más adelante, disponiéndose que, bajo ninguna circunstancia Este Plan pagaría una cantidad que resulte mayor que el gasto en que incurrió realmente la persona cubierta, ni tampoco mayor de aquella cantidad que este Plan hubiese pagado de otro modo de no existir dicha cubierta o cubiertas. Las reglas para establecer la responsabilidad de Este Plan en la determinación del pago correspondiente en virtud de las disposiciones de esta cláusula son las siguientes:

a. 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.

b. Niño Dependiente/Padres no separados ni divorciados Cuando Este Plan y otro Plan cubran al mismo niño como dependiente de diferentes personas llamadas "padres".



- c. Los beneficios del plan de aquel cuyo cumpleaños ocurre más temprano en el año se determinan antes que aquellos del plan de aquel cuyo cumpleaños ocurre más tarde en el año.
- d. 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.
- e. 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:
- i. Primeramente, el plan de aquel que tenga la custodia del niño.
 - ii. Luego, el plan del cónyuge de aquel que tenga la custodia del niño.
 - iii. Finalmente, el plan de aquel que no tenga la custodia del niño.

11.1.11
JAW

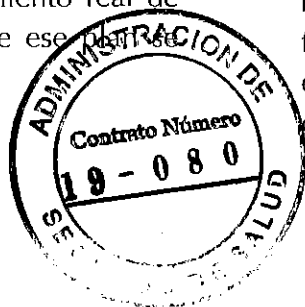
Sin embargo, si los términos específicos de un decreto judicial establecen que uno de los padres es responsable de los gastos por el cuidado de la salud del niño y la entidad obligada a pagar o proveer los beneficios del plan a aquél tiene conocimiento real de esos términos, los beneficios de ese plan se determinan primero.

4. Empleado Activo / Inactivo - Los beneficios de un plan que cubre a una persona como empleado que no ha sido despedido ni se ha retirado (o según sea dependiente de dicho empleado) se determinan antes que los de un plan que cubra a esa persona como empleado despedido o retirado (o como dependiente del empleado). Si el otro plan no contiene esta regla y si, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios se ignora esta regla 5.4.

5. Período de Cubierta Más Largo/Corto - Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de los beneficios, los beneficios del plan que cubrió a un empleado, miembro o suscriptor durante el período de tiempo más largo se determinarán antes que aquellos del plan que cubrió a esa persona durante el período de tiempo más corto.

6. Efecto sobre los Beneficios de Este Plan - Esta Sección se aplicará cuando, de acuerdo con la Sección 5.3. Titulada Reglas Relativas al Orden de Determinación de los Beneficios, Este Plan sea un plan secundario en relación con uno o más planes. En ese caso se podrían reducir los beneficios según esta Sección.

7. Reducción en los Beneficios de Este Plan - Los beneficios de Este Plan se reducirán cuando la suma de los beneficios que serían pagaderos por los gastos Admisibles según Este Plan en ausencia de la disposición de COB y los beneficios que serán pagaderos por los Gastos Admisibles en virtud de los Otros Planes, en ausencia de disposiciones cuyo propósito sea similar al de esta disposición de COB se haga o no una reclamación, excede aquellos Gastos Admisibles en un período de Determinación de una Reclamación. Se reducirán los beneficios de Este Plan, si este es el caso, de forma que éstos y los beneficios pagaderos en virtud de los Otros Planes no sumen una cantidad mayor que esos Gastos Admisibles. Cuando se reduzcan los beneficios de Este



Plan de la manera descrita, cada beneficio se reducirá proporcionalmente, es entonces que se cargará a cualquier límite de beneficios aplicables a este plan.

8. Derecho a Recibir y Liberar Información

Necesaria - Se requieren ciertos datos para aplicar estas reglas sobre la COB. La Entidad Contratante tiene el derecho a decidir cuáles datos necesita. Puede obtener los datos necesarios de cualquier otra organización o persona o puede proveerle a la misma tales datos. La Entidad Contratante no necesita avisarle u obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame los beneficios de Este Plan deberá facilitarle a La Entidad Contratante cualquier dato que necesite para pagar la reclamación.

9. Facilidad de Pago - Un pago hecho en virtud de Otro Plan podría incluir una cantidad que debía haberse pagado en virtud de Este Plan. Si esto es así, La Entidad Contratante puede pagar esa cantidad a la organización que hizo el pago. Se considerará esa cantidad como un beneficio pagado en virtud de Este Plan. La Entidad Contratante no tendrá que pagar de nuevo esa cantidad. El término "Pago hecho" incluirá la provisión de beneficios en forma de servicios. En tal caso "Pago hecho" querrá decir el valor en efectivo razonable de los beneficios provistos en forma de servicios.

10. Derecho a Recobrar - Si la cantidad de los pagos hechos por La Entidad Contratante es mayor de lo que se debió haber pagado en virtud de esta disposición sobre COB se podrá recobrar el exceso de uno o más de los siguientes:

- i. Las personas a las que se le ha pagado o en nombre de
- ii. quienes se ha pagado;
- iii. Las compañías de seguros; y
- iv. Otras organizaciones

La "cantidad de los pagos hechos" incluirá el valor en efectivo razonable de cualquier beneficio provisto en forma de servicios. Cuando Este Plan no sea un Plan Primario, sus beneficios, sumados a los de un Plan Primario no pagarán el 100% de los Gastos Admisibles a menos que el Plan Primario pague, por sí solo, el 100% de los Gastos Admisibles. Una persona puede inscribirse para recibir cubierta de cuidado médico en virtud de Este Plan como plan primario cuando finaliza por alguna razón su cubierta de cuidado médico en virtud de Otro Plan catalogado como primario. Esta disposición no se aplicará mientras la persona permanezca elegible para cubierta en virtud de Otro Plan que pueda catalogarse como primario conforme a esta disposición (COB).

11. Para ser inscrito para cubierta:

- i. Dicha persona tiene que ser elegible según Este Plan; y
- ii. La inscripción debe hacerse dentro de los 30 días que siguen inmediatamente.
- iii. o la fecha en que terminó la cubierta según el Otro Plan.
- iv. o el final de cualquier período de continuación elegido por esa persona o en su nombre.

V. CONVERSIÓN

1. Derecho a Convertir - Un asegurado o suscriptor cubierto bajo este Plan tendrá derecho a que se le emita un contrato individual de pago directo bajo las siguientes circunstancias:

- i. Su cubierta cesa por razón de finalizar su empleo.
- ii. Su cubierta cesa porque deja de pertenecer a la clasificación que lo hacía elegible.



iii. El Plan termina por cualquier causa, incluyendo expiración, terminando la cubierta para todos los suscriptores.

iv. 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/o otros dependientes opcionales:

i. Si su cubierta termina por cualquiera de las circunstancias mencionadas en la sección 6.1 al 6.1.4 precedente.

ii. Si ocurre la muerte del asegurado o suscriptor principal.

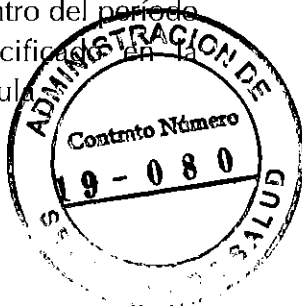
iii. Cuando la cubierta del cónyuge y/o dependientes cese porque deje de cualificar por edad u otra razón como miembro del grupo familiar aunque el suscriptor continúe cubierto por el Plan.

iv. 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 La Entidad Contratante en o antes de treinta (30) días después de ocurrir la terminación de la cubierta por alguna de las razones indicadas en la Sección 6.1 al 6.1.4 que precede.

v. Obligación de Notificar - La Entidad Contratante se compromete a notificar 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 treinta (30) días especificado en la Sección 6.2.4 de esta cláusula.

vi. Extensión del Término Para Ejercer Derecho a Conversión - Si No Se Notifica: Si la persona no recibe notificación de su derecho a convertir por lo menos quince (15) días antes de la fecha de expiración del término indicado en la Sección 6.2.5 tendrá un período adicional durante el cual podrá ejercer su derecho. El período adicional expirará quince (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.

vii. Características del Contrato Individual/ Tipo de Contrato - El contrato individual de pago directo será, a opción de la persona con derecho a convertir, cualquiera de las formas que para esa fecha sean emitidas corrientemente por La Entidad Contratante 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 La Entidad Contratante no tiene disponible 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. 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.



viii. Prima -La prima a cobrar en el contrato individual o familiar de este pago directo a ofrecer será igual a la tarifa contratada con ASES. Dicho contrato será hasta la fecha de vigencia según establecida por ASES. En el momento que se extienda el contrato grupal a la persona con derecho a convertir, se deberá cobrar, mediante pago directo, la prima según contratada con ASES y que corresponda a este contrato. En ningún momento se requerirá al asegurado o suscriptor el pago por adelantado de prima por más de un mes. Luego que finalice el ASES, si La Entidad Contratante tiene un contrato de pago directo autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros, tiene que ofrecer dicho contrato a todo asegurado o suscriptor que interese continuar con la Entidad Contratante.

ix. Personas Cubiertas - El contrato individual de pago directo tendrá que cubrir a todas las personas que estaban cubiertas por el plan grupal a la fecha de terminación del mismo, 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, continuarán cubiertos bajo el plan grupal, se emitirá uno o más contratos individuales de pago directo, 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.

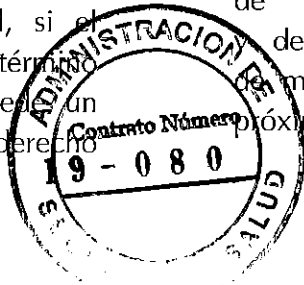
x. Fecha de Efectividad -El contrato individual de pago directo tendrá efectividad a los treinta (30) días de haber terminado la cubierta bajo el contrato grupal, si el mismo se solicita dentro de dicho término de treinta (30) días. Si se concede un período adicional para ejercer el derecho

a convertir, según se provee en la Sección 6.2.6 de esta cláusula, 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 con el Secretario de Hacienda.

xi. 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 de la Sección 6.2.6 de esta cláusula, 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, la Entidad Contratante 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.

V. RESUMEN DE SUS BENEFICIOS MÉDICOS BÁSICOS

i. **Beneficios** - La Entidad Contratante proveerá bajo este contrato los beneficios de hospitalización médico-quirúrgicos, de diagnóstico en forma ambulatoria, de farmacias y dentales que se describen próximamente. Se proveerán los mismos



beneficios al empleado, pensionados y a sus dependientes. Los cuidados prenatal, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para toda mujer que cualifique como dependiente directo (solamente el primer hijo), que esté incluida en el contrato. 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. 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 solamente si el niño(a) es asegurado de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este Contrato. Cuando los hijos dependientes directos en este contrato contraen matrimonio, el plan médico vendrá obligado a ofrecerles un contrato de pago directo sin períodos de espera o pruebas de asegurabilidad para condición ninguna. El servicio de esterilización estará disponible solamente para el suscriptor principal o su cónyuge.

K.M. / P

QU

2. Servicios de Hospitalización - La Entidad Contratante se compromete a pagar hasta un máximo de 365 días, por los servicios contratados con el hospital participante correspondiente, durante la hospitalización del asegurado o suscriptor, en una habitación semiprivada o de aislamiento o cualquier facilidad similar adecuada, en un hospital participante, durante la vigencia del Plan, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico-cirujano a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria.

3. Servicios Médico-quirúrgicos durante períodos de hospitalización - La Entidad Contratante pagará por los servicios incluidos por esta cubierta prestados por médicos participantes durante períodos

hospitalización. Solamente estarán cubiertos los servicios de médicos que pertenezcan a la facultad médica de la facilidad hospitalaria en que el asegurado o 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 médicos que puedan atender la condición del asegurado o suscriptor. La Entidad Contratante velará porque esto se cumpla.

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

ii. Ningún asegurado o 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.

4. Servicios en Salas de Emergencia - Estos servicios estarán disponibles durante las veinticuatro (24) horas del día, todos los 365 días del año y de acuerdo a la definición del Secretario de Salud. Se presume que las siguientes condiciones requieren servicios de emergencia:

- i. Accidentes traumáticos
- ii. Fracturas
- iii. Dislocaciones
- iv. Heridas y laceraciones
- v. Cólico renal y hepático
- vi. Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria
- vii. Embolias pulmonares

Ataque agudo de asma bronquial

Dificultad respiratoria



- x. Vómitos y diarreas severas, con o sin deshidratación
- xi. Dolor abdominal agudo
- xii. Convulsiones
- xiii. Reacciones febriles persistentes
- xiv. Episodios neurológicos
- xv. Estado de choque ("shock") y coma de cualquier orden
- xvi. Estados de pérdida de conocimiento o de obnubilación o desorientación súbita.
- xvii. Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia.
- xviii. Cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz y otras cavidades naturales
- xix. Envenenamiento por indigestión, inhalación,
- K.M.F.H.* xx. Hemorragias de todo tipo
- xxi. Quemaduras
- xxii. Retención aguda de orina
- FW* xxiii. Presencia súbita de sangre en la orina, con o sin dolor (hematuria súbita)
- xxiv. Condición aguda del prepucio (parafimosis)
- xxv. Pérdida súbita de la visión por cualquiera de los ojos o ambos
- xxvi. Dolor agudo en el pecho
- xxvii. Emergencias de Condiciones Mentales
- xxviii. Otros de acuerdo al protocolo establecido en servicios de emergencias.



dentro de los límites acuáticos de Puerto Rico, hasta un máximo de ochenta dólares (\$80.00) por viaje. La Ambulancia tiene que estar autorizada por la Comisión de Servicio Público. Los servicios de ambulancia aérea están incluidos en la cubierta básica, por lo menos uno por asegurado por año contrato. Se utilizarán los protocolos médicos para la activación del servicio.

6. Para tener derecho a los beneficios que provee el Plan, todo asegurado o suscriptor que solicite servicios vendrá obligado a mostrar al proveedor participante la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida por La Entidad Contratante, la cual indicará las cubiertas a que tiene derecho.

7. **Servicios de Hospitalización y Servicios Ambulatorios** -Incluyen los servicios que se describen a continuación y todos los otros servicios que sean médicamente necesarios durante una hospitalización, según se indica a continuación:

Servicios Hospitalarios	Provisiones
Hospitalización (Habitación Semi-Privada hasta un máximo de 365 días) y Facilidades de Cuidado Extendido / Centros de Rehabilitación; Servicios Ancilares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.
Unidad de Cuidado / Intensivos, Cuidado Intermedio, Cuidado Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Unidad de Cuidados Neonatal	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Habitación de Aislamiento	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sala de Operaciones, Recuperación y de Maternidad	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Medicamentos recetados por médicos durante su estadía en el hospital, están incluidas en el per diem	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

5. **Servicios de Ambulancia** - Se proveerá servicios de ambulancia si el médico así lo recomienda, a base de reembolso, conforme a la distancia recorrida vía terrestre o marítima

Oxígeno y su administración	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Suplidos Desechables	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Dietas Regulares y Especiales	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Servicio regular de Cuidado Hospitalario	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Otros Servicios Hospitalarios	Provisiones
Cirugía Bariátrica	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago. Aplica pre-certificación. Hasta uno (1) por vida.
Cirugía Ortognática (osteotomía mandibular y maxilar)	Cubierto al 100% de tarifa contratada. Cubierto con los gastos relacionados a los materiales excluidos.
Anestesia y su Administración incluyendo sedación	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Otros Servicios Hospitalarios	Provisiones
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 examen de compatibilidad.
Pruebas de diagnóstico, radiografías y laboratorios clínicos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sonogramas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Tomografía Computadorizada	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Angiografía Digital y Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

Terapia Física	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Centros Enfermería Diestra (Skilled Nursing Facilities)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato
Radioterapia / Quimioterapia	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto como resultado de una Mastectomía. Sujeto a pre-certificación, aplica \$75 de copago.
Tratamientos para Condiciones Renales (Diálisis y Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de Diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios Médico-Quirúrgico, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis y Hemodiálisis.
Terapias Respiratorias	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de tarifa contratada. Sujeto a pre-certificación.
Procedimientos Quirúrgicos para Beneficios Incluidos en la Cubierta Básica durante la hospitalización	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Servicios y Consulta de Médicos Especialistas, Sub-Especialistas y Cirujanos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Cuidado de Salud en el Hogar	Aplica \$15 de copago por visita.
Programa de Cuidado de Hospicio	Excluido. Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores.



Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones	Cubierto como cualquier otra enfermedad.
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
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas de Gases Arteriales	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Hiperalimentación Parenteral y Enteral	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Otros Servicios Hospitalarios	Provisiones
Cirugía Maxilofacial, cuando sea necesaria por motivo de un accidente cubierto 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 tarifa contratada
Cirugía Neurológica, Cerebrovascular, Cardiovascular y PTCA	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Marcapasos, válvulas, stent, desfibriladores	Cubiertos bajo Gastos Mayores.

Tratamientos para Autismo, incluyendo, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas, terapias ocupacionales, pruebas inmunológicas, pruebas gastroenterología, servicios de nutricionistas y servicios sicólogos, ilimitados según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012.	Cubierto al 100% de tarifa contratada
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 tarifa contratada
Centros de Cirugía Ambulatoria	Provisiones
Cirugías Ambulatorias en Hospitales y Centros con este tipo de servicios	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.
Servicios de Médicos y Cirujanos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago
Litotricia Extracorpórea Renal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de copago.
Criocirugía	Cubierto al 100% de tarifa contratada, una (1) por año contrato
Ginecomastia	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Sala de Emergencias / Sala de Urgencias	Provisiones
Enfermedad	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$40 de copago.
Accidente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Cuando los Rayos X/ Laboratorio no son parte de la tarifa de Sala Emergencias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de copago.
Si es Admitido	Aplica \$75 de copago.



Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Generalista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de \$8.
Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de \$10.
Sub-Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de \$15.
Endoscopia / Colonoscopia (Facilidades para pacientes No Hospitalizados)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 30% de coaseguro
Cuidado Post-Operatorio / Visitas (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina
Centros Enfermería Diestra (Skilled Nursing Facilities)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta 60 días por año.
Segunda Opinión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina
Podíatra	Cubierto al 100%, aplica \$10 copago.
Podíatra (Procedimientos quirúrgicos)	Cubierto al 100%, aplica \$10 copago.
Tratamientos de Autismo	Cubierto al 100% de tarifa contratada. La cubierta para el tratamiento del autismo incluye, pero sin limitación, genética, neurología, inmunología, gastroenterología, nutrición, espectro, la psicología, la ocupacional y terapias físicas.
Pruebas de Alergia	Aplica 30% de coaseguro.
Vacunas para Alergias	Aplica 30% de coaseguro.

Quiropráctico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$10 de copago, hasta 20 sesiones por año, en combinación con servicios de terapia física.
Nutricionista	Aplica \$10 de copago, hasta doce (12) visitas por año contrato.
Quimioterapia Inyectable y Oral	Cubierto a través de Farmacia
Inyecciones Intra-Articulares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.
Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Bloqueo Neurológico Selectivo e Inyecciones Epidurales de Esteroides	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30%, coaseguro y copagos de visitas
Trabajador Social	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago, a través de reembolso.
Tratamientos para Condiciones Renales (Diálisis y Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de Diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios Médico-Quirúrgico, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis y Hemodiálisis. Aplica 20% de coaseguro

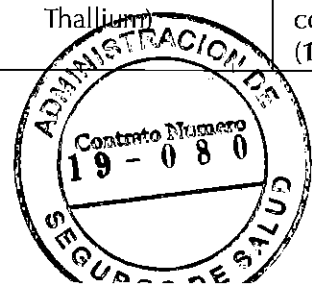


Ventiladores para menores de 21 años que usen de por vida y un turno de enfermería diestra por 8 horas incluye materiales o suplidos, terapia física y terapia ocupacional, según requerido por ley.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, Incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento en terapias 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 relacionados con ventiladores mecánicos
Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copagos y coaseguros Cubierto como cualquier otra enfermedad.
Gamma Knife	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Servicios Ambulatorios Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
Terapias Ocupacionales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$7 de copago.

K.M. P.H

PM

Terapias Físicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$7 de copago, hasta 20 terapias en combinación con servicios de quiroprácticos
Servicios Ambulatorios Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
Servicios de Habilitación	Al menos 20 visitas para terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.
Terapias Respiratorias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$7 de copago.
Terapias del Habla	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$7 de copago.
Servicios Ambulatorios; Laboratorios, Radiologías y Pruebas Especializadas	Provisiones
Laboratorios	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
Laboratorios Patológicos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Rayos X	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
Examen de Pre-Admisión a una Institución Hospitalaria	Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico. Aplica coaseguros.
Laboratorio Cardiovascular No Invasivo (Persantine o Thallium)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta uno (1) por año contrato.



Holter Test	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
Cardiac Color Flow Doppler	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
Laboratorio Periferovascular No Invasivos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
CT Scan	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
Laparoscopias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago
Criocirugía del útero	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) procedimiento por año contrato.
Densitometría ósea (Prueba de la Densidad del Hueso)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, un (1) procedimiento por año contrato.
Ecocardiograma	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta dos (2) procedimientos por año contrato.
Electrocardiogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
Servicios Ambulatorios; Laboratorios, Radiologías y Pruebas Especializadas	Provisiones
Electromiogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
Electroencefalogramas (EEG)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.

Electroencefalograma(EEG) 24 horas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
MRA	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por año contrato.
MRI	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por año contrato.
Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
Estudio Neurológico (Periférico, Cerebral, Vascular No Invasivo y Electroencefalograma)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
Procedimientos Diagnósticos Invasivos: Cardiovasculares y no invasivos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
PET/CT Scan	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por año contrato.
Estudio del Sueño (Polisomnografía)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por año contrato.
PET Scan	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por año contrato.



SPECT	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por año contrato.
Sonogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
Pruebas de Velocidad de Conducción Nerviosa	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta dos (2) procedimientos por año contrato.
Tonografía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por año contrato.
<i>K.M. 1.41</i> Stress Test	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por año contrato.
<i>QW</i> Timpanometría y Audiometría	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por año contrato.
Manometría de Esófago	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro
Servicios Ambulatorios; Laboratorios, Radiologías y Pruebas Especializadas	Provisiones
Potenciales Evocados	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro

Centros de Enfermería Especializada	60 días por año póliza
Beneficios de Maternidad	Provisiones
Visita Inicial para Confirmar el Embarazo	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica de \$10 de copago.
Todas las visitas prenatales subsiguientes, visita postnatal y gastos por parto.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica de \$10 de copago.
Hospitalización para Parto	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica del \$75 de copago.
Hospitalización para Parto por Cesárea	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica del \$75 de copago.
Servicios Médicos de Ginecología y Obstetricia durante el parto o cesárea	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sala de Parto y Recuperación	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Incubadora y "Nursery"	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedio, Coronario y de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Monitoreo Fetal en Paciente Hospitalizado (Producción e Interpretación)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Monitoreo Fetal en Paciente No Hospitalizado (Producción e interpretación) y medicación (Progesterona, Hormona 17p) para embarazo de alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Amniocentesis Genética	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
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, cuando es en facilidad.



Aborto Involuntario	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Cuidado del Bebe	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Prueba Universal Neonatal de Cernimiento Auditivo según ley 311 con fecha del 19 de diciembre 2003	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Sonogramas Obstétricos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.
Beneficios de Maternidad	Provisiones
Vacuna RhoGAM	Cubierto al 100% de tarifa contratada, a través de la Cubierta de Farmacia y aplica coaseguro
Cargos de Recién Nacidos	Cubierto al 100% de tarifa contratada, durante la hospitalización de la madre.
Cargos de Recién Nacidos Maternidad para los Hijos de Dependientes	Cubierto al 100% de tarifa contratada, durante la hospitalización de la madre
Beneficios Detallados para la Maternidad de los Dependientes	Provisiones
Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes	Se cubrirán los servicios de maternidad para 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 del 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubierto mientras la madre está en la facilidad (hospitalización).



Perfil biofísico	Cubierto al 100% aplica 20% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo
Bomba de lactancia Manual (No Incluye los materiales)	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.
Servicio Preventivo/ Bienestar	Provisiones
Teleconsulta 24/7	Cubierto al 100% a través de TeleSalud 24/7, 1-866-460-2677; \$0 copagos
Todos los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force	
Examen Anual (Laboratorios y Rayos X)	Cubierto al 100% de tarifas contratada, después del copago o coaseguros de visita aplicable. Para adultos y niños, según definido por la United States Preventive Services Task Force.
Mamografía	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Pap Test (Thin Prep PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Servicio Preventivo/ Bienestar	Provisiones
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada, por asegurado con edad de 40 años o más o pacientes de alto riesgo.
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Nutricionista	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por sonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Suplemento de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

JW
K.M. P.M



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% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.

Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

K.M. / 4
 JW

Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación en la primera visita prenatal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.



Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Todos los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva, según recetado por un médico	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Examen médico para adulto: cernimiento sobre la depresión y osteoporosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

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% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean 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	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de autismo para niños a los 18 meses y a los 24 meses	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.



Cernimiento y monitoreo del desarrollo para niños menores de 3 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Suplementos de fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tienen fluoruro	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de audición para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	Provisiones
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% de tarifas contratada.
Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de gonorrea	
Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada.

Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Evaluación de riesgo oral para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
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% de tarifas contratada.
Inmunización (Vacunas) de Adultos: Hepatitis A, Hepatitis B	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Meningococcal, Pneumococcal	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Tetanus, Diphtheria, Pertussis y Varicella	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Inmunización (Vacunas) de Niños y Adolescentes: Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Human Papillomavirus (HPV), Varicela, Sarampión, Papera y Rubeola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococco Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide	Cubierto al 100% de tarifas contratada.
Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B	Cubierto al 100% de tarifas contratada.



K.M. P.M.

<p>Tirillas, lancetas y bomba portátil de infusión de insulina</p>	<p>150 tirillas y 150 lancetas mensuales y bomba portátil de infusión de insulina, ambas cubiertas para pacientes menores de veintiún (21) años de edad 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. La Ley establece que este beneficio estará incluido en la cubierta básica a ser ofrecida al asegurado. Ante esto, este beneficio estará en la cubierta básica (no en Gastos Médicos Mayores) tanto en la Cubierta Alterna 1 como en los productos alternos.</p>
<p>Servicios de Planificación Familiar</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Vasectomía</p>	<p>Cubierto al 100% aplica copagos y coaseguros de acuerdo a la especialidad.</p>
<p>Esterilización Femenina Ambulatoria</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copagos y coaseguros de acuerdo a la especialidad.</p>



K.M. A.M.
JW

<p>Contraceptivos Orales</p>	<p>Cubierto al 100% según ley PPACA.</p>
<p>Vacunas aprobadas bajo el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Las vacunas preventivas sin copagos aplican de acuerdo a las disposiciones del United States Preventive Services Task Force.</p>	
<p>Pediatric</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Prevnar</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Human Papillomavirus (HPV)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Inactive Poliovirus</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Influenza (Flu Shot)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Sarampión</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Meningococo</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Varicela</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>PCV (Pneumococcal Conjugate)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Rotavirus</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Vacunas aprobadas bajo el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico</p>	<p>Provisiones</p>
<p>Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial (RSV Synagys)</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada.</p>
<p>Límite de Edad para vacunas</p>	<p>Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal</p>
<p>Vacunas para menores de 18 años</p>	
<p>Hepatitis A</p>	<p>Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.</p>

Hepatitis B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Herpes Zoster	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Human Papillomavirus (HPV)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Meningococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Neumococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Varicela	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Vacunas para Adultos	
Hepatitis A	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Hepatitis B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Herpes Zoster	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.

Human Papillomavirus (HPV)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Meningococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Neumococov,	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Varicela	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita médica.
Servicios de Ambulancias	Provisiones
Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso. Máximo de \$80
Ambulancia Aérea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, sujeto a necesidad médica y pre-autorización si no es una emergencia.
Servicios para Condiciones Mentales, Uso y Abuso de Sustancias Controladas	Provisiones
Paciente de Salud Mental Hospitalización Regular	Cubierto, después de \$75 de copago por hospitalización.



Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Paciente hospitalizado y no hospitalizado, de acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y siguiendo el protocolo establecido.
Hospitalización por abuso de Alcohol/Substancias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.
Outpatient- Visitas médicas	Se tiene que cubrir al 100%, aplica copago de visita según requerido por ley de salud mental federal.
Outpatient- Servicios de Hospital (Terapias de Grupo)	Se tiene que cubrir al 100%, aplica copago de visita según requerido por ley de salud mental federal.
Tratamiento para cesar de fumar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de \$400 por miembro.
Servicios de Hospitalización Parcial	Cubierto, aplica \$75 copago.
Servicios Fuera de Puerto Rico	Provisiones
Hospitalización Electiva	Cubierto a través de Gasto Médicos Mayores.
Hospitalización por Sala de Emergencia	Cubierto a través de Gasto Médicos Mayores.

Servicios Fuera de Puerto Rico	Provisiones
Cuidado de Emergencia	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores. Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, sólo para emergencias serias y súbitas. Los servicios cubiertos por razones de emergencia que requieren equipo, tratamiento e instalaciones no disponibles en Puerto Rico. Los servicios están sujetos a la autorización previa del plan, excepto en caso de emergencia. Aplican copagos y coaseguros de Gastos Médicos Mayores.

VII. EXCLUSIONES DE CUBIERTA MÉDICA

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 se puedan cubrir, se estén cubriendo o pudiesen haber sido cubiertos de no haber mediado una renuncia del suscriptor, bajo las Leyes de Compensación por Accidente del Trabajo o Gastos por accidentes en cualquier tipo de vehículo impulsado por motor cubiertos por ACAA o bajo las disposiciones de la Ley Núm. 45, aprobada el 18 de abril de 1935, conocida como la Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo.



4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente. Servicios no solicitados por el suscriptor.
6. Facturación por servicios prestados por el cónyuge, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.
7. Servicios no requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica.
8. Servicios que no sean razonables ni médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.
9. Hospitalizaciones por procedimientos que se puedan practicar en forma ambulatoria.
10. Servicios de hospitalización (incluyendo servicios ancilares) para realizar procedimientos y/o cirugías que están excluidos de cubierta.
11. 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.
12. 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.
13. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología excepto los especificados en el contrato.
14. 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.
15. Gastos en hospital por cuidado personal, teléfono, "admission Kits" y otros similares.
16. Hospitalización para fines puramente diagnósticos.
17. Servicios, tratamiento y cirugía para aumentar o bajar de peso en Centros de Programas de Control de Peso.
18. Liposucción.
19. Cirugía para aumento del seno.
20. Tratamiento con fines estéticos de celulitis.
21. Cirugía para corregir condiciones, deformidades o enfermedades y tratamiento de acné con fines estéticos.
22. Servicios necesarios para el tratamiento de la disfunción temporomandibular (TMJ).
23. Servicios de escalonotomía.
24. Gastos por servicios de descanso, convalecencia y cuidado custodial.
25. Gastos por servicios de cuidado de enfermería diestro, servicios de custodia, hospicio y visitas médicas y cuidados en el hogar.
26. Exámenes de laboratorios que requieren inoculación animal.
27. Gastos por aparatos ortopédicos y órganos artificiales, excepto marcapasos y válvulas.
28. Audiogramas y audiometría, excepto lo requerido por la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.
29. Gastroplastías.

K.M.P.M.



30. Tratamiento de diálisis o hemodiálisis y procedimientos relacionados, después de los primeros 90 días.

31. Tratamientos de fertilidad o Inseminación artificial y fertilización "in vitro" y todo tipo de tratamientos para la condición de infertilidad.

32. Remisión de vasectomía y esterilizaciones, tuboplastías, vasostomías y otras operaciones y tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.

33. Cirugías para cambio de sexo.

34. Hiperalimentación. Alimentación enteral y servicios que sirven o actúan como suplementos nutricionales.

35. Estudios genéticos.

36. Rinoplastias.

37. Microcirugía, con fines estéticos.

38. Gastos de enfermeras especiales.

39. Aparatos auditivos.

40. Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías de refracción.

41. Medicina deportiva, musicoterapia. Medicina natural, homeopática, acupuntura, acupresión, hipnotismo, aromaterapia, masajes, musicoterapia, psicocirugía y otras formas de medicina alternativa.

42. 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 y suplidos para diabéticos a nivel ambulatorio.

43. Vacunas para viajar.

44. 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.

45. 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 asegurado o suscriptor.

46. Servicios de visitas a domicilio.

47. Servicio de "Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation (TENS)".

48. Gastos por servicios cubiertos por pólizas de seguros misceláneos.

49. Los implantes, prótesis y tratamientos para la impotencia.

50. Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta por este contrato haga a un proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlo.

51. Prótesis o implantes excepto para cáncer en el seno o material ortopédico como son los tornillos, placas, clavos y cualquier otro material o aditamento.

52. La Aseguradora pagará cualquier otro servicio que no esté expresamente excluido del Plan.

53. La Aseguradora debe proveer el endoso de cualquier otro beneficio adicional a este plan el cual se hará formar parte de esta Cubierta.

54. 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 asegurado o 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 Asegurador u Organización de Servicios de Salud cuenta con el acceso a facilidades o redes en Estados Unidos, aplicará el cargo contratado en el área donde se prestó el servicio. De no contar con facilidades o redes en Estados Unidos la Aseguradora tendrá la obligación de negociar directamente con el proveedor el costo de los servicios. Luego de este ejercicio la Aseguradora pagará directamente al proveedor de servicios conforme a lo dispuesto a continuación y el asegurado o suscriptor pagará al proveedor del servicio la diferencia, si alguna.

55. Métodos anticonceptivos para hombres, excepto la esterilización masculina (vasectomía).

56. Gastos por implantes y órganos artificiales excepto por los listados en la cubierta, esto incluye la exclusión de lentes intraoculares. Estos servicios están cubiertos bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores.

57. Servicios prestado por proveedores no participantes en Puerto Rico y en Estados Unidos excepto, en casos de emergencia o según se disponga en la Sección de Beneficios de esta póliza.

58. "La Aseguradora" reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base de las cantidades que "La Aseguradora" hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos.

59. No se descontará de la cantidad a rembolsar al asegurador cualquier cantidad que el asegurado o suscriptor hubiera tenido que pagar a un proveedor participante por concepto de deducibles o coaseguros.

60. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, el asegurador no será responsable

de un pago por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. La aseguradora 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 la aseguradora para ofrecer los mismos servicios, según la Ley 194 del 25 de agosto de 2002.

61. Programa de cuidado de hospicio, están cubierto bajo Gastos Médicos Mayor.

VIII. CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

1. El plan pagará por los gastos relacionados a trasplantes de órganos y tejidos que se detallan a continuación, cuando éstos sean médicamente necesarios, médicamente apropiados para la condición del paciente y siempre y cuando se realicen en las facilidades de trasplantes designadas por el plan para ese propósito.
2. El pago de beneficios bajo esta cubierta de trasplante está sujeto a que los servicios relacionados a dicho trasplante, incluyendo la evaluación del paciente, sean previamente coordinados y pre-autorizados por el plan.
3. Se pagará hasta la cantidad negociada por los gastos elegibles, por vida, por persona asegurada o suscriptor, independientemente del número de trasplantes que se hagan en la persona cubierta durante la vigencia de la cubierta. Este máximo incluye gastos médicos y de medicamentos (drogas inmunosupresoras) de un trasplante, o de varios trasplantes de distinta naturaleza o re trasplantes de un mismo órgano o de médula ósea.



4. La Entidad Contratante pagará por los gastos relacionados a trasplantes de órganos y tejidos que se detallan a continuación a través de **Redbridge**, cuando éstos sean médicamente necesarios, médicamente apropiados para la condición del paciente y siempre y cuando se realicen en las facilidades de trasplantes designadas por el plan para ese propósito.
5. El pago de beneficios bajo esta cubierta de trasplante está sujeto a que los servicios relacionados a dicho trasplante, incluyendo la evaluación del paciente, sean previamente coordinados y pre-autorizados por la Entidad Contratante.

6. Los beneficios cubiertos en relación a estos trasplantes se cubren de la siguiente manera:

1. **Recipiente:** se cubrirán los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluyendo el cuidado post-quirúrgico y las drogas inmunosupresoras.

2. **Obtención de órganos** se cubrirán los gastos relacionados a la obtención de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto.

3. **Transportación y gastos de comida y alojamiento** se cubrirán los gastos de transportación desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante (dos acompañantes en caso de un menor de edad) y los gastos de comida y alojamiento a razón de ciento cincuenta dólares (\$150.00) diarios para el paciente y un acompañante y doscientos dólares (\$200.00) diarios para el paciente y dos acompañantes (en caso de un menor de edad). Se establece un límite de diez mil dólares (\$10,000.00) para cubrir estos gastos.

4. **Se cubren los trasplantes mediante donación o auto-donación** (alogenecos, autólogos y sigeneicos). Los gastos cubiertos para este trasplante son:

- a. Donación y almacenaje de la médula ósea.
- b. Tratamiento de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante.
- c. Cuidado ambulatorio posterior al trasplante.

Trasplante de Órgano	Provisiones
Trasplante de órganos (Médula, Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón, Páncreas, Corazón/Pulmón, Páncreas/Riñón, Venas y Arterias, e Intestino Delgado)	Cubierto por Gastos Mayores, hasta un máximo de \$1,000,000 en Cubierta Básica.

IX. EXCLUSIONES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS

1. Trasplantes experimentales o investigativos o que no sean de efectividad médica comprobada.
2. Todos aquellos servicios y beneficios excluidos de la cubierta básica o de la cubierta de Gastos Médicos Mayores aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.
3. Trasplantes realizados fuera de las facilidades designadas por el plan para ese propósito.
4. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos prestados o recibidos sin una pre-certificación de "RedBrige/PROSSAM" o su representante autorizado para cada una de las fases.



X. CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1. Deducibles:

- i. Individual - \$50
- ii. Familiar - \$150
- iii. 20% coaseguro por año contrato
 - a. Prótesis – Límite hasta \$10,000
 - b. Equipo Médico Duradero - Límite hasta \$10,000
 - c. Aparatos Ortopédicos - \$5,000
 - d. Mamoplastía - Límite hasta \$5,000

El Beneficio Máximo aplicable a esta cubierta es de \$1,250,000 por vida por cada persona asegurada. El beneficio máximo estará limitado por los gastos que deberán ser cubiertos, ocasionados por servicios médicos.

- ### 2. Beneficio de Gastos Médicos Mayores
- Está incluido en la prima de la cubierta de salud que se escoja y mientras este seguro esté en vigor, se ampliará la cubierta del contrato al cual se adhiere este endoso para proveer servicios que estén excluidos o limitados en la en la cubierta básica de acuerdo con las disposiciones, condiciones, limitaciones y exclusiones que se describen a continuación. Se reembolsará el por ciento aplicable de los gastos incurridos en exceso al deducible hasta el beneficio máximo. El pago por servicios también podrá ser dirigido directamente al proveedor que ofreció los servicios, siempre y cuando se coordine con la entidad contratante.

Gastos Mayores	Provisiones
Coaseguro	20% de coaseguro.
Deducible Anual	\$50 en Individual / \$150 en Familiar.
Desembolso Máximo Anual	\$6,350 en Individual / \$12,700 en Familiar.
Equipo Médico Duradero (DME)	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$10,000.
Equipo Ortopédico	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$5,000.
Equipo Tecnológico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$10,000. Cubierta para equipo tecnológico para mantener al usuario con vida, un mínimo de un (1) día ocho (8) horas de cambio de servicios de enfermería, los suministros necesarios para operar el equipo tecnológico y la terapia física y ocupacional para los menores de 21 años de edad.
Prótesis	\$10,000 máximo; luego 40% coaseguro.
Litotricia	En exceso de la básica hasta \$5,000 por año póliza y sujeto a preautorización
Mamoplastía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta \$5,000 sujeto a protocolo médico y pre-certificación.
Hospitalización Electiva – Servicios Fuera de Puerto Rico	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores.
Hospitalización por Sala de Emergencia	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores.
Hospicio	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores.



Las cantidades aplicables para la acumulación del copago en efectivo y el 40% de los gastos médicos cubiertos se determinarán a base de las tarifas establecidas para los gastos médicos cubiertos. La aseguradora pagará beneficios por los cargos elegibles, siempre que los mismos sean incurridos como resultado de enfermedad o lesión médicamente necesarios y practicados u ordenados por un Médico. Los cargos elegibles serán considerados a base de las tarifas establecidas por la aseguradora en Puerto Rico y, de no tener tarifas establecidas se pagará a base de los Cargos Razonables y Acostumbrados del área donde se reciban los servicios.

Cualquier otro beneficio adicional a esta cubierta, la Entidad Contratante proveerá el endoso y se hará formar parte de esta Cubierta.

3. Elegibilidad

- i. Dependientes (directos y opcionales)- todos los beneficiarios dentro de esta cubierta metálica son elegibles al beneficio de Gastos Médicos Mayores.

K.M. P.M

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.
2. Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de o en el curso del empleo de la persona asegurada;
3. Servicios que se puedan cubrir bajo leyes de compensaciones por accidente del trabajo o gastos por accidentes de automóviles (seguro definido en seguro de automóvil).

QW

4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente.
6. Servicios no solicitados por el suscriptor.
7. Servicios prestados a la persona asegurada por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.
8. Los que se incurran en el ajuste de espejuelos.
9. Los que sean incurridos en artículos de comodidad personal.
10. Los que sean incurridos por tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular.
11. 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.
12. Cuidado de salud en el hogar.
13. Terapias de rehabilitación, ocupacionales y del habla.
14. Asistente quirúrgico.
15. Servicios de cirugía para corregir la condición de miopía, astigmatismo, hipermetropía, queratotomía radial o queratotomía lamelar.

XII. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE FARMACIA

1. **Tabla de Beneficios:** 'Las cubiertas de medicinas estarán disponibles para todos los empleados, pensionados y sus dependientes. De acuerdo a la cubierta que seleccione. La cubierta que escoja el suscriptor principal será igual a la que tendrán disponible sus dependientes directos y dependientes opcionales, excepto cuando cualifique y seleccione la Parte D de Medicare



En todas las cubiertas, siempre la primera opción será los medicamentos genéricos.

- A. El plan provee este beneficio para el pago de medicinas recetadas por un médico, que sean aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA por sus siglas en inglés, adquiridas por una persona asegurada y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado en una farmacia participante.
- B. El beneficio requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos bioequivalentes como primera opción. Si el medicamento no tiene bioequivalente o el médico requiere en la receta el de marca, a la persona asegurada se le despacha el de marca y pagará el copago del medicamento de marca. De haber un medicamento bioequivalente disponible en el mercado, la persona prefiere que se le despache de marca, está será responsable de pagar la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el bioequivalente, además del copago del medicamento de marca.

C. Cubierta disponibles de Medicamentos-
Condiciones de la cubierta:

- i. El despacho de medicamentos genéricos y bioequivalentes será la primera alternativa siempre y cuando estén disponible y no se violenten las regulaciones federales (No se permite DAW)
- ii. La cantidad despachada será estrictamente la que prescriba un facultativo con licencia para recetar medicamentos en el curso ordinario de su práctica profesional.
- iii. De surgir duda en la receta prescrita el farmacéutico deberá consultar con el facultativo que prescribió el medicamento. Ninguna entidad

contratante podrá sustituir la opinión del facultativo con licencia para prescribir medicamento.

iv. La decisión de denegar o restringir algún tratamiento sólo puede ser tomada por un médico licenciado que establezca una relación médico-paciente con el asegurado o suscriptor. Personas no autorizadas a ejercer la medicina no pueden tomar la decisión de negar o restringir algún tratamiento, como sería alterar una receta, al no despacharla como se indica. El criterio médico expresado en la receta es el que debe prevalecer. Restringir el despacho de medicamentos recetados por los médicos está reñido con la potestad del médico, quién es el único facultado para recetar, luego de haber evaluado al paciente.

v. Se pondrán incluir restricciones o limitaciones al despacho de medicamentos por las siguientes razones:

a. Recomendaciones del Manufacturerero

b. Implementar terapia escalonada "Steptherapy"

c. Condiciones o requisitos adicionales a los establecidos en esta cubierta. Ejemplos de ello:

i. (1) establecer que las drogas psicoterapéuticas deben de ser recetadas solamente por un psiquiatra o neurólogo

ii. (2) requerir al asegurado o suscriptor que se realice pruebas como condición para que se le cubra cierto medicamento.



Cubierta de Farmacia	Provisiones
Formulario	Sí
Beneficios Iniciales	\$2,000 por persona cubierta, del dólar \$2,001 en adelante aplica 40% de coaseguro.
Cubierta de Farmacia	Provisiones
Genérico como primera opción	Genérico como primera opción a menos que el médico que prescribe indique en la receta "original" o "no sustituir". De no indicarlo, el asegurado deberá pagar el copago del medicamento genérico más la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el de marca. De no existir un genérico en el mercado, el asegurado pagará el copago de marca.
Medicamentos Genéricos Farmacias Preferidas	10% de coaseguro mínimo \$5
Medicamentos Genéricos Farmacias No Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$10
Medicamento Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Pacientes hospitalizado y no hospitalizado de acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y siguiendo el protocolo establecido.
Medicamentos de Marcas/ Farmacias Preferidas	10% de coaseguro mínimo \$12 de copago
Medicamentos de Marcas/ Farmacias No Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$15 de copago
Medicamentos Biotecnológicos	30% de coaseguro máximo \$200 de copago. Sujeto a Pre-autorización. Se despacharán sólo a través de las farmacias contratadas bajo el Programa de Medicamentos Especializados.

Medicamentos de Marcas No Preferidas/ Farmacias Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$20 de copago
Medicamentos de Marcas No Preferidas/ Farmacias No Preferidas	20% de coaseguro mínimo \$25 de copago
Contraceptivos	Cubiertos
Uso de Medicamentos " Off Label"	Medicamentos con leyenda federal, los cuales serán cubiertos al ser prescritos de manera medicamento apropiada y que además el uso "off label" este reconocido en literatura médica o referencia medica standard.
Despacho de medicamentos a través de servicio de correo	No esta disponible
Medicamentos con costo menor a \$8	Excluidos
Repeticiones por receta	5
Terapia Escalonada	Sí
Medicamentos para el tratamiento de hábito de fumar cubiertos hasta un máximo de \$400 anuales por asegurado	
Máximo Anual	
Mandatorio Genérico	Sí
Solo Genérico	No
Permitir que el proveedor obvие la regla Genérica	Sí
Cubierta de Farmacia	Provisiones
Incluye Nuevos Medicamentos	Sí
Pharmacy COB "no pay" rule	COB No Pay Rule Applies
Psicotrópicos bajo el Programa de 90 días	Sí
Inclusión de nuevos medicamentos genéricos o bioequivalentes	Sí



1. Definiciones

- K.M. P.M.*
JAW
- i. **Coaseguro** – Por ciento de los honorarios establecidos de acuerdo a la escala de honorarios que pagará la persona directamente a la farmacia al momento de recibir los servicios.
 - ii. **Farmacia** – Institución legalmente autorizada por las autoridades correspondientes para prestar servicios de farmacia.
 - iii. **Farmacia Participante** – Farmacia legalmente autorizada por las autoridades correspondientes, que haya firmado contrato con el plan para ofrecer servicios de farmacia a los asegurados.
 - iv. **Farmacia no Participante** – Farmacia que no haya firmado contrato con el plan para prestar servicios de farmacia.
 - v. **Marca Registrada** – Medicinas que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o de fábrica.
 - vi. **Medicamento** – (a) cualquier sustancia que por ley federal se requiera que su etiqueta indique la frase "Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription" y (b) insulina.
 - vii. **Medicamento Bioequivalente**– Aquellos medicamentos que contiene los mismos ingredientes activos y son idénticos en sus potencias, forma de dosificación, vías de administración, biodisponibilidad y se consideran terapéuticamente equivalentes al medicamento de marca registrada.
 - viii. **Medico Autorizado** – Médico que cumple con las leyes establecidas para ejercer la práctica de medicina en Puerto Rico.
 - ix. **Multiple Source Brand** – Medicamento de marca que es distribuido por más de un fabricante y el cual tiene además un bioequivalente disponible.

- x. **Receta** – Solicitud por escrito de medicinas, hecha por un facultativo con licencia para recetar medicamentos legalmente autorizados a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.
- xi. **Repeticiones (Refill)** – Receta de medicamentos que se debe repetir por indicaciones escritas por un facultativo con licencia para recetar medicamentos legalmente autorizados a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.
- xii. **Single Source Brand** – Medicamento de marca comercializado o vendido por un solo laboratorio o fabricante.

2. Despacho

- i. Treinta (30) días de medicación para las drogas psicoterapéuticas.
- ii. Treinta (30) días de medicación para las vitaminas prenatales con leyenda, no tienen repeticiones.
- iii. En los medicamentos de mantenimiento el despacho será de treinta (30) días de medicación por vez y para éstos se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito hasta tres (3).
- iv. Medicamentos para el hábito de fumar hasta un máximo de \$400 anuales por asegurado o suscriptor.

3. Medicamentos Cubiertos

- i. Medicamentos que posean la leyenda federal Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription.
- ii. Medicinas compuestas en las cuales, por lo menos, un ingrediente posee la leyenda federal
- iii. Vitaminas prenatales



- iv. Medicamentos de mantenimiento
- v. Insulina
- vi. Medicamentos inyectables
- vii. Quimioterapias Inyectables y agentes inmunosupresores requieren pre autorización previo al despacho
- viii. Quimioterapias orales
- ix. Vacunas y agentes inmunizantes con leyenda federal para usar en oficina de médicos
- x. Drogas sicoterapéuticas (tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos, productos de litio, otros)
- xi. Anti RHO (D)
- xii. Medicamentos bioequivalentes aceptados por la FDA, se cubrirán bajo los mismos términos y condiciones de la categoría terapéutica a la cual corresponda.

4. Medicamentos de mantenimientos:

- i. Anti Parkinson
- ii. Antidepresivos
- iii. Antimicóticos
- iv. Estabilizadores de ánimo y ansiolíticos
- v. Alzheimer
- vi. Terapia Respiratoria (Ejemplos: Beta agonista, anticolinérgicos, xantinas, cromolyn, esteroides inhalados, simpatomiméticos)
- vii. Cardiovascular (digital y derivados, vasodilatadores, agentes antiarrítmicos, beta bloqueadores del canal de calcio, etc.)
- viii. Diuréticos
- ix. Agentes hipoglicémicos

- x. Medicamentos para diabetes
- xi. Hormonas de Sexo
- xii. Tiroides y sus derivados
- xiii. Antitiroideos
- xiv. Sinusitis y asma
- xv. Osteoporosis (ejemplos Evista, fosamax o relacionados)
- xvi. Antihiperlipidémicos
- xvii. Reguladores de calcio (calcitonina, etidronate)
- xviii. Nitroglicerina
- xix. Anticonvulsivos
- xx. Antiartríticos
- xxi. Medicamentos para condiciones de gastritis, úlcera y hernia
- xxii. Medicamentos para el tratamiento de adicción a sustancias controladas y alcoholismo
- xxiii. Medicamentos para HIV/SIDA
- xxiv. Glaucoma
- xxv. Anticoagulantes
- xxvi. Antiplaquetarios
- xxvii. Antiinflamatorios no esteroides
- xxviii. Agentes gastrointestinal para condiciones inflamatorias del colon cc) Agentes y tratamientos para cáncer (en la oficina del médico)
- xxix. Antimofílico (en hospitalización)
- xxx. Tratamiento para anemia
- xxxi. Medicamento nuevos que no son experimentales
- xxxii. Anti RhO (D)



Handwritten initials: M. J. M.

Handwritten signature/initials.

XIII. EXCLUSIONES DE SU CUBIERTA DE FARMACIA

1. Medicamentos sin leyenda federal (over the counter), excepto insulina.
2. Globulina inmune, suero biológico, sangre, plasma sanguíneo o sustancias relacionadas (esto se cubre bajo hospitalización).
3. Dispositivos o aparatos terapéuticos, incluye agujas, jeringuillas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, indistintamente de su uso.
4. Vitaminas y suplementos vitamínicos, que no sean vitaminas prenatales.
5. Drogas anabólicas.
6. Cargos por la administración de drogas recetadas o inyección de un medicamento.
7. Repeticiones de recetas, excepto para los medicamentos de mantenimiento cubiertos.
8. Medicamentos para el tratamiento de impotencia.
9. Medicinas para la infertilidad, no importa su uso
10. Anoréxicos (cualquier medicamento utilizado con el propósito de bajar de peso).
11. Agentes esclerosantes, Medicamentos para el tratamiento de acné, no importa su uso.
12. Monoxidillo en todas sus formas, incluye Rogaine
13. Medicinas con fines de embellecimiento o cosmético.
14. Escabicidas y pediculicidas sin leyenda federal.
15. Hormonas de crecimiento.

16. Drogas recetadas que puedan ser obtenidas sin costo bajo programas locales, estatales o federales u otro programa.
17. Drogas o tratamientos experimentales o drogas con leyenda: "Precaución - limitada por la Ley Federal para usos de investigación". No obstante, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar en un estudio de tratamiento autorizado y brindado por una entidad o profesional de la salud bonafide, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a éste un beneficio potencial y siempre que la participación del asegurado en el estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el médico que refiere al estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el paciente provea al plan médico evidencia de que su participación es apropiada, el plan médico costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. No serán gastos médicos rutinarios del paciente los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio.
18. Medicinas que tienen que ser tomadas o administradas en dosis completas o parciales, mientras el asegurado 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.



19. **PROSSAM** se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos nuevos que habrá de incluir en sus cubiertas de Farmacia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta tanto dicho medicamento sea evaluado y recomendado para inclusión en la Cubierta de Farmacia por **abarca health Pharmacy and Therapeutics Committe Meeting**. El proceso de evaluación para medicamentos nuevos no excederá 90 días luego de su entrada al mercado.

XIV. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE VISIÓN

1. Tabla de Beneficios de Visión

Cubierta de visión	Provisiones
Beneficio Máximo	\$150
Examen de la Vista (Refracción)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$10
Network Plan	Visión Sencilla- \$18 copago Bifocales - \$20 copago Lentes de contacto - \$36 copago Montura - \$18 copago

2. **Elegibilidad-** Todos los asegurados en contratos individuales, parejas y familiares (dependientes directos) tienen los servicios de visión incluidos en su cubierta. Los asegurados en grupos opcionales (Padre / Madre) y Complementarios Medicare que hayan comprado la cubierta de visión, la cual es opcional, tienen los servicios incluidos. Estos servicios requieren pre-certificación.

3. **Como se reciben los beneficios-** La lista de proveedores contratadas por se encuentra en su Directorio de Proveedores. Además puede acceder a través de nuestra página web www.prossam.org.

XV. CUBIERTA DENTAL

1. Tabla de Beneficios Dentales

Dental	Provisiones
Beneficio Máximo	\$1000
Tipo I-Diagnóstico y Preventivo	
Examen Oral Periódico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. (Dos (2) veces al año) intervalo de seis (6) meses
Examen Oral de Emergencia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) veces al año intervalo de seis (6) meses.
Examen Oral Inicial	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Tipo I-Diagnóstico y Preventivo	
Examen de Detección de Cáncer de la Cavidad Oral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. Pacientes mayores de 30 años.
Profilaxis-Adulto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De 12 años en adelante.
Profilaxis-Niños	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. Hasta 12 años.
Aplicación de Fluoruro	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Menores de 19 años, uno (1) cada 6 meses.
Sellantes de Fisura por Diente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) por diente por vida hasta los 14 años.
Tipo I-Diagnóstico y Preventivo	
	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada 3 años. Incluye D0272 radiografía de mordida.



Radiografía Periapical Intraoral	Aplica 20% de coaseguro. Una (1) por año.
Radiografía Periapical Adicional	Aplica 20% de coaseguro. Hasta 5 por año.
Radiografía de Mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) por año.
Radiografía de Mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) por año.
Radiografía Panorámica	Aplica 20% de coaseguro. Una (1) cada 36 meses o cada 3 años.
Mantenedores de espacio unilateral o bilateral.	Aplica 20% de coaseguro. Uno (1) por cuadrante, por vida. Sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente.
Mantenedores de espacio bilateral.	Aplica 20% de coaseguro. Uno (1) por arco, por vida. Sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente.
Tipo II-Restaurativo Menor	
Amalgama una (1) Superficie	Aplica 20% de Coaseguro.
Amalgama dos (2) Superficies	Aplica 20% de Coaseguro.
Amalgama tres (3) Superficies	Aplica 20% de Coaseguro.
Tipo II-Restaurativo Menor	
Amalgama cuatro (4) ó más superficies	Aplica 20% de Coaseguro.
Resina una (1) Superficie	Aplica 20% de Coaseguro.
Resina dos (2) Superficies	Aplica 20% de Coaseguro.
Resina tres (3) Superficies	Aplica 20% de Coaseguro.
Resina cuatro (4) o más superficies o que incluya el ángulo incisal.	Aplica 20% de Coaseguro.
Resina en posteriores de una (1) superficie bucal.	Aplica 20% de Coaseguro.

Puentes	Aplica 20% de Coaseguro.
Corona-Porcelana.	Aplica 20% de Coaseguro.
Corona de Porcelana fundida en metal.	Aplica 20% de Coaseguro.
Dentaduras	Aplica 20% de Coaseguro.
Tratamiento Paleativo	Aplica 20% de Coaseguro.
Pulpotomía en dientes deciduos	Aplica 20% de Coaseguro.
Endodoncia, Tratamiento de canal en dientes anteriores	Aplica 20% de Coaseguro.
Endodoncia, Tratamiento de canal en premolares	Aplica 20% de Coaseguro.
Tipo II-Restaurativo Menor	
Endodoncia Tratamiento de canal en molares	Aplica 20% de Coaseguro.
Alisado radicular de cuatro (4) o más dientes.	Aplica 20% de Coaseguro.
Alisado radicular de tres (3) dientes o menos.	Aplica 20% de Coaseguro.
Extracción de raíces residuales de dientes primarios	Aplica 20% de Coaseguro.
Extracción Sencilla.	Aplica 20% de Coaseguro.
Extracción quirúrgica complicada (incluyendo el servicio pre y post-operatorio)	Aplica 20% de Coaseguro.
Extracción quirúrgica de diente impactado tejido blando.	Aplica 20% de Coaseguro.
Extracción quirúrgica de diente impactado parcial en hueso.	Aplica 20% de Coaseguro.
Extracción quirúrgica de diente impactado completo en hueso.	Aplica 20% de Coaseguro.
Extracción de raíces retenidas (quirúrgica)	Aplica 20% de Coaseguro.
Incisión y Drenaje de Abscesos en Tejido Blando	Aplica 20% de Coaseguro.



Frenulectomía (frenectomía o frenotomía).	Aplica 20% de Coaseguro.
Aplicación de desensibilizante	Aplica 20% de Coaseguro.
Tipo II-Restaurativo Menor	
Aplicación de adhesivos en cervical de dientes y molares.	Aplica 20% de Coaseguro.
Complicación Post-Cirugía	Aplica 20% de Coaseguro.

XVI. PROGRAMAS DE VALORES AÑADIDOS

▪ Plan de Protección Social

- K.M. 1-4*
- \$1,000 para gastos funerales.
 - \$2,000 para beneficiarios, o herederos legales del socio.

▪ OPCIONAL (Costo Adicional)

Programa de Auxilios Especiales (PAE) Si no ha cumplido 45 años puede ingresar a este (seguro de sueldo).

- QW*
- Seguros opcionales: de vida con acumulación de ahorro garantizado, enfermedades críticas y cáncer.
 - Ser socio de EDUCOOP (Cooperativa de Ahorro y Crédito de la Asociación de Maestros de P. R.) y beneficiarse de: Becas para el maestro socio e hijo(a), de acuerdo a requisitos de elegibilidad.
 - Repaso del "College Board" Costo compartido para hijos de socios.
 - Programa de Bienestar Social, en caso de enfermedad o desastre, de acuerdo a requisitos de elegibilidad.

XVII. HERRAMIENTAS

Para comunicarse con PROSSAM puede llamar o escribirnos a nuestro correo electrónico:

Teléfonos de PROSSAM

Cuadro Telefónico	787-767-2020
Director PROSSAM	787-753-1605 (Fax 787-767-4737)
Oficiales Servicio al Proveedor	1349,1348,1353 (Fax 787-756-8781)
Auditoría Médica y Utilización	1320,1721,1722 (Fax 787-754-7110)
Servicio al Cliente (Pre-certificaciones)	5401,5402,5405,5406 (Fax 787-754-8854)

Direcciones Electrónicas

PROSSAM	www.amprnet.org/prossam
Director PROSSAM	jose.ortiz@amprnet.org
Asistente Administrativo	jeniffer.catala@amprnet.org
Departamento Proveedores	ana.lanzot@amprnet.org aida.cotto@amprnet.org hermelinda.valentin@amprnet.org
Servicio al Cliente Pre-certificaciones	rosa.gomez@amprnet.org denice.maysonet@amprnet.org ana.figueroa@amprnet.org wilmmary.garcia@amprnet.org
Administración Médica	anabelle.torres@amprnet.org veronica.rodriguez@amprnet.org



XVIII. PROCESO DE QUERELLAS APELACIONES Y RECLAMACIONES

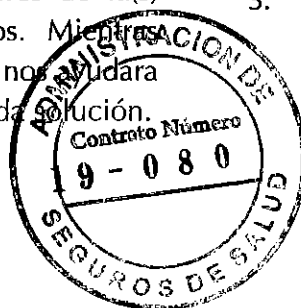
1. **Introducción-** PROSSAM ha cuidado de tu salud y la de tus familiares por más de 80 años. Estamos comprometidos con tu salud ofreciéndote servicios de calidad. Para garantizar el mejor trato y los mejores servicios se establece este proceso de Querellas, Reclamaciones y Apelaciones.

Querellas - En PROSSAM contamos con una unidad de Investigación de Querellas y Reclamaciones, en la misma un Investigador es responsable de investigar y presentar la situación a un Comité que evalúa cada caso de acuerdo a las disposiciones del Reglamento de PROSSAM y a la Ley 194 del 25 de agosto del 2000 (Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente).

2. **Procedimiento para radicar una querella/reclamación**

K.M. 1-4
Qu
i. Todo asociado o proveedor de PROSSAM que tenga una reclamación relacionada a la calidad de un servicio recibido, determinaciones medicas sobre servicios o sobre la cubierta que entienda que afecta sus derechos, presentara una querella por escrito dentro de los 60 (sesenta) días de haber ocurrido el evento o incidente en la oficina del Director de PROSSAM de la Asociación de Maestros de Puerto Rico.

ii. El asociado o proveedor incluirá un narrativo que explique la naturaleza de la situación o incidente. Es importante incluir: lugar, fecha y nombres de la(s) persona(s) que estén envueltos. Mientras más detallada la información nos ayude a poder brindar una más rápida solución.



iii. Si el asociado o proveedor así lo desea puede usar el **Formulario Para Radicación de Querellas** que se encuentra en la Guía del Suscriptor. También está disponible a través de nuestra página de internet www.prossam.org.

iv. El Investigador de Querellas enviara un acuse de recibo de la querella al asociado o proveedor dentro de las primeras 72 horas de recibida la querella (de acuerdo al sello de recibida).

v. Se llevara un registro de toda querella/reclamación recibida en PROSSAM. Este registro incluirá la fecha de recibida, el asunto y la fecha en que se solucionó la situación.

El Investigador de Querellas/Reclamaciones tiene la responsabilidad de investigar, analizar, documentar e informar la acción tomada sobre la querella evaluada. Las querellas se resolverán en un periodo no mayor de 30 días. De necesitar más tiempo para llegar a una determinación, se le notificara al asociado o proveedor sobre el curso de la investigación y la razón de la necesidad de tiempo adicional para llegar a una conclusión. A tales fines, el Investigador tendrá acceso a las diferentes áreas y departamentos de PROSSAM con el fin de documentar toda la información necesaria para analizar y validar los datos ofrecidos por el asociado o proveedor.

Apelaciones- Todo socio o proveedor de PROSSAM tiene derecho a apelar las decisiones que se tomen cuando presenta una querella o reclamación.

3. **Procedimiento para apelación**

i. Cuando el socio o proveedor no está de acuerdo con el resultado de la querella, debe presentar por escrito, dentro de los próximos diez (10) días de recibir la

contestación a su querrela, una apelación explicando el porqué de su desacuerdo

ii. Esta apelación será revisada por el Comité de Querellas y resolverá de forma justa, eficiente y oportuna la petición que se le hace

iii. El Comité resolverá de forma expedita los casos que se relacionen a cuidado y tratamiento urgente o de emergencia, los otros casos se resolverán dentro de los primeros 30 días de que se recibe la apelación.

Este proceso de Querellas, Reclamaciones y Apelaciones está disponible para todo socio o proveedor de PROSSAM.



A.M. P.M.

JW



Cuidando tu salud por más de 80 años

Asociación de Maestros de Puerto Rico
PO BOX 191088 SAN JUAN PR 00919-1088
www.amprnet.org

Formulario para Radicación de Querellas Asegurados y Proveedores de PROSSAM

Favor de completar la siguiente información

1. Nombre del Suscrito/Proveedor: _____
2. Dirección Postal: _____

3. Teléfono : _____
4. Número de Identificación: _____
5. NPI (solo proveedores): _____
6. Descripción del Incidente: Relate brevemente el objetivo y los detalles de la querella. Favor incluir detalles específicos como personas envueltas, fechas, lugares, etc. Acompañe este relato con documentación que la sostenga.

K.M. 1-11
Jaw

7. Favor de completar toda la información requerida y enviar a nuestras oficinas para iniciar el proceso de investigación. Puede dirigir esta comunicación a:

PROSSAM
Oficina del Director
Área de Investigación de Querellas PROSSAM
PO BOX 191088 SAN JUAN PR 00919-1088
Tel. (787)787-753-1605 Fax 787-767-4737
jose.ortiz@amprnet.org



XIX. NOTIFICACIONES IMPORTANTES

Clínicas Afiliadas - Son Centros de Medicina Primaria y/o Especializada donde nuestros participantes reciben servicios de salud con 0 copagos y coaseguros.

Nuestras Clínicas Afiliadas son:

ARROYO

Clínica Familiar
Dr. Julio Palmieri Ferri
Calle Morse Esq. Valentina #46 Arroyo, PR 00674
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 4:00 p.m.
Tel: 787-839-4150

BARCELONETA

Atlantic Medical Center
Carr. #2 km. 57.8 Sector Cruce Dávila Barceloneta, PR 00617
Horario: Lunes a Viernes 7:30 a.m. - 4:30 p.m.
Sala Emergencias 24 hr.
Tel: 787-846-4412

CIDRA

Cosma/Cidra
Ave. El Jíbaro Carr 172 Km 13.5
Horario: Lunes a Viernes 6:30 a.m. - 7:00 p.m. / Sábados:
7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182 ext. 1200

GUAYAMA

Clínica Familiar
Dr. Julio Palmieri Ferri
Carr. #179 km. 0.8 Sector Línea Capó Bo. Olimpo, Guayama
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 5:00 p.m.
Tel: 787-424-0082

HATILLO

Corporación de
Servicios Médicos CSM
Ave. Dr. Susoni #116 Hatillo, PR
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 4:30 p.m.
Tel: 787-898-4190

HUMACAO

Cosma/Humacao
Boulevard del Rio Ramal #3
Horario: Lunes a Viernes 6:30 a.m. - 9:00 p.m. / Sábados:
7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182

LAS PIEDRAS

Cosma/Las Piedras
Bo. Montones Parque Industrial Sur Carr 99316 Lote 19
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 9:00 p.m. / Sábados:
7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182

MANATÍ

Atenas Community Health Center
Carretera #2 Km. 50
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 4:00 p.m.
Sala de Emergencias 24 hr.
Tel: 787-854-2292

MAYAGÜEZ

Centro Multidisciplinario de Medicina General y Especializada Calle Ernesto Ramos Antonini #158-E
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 4:30 p.m. / Sáb: 7:00 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-758-8383 ext. 7356, 7567, 7571 / 787-641-4106

PEÑUELAS

Policlínica Las Américas Medical Center
Calle Muñoz Rivera #718 Peñuelas,
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 1:00 p.m.
Tel: 787-836-4520

PONCE

Policlínica Las Américas Medical Center
Plazoleta Las Américas 2015 Ave Las Américas Suite1
Horario: Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 7:00 p.m. / Sáb00 a.m. - 12:00 md
Tel: 787-842-8945

Instituto de Medicina Primaria y Urgencia Dra. Hilda Orengo
9105 Calle Marina Esq. Ferrocarril
Horario: Lunes, Miércoles, Jueves y Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. / Sábados 8:00 a.m. - 2:00 p.m.
Tel 787-812-5522

SAN JUAN

Centro Multidisciplinario de Medicina General y Especializada Hospital de Maestro Ave Domenech, Esq. Calle Sergio Cuevas Bustamante #550,
Horario: Lunes a Viernes 6:30 a.m. - 6:00 p.m. / Sáb: 7:00 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-758-8383 ext. 7567, 7571, 7588 / 787-753-0745

SAN LORENZO

Cosma/San Lorenzo
Calle Muñoz Rivera #186
Horario: Lunes a Viernes 6:00 a.m. - 6:30 p.m. / Sáb 7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182

UTUADO

Corporación de Servicios Médicos CSM Medical Center
Calle Antonio R. Barceló #5
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 4:00 p.m. / Sáb 8:00 a.m. - 1:00 p.m.
Tel: 787-680-2019

YABUCOA

Cosma/Yabucoa
Bo. Juan Martínez
Carr 901 Km 1.6
Horario: Lunes a Viernes 7:30 a.m. - 7:00 p.m. / Sáb 7:30 a.m. - 12:00 m.
Tel: 787-739-8182



K.M. J.H

Otros Servicios Preventivos

Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Teleconsulta 24 / 7	Cubierto al 100% a través de TeleSalud 24/7, 1-866-460-2677; \$0 copagos
Examen Anual (Laboratorios clínicos y radiologías)	Cubierto al 100% de tarifas contratada, aplica copago y coaseguros de acuerdo al servicio brindado. Los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force
Todos los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Pap Test (ThinPrep PAP)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Nutricionista	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por sonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.	Cubierto al 100% de tarifas contratada

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% de tarifas contratada
Suplemento de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada



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% de tarifas contratada
---	--

Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)

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% de tarifas contratada
Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada

Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Todos los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva, según recetado por un médico	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada
Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Examen médico para adulto: cernimiento sobre la depresión y osteoporosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada

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% de tarifas contratada
Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean 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	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de autismo para niños a los 18 meses y a los 24 meses	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento y monitoreo del desarrollo para niños menores de 3 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Suplementos de fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tienen fluoruro	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de audición para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada



AW

K.M. 1-4

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% de tarifas contratada
Servicios Preventivos Requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)	
Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de obesidad para niños de 6 años 0 mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de gonorrea	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Evaluación de riesgo oral para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU)	Cubierto al 100% de tarifas contratada

Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos	Cubierto al 100% de tarifas contratada
Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis	Cubierto al 100% de tarifas contratada
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% de tarifas contratada



XX. DEFINICIONES

Los siguientes términos tendrán el significado que se indica:

1. **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.
2. **APARATO ORTOPÉDICO:** Significa instrumentación ortopédica u aditamentos fijos o temporeros, los cuales incluye clavos y tornillos, entre otros.
3. **ASEGURADO O SUSCRIPTOR PRINCIPAL:** El empleado o pensionado que suscribela solicitud de ingreso al Plan.
4. **ASEGURADO O SUSCRIPTOR:** Denomina a cualquier empleado, cónyuge, dependiente directo o dependiente opcional, que haya solicitado cubierta bajo este contrato y La Entidad Contratante le haya expedido una tarjeta de asegurado o suscriptor, cuya validez no haya sido terminada según dispone este contrato.
5. **AUTO INFLIGIDO:** Aquellos daños sobre su persona resultante directa o indirectamente de una acción voluntaria y/o intencional del asegurado o suscriptor estando en su sano juicio.
6. **CANCELACIÓN DE CONTRATO:** Significa la terminación del acuerdo contractual de servicios mediante notificación y aceptación por escrito por cualquiera de las partes.
7. **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 región para un mismo servicio.
8. **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 considerar seno segura por los cirujanos bariátricos.
9. **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.
10. **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.
11. **COPAGO:** Significa la cantidad fija establecida a ser pagada por el asegurado o suscriptor al momento de recibir los servicios.
12. **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 La Entidad Contratante con el proveedor. El suscriptor pagará la diferencia entre este porcentaje y el 100% de la tarifa contratada o cargo médico.
13. **DEDUCIBLE:** Significa la cantidad fija de gasto que el asegurado deberá incurrir antes de que el Plan comience a efectuar pago por beneficios cubiertos.
14. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Es responsabilidad del empleado asegurado o 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:
 - a) El cónyuge del suscriptor principal, incluido en el contrato mientras el contrato está en vigor.
 - b) Hijos menores de veintiséis (26) años, 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 cónyuge 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.
 - c) 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.



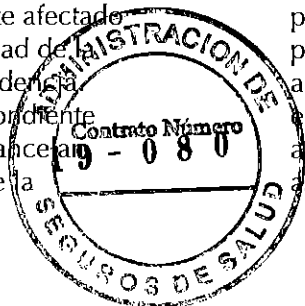
R.M.F.M

- d) Cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del asegurado principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho asegurado principal. Deberá presentar evidencia que confirme esta relación. (Ejemplos: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos, planillas, etc.).
- e) Cualquier menor no emancipado, cuyo abuelo o abuela u otro familiar que sea asegurado o suscriptor principal de este contrato, siempre y cuando se le presente a la Entidad Contratante 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 asegurado.
- f) 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 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 la Entidad Contratante 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.
- g) 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 la Entidad Contratante notificar al asegurado o suscriptor la intención de cancelar o eliminar al dependiente afectado treinta (30) días previos a la efectividad de la cancelación del plan por falta de evidencia. De no enviar la notificación correspondiente la Entidad Contratante no le podrá cancelar la cubierta por falta de evidencia. De la

Entidad Contratante 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

- 15. DEPENDIENTES OPCIONALES:** Denomina al familiar inmediato del asegurado principal 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 asegurado principal demostrar en forma satisfactoria a la entidad contratante, la elegibilidad de estos dependientes. Disponiéndose que también cualifiquen 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 asegurado o 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*.
- 16. 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).
- 17. 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.
- 18. 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



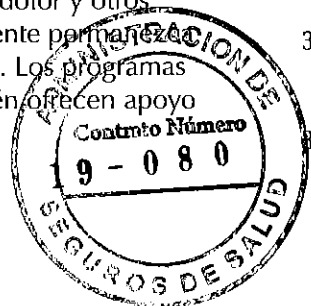
adecuado, incluyendo ambulancias que estén certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, para ser trasladado a la instalación donde recibirá tratamiento, La transportación cubrirá desde donde se encuentre la persona que necesita el servicio y hasta cualquier otra institución 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.

- 19. **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 seis (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.
- 20. **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.
- 21. **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.
- 22. **ENTIDAD CONTRATANTE:** Significa Asegurador u Organización de Servicios de Salud que contrata con el Secretario de Hacienda.
- 23. **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.
- 24. **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.

- 25. **HOSPITALES NO PARTICIPANTES:** Significa un hospital que no haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios de hospitalización a sus asegurados o suscriptores.
- 26. **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 La Entidad Contratante para prestar servicios de hospitalización a sus asegurados suscriptores.
- 27. **IMPLANTES:** Artefacto interno que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo. No incluye aditamentos utilizados en cirugías ortopédicas.
- 28. **LABORATORIO NO PARTICIPANTE:** Significa un laboratorio que no haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios a sus asegurados suscriptores.
- 29. **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 La Entidad Contratante para prestar servicios a sus asegurados o suscriptores.
- 30. **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.
- 31. **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 mental.
- 32. **MEDICINA NATURAL:** Significa la técnica en la cual se emplean métodos y productos naturales para el tratamiento de condiciones físicas y mentales.
- 33. **MÉDICO PRIMARIO:** Médico generalista, pediatra, ginecólogo, médico de familia internista.
- 34. **MÚSICO TERAPIA:** Significa la técnica utilizada

R.M. 1-11

JKW



en el tratamiento de algunas enfermedades mentales y emocionales en la que se emplean diferentes sonidos musicales.

- 35. OBESIDAD MÓRBIDA:** Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35).
- 36. 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.
- 37. 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 un (1) año, que cohabitan en una residencia común sin estar casadas entre sí y que tienen la intención de continuar con la situación de cohabitantes indefinidamente.
- 38. PLAN INDIVIDUAL:** Cubierta para el empleado o el pensionado solamente.
- 39. PLAN PAREJA:** Cubierta para el empleado o pensionado y un dependiente directo.
- 40. PLAN FAMILIAR:** Cubierta para el empleado o pensionado y dos o más dependientes directos.
- 41. 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.
- 42. PRÓTESIS:** Artefacto que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo.
- 43. 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 La Entidad Contratante para prestar servicios de salud.
- 44. 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 La Entidad Contratante para prestar servicios de salud.
- 45. SECRETARIO:** Secretario de Hacienda.

- 46. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Significa la petición por parte de un asegurado o suscriptor para que otro médico distinto al encargado de su caso emita su opinión con respecto a la necesidad de un servicio cubierto.
- 47. SERVICIOS AMBULATORIOS:** Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un asegurado o suscriptor mientras no se encuentre recluido como paciente en un hospital.
- 48. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:** Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un asegurado o suscriptor mientras se encuentre recluido como paciente en un hospital.
- 49. 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 asegurado.
- 50. TERAPIA OCUPACIONAL:** Terapia rehabilitativa que ayuda al paciente a recuperar la habilidad para realizar las tareas normales del diario vivir.
- 51. 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.
- 52. 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.



PROSSAM

K.M.P.M

QW

