Auxilio Platino Inc.
Cubierta de Plan Médico

P. O. Box 191227
San Juan, PR 00919-1227

Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, LL.M., CHC
Principal Oficial Ejecutivo

Este contrato se emite como evidencia de cubierta bajo el plan médico grupal. El mismo contiene detalles de la cubierta modelo Producto Auxilio Salud Plus 1001 2019. La cubierta está sujeta a los términos del plan grupal de Plan Médico Auxilio Platino

INTRODUCCIÓN

Este contrato se emite a Patronos, Asociaciones y/o Uniones Bona fide de Puerto Rico, por el término de un (1) año a partir de la fecha que aparece en el contrato de cubierta del plan, de conformidad con las disposiciones de esta Evidencia de Cubierta y a la política de pago establecida por Plan Médico Auxilio Platino para gastos médico quirúrgicos y de hospitalización médicamente necesarios, que se presten mientras el contrato esté en vigor, por motivo de lesiones o enfermedades sufridas por el suscriptor. Este contrato se emite en consideración y basado en las declaraciones de la solicitud de ingreso grupal y el pago por el Grupo de las correspondientes primas que se pagan por adelantado. Este contrato, incluyendo sus términos y condiciones, comenzará a las 12:01 am y terminará a las 12:00 am, tomando como base la Hora de Puerto Rico.

Este contrato no es un contrato complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada (Medicare). Por favor, revise la Guía de Cubierta de Salud para personas con Medicare disponible a través de la Organización de Servicios de Salud.

El lenguaje incluido en el contrato relacionado con las leyes federales ERISA y COBRA cumple cabalmente con las disposiciones establecidas en las leyes federales mencionadas. El lenguaje incluido en el contrato no contiene ninguna limitación, condición o lenguaje contrario a la legislación. Este contrato ofrece cubiertas de beneficios en el Mercado Grupal en cumplimiento el Código de Seguros de Puerto Rico y Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Auxilio Platino Representado por:

Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, LL.M., CHC
Principal Oficial Ejecutivo

CONTRATO
GRUPAL ENTRE

Y

[Nombre del Grupo]

PATRONO: NOMBRE
DEL PLAN: NUMERO
DE PLAN:
FECHA DE VIGENCIA:

ADVERTENCIA: Si el suscriptor no está trabajando activamente para su patrono en la fecha antes mencionada, la cubierta evidenciada por este contrato no entrará en efectividad hasta la fecha en que el empleado se reintegre a su empleo.

V

PARTE III – BENEFICIOS CUBIERTOS

Los beneficios incluidos aquí aplicarán solamente cuando una persona es cubierta bajo este contrato. Los mismos serán cubiertos cuando los servicios sean prestados en el área de servicio, o sea, en Puerto Rico. No se pagarán beneficios por cargos incurridos después de haber finalizado el contrato de una persona bajo este contrato. No obstante, sujeto al correspondiente pago de la prima establecida por Plan Médico Auxilio Platino, el suscriptor tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios de esta cubierta por noventa (90) días luego de la terminación de la cubierta. Si el paciente se encontraba hospitalizado al momento de la terminación de la cubierta, los noventa (90) días se contarán desde la fecha en que se dio de alta. Si una persona cubierta se encuentra en su segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación de la cubierta y ha estado recibiendo tratamiento para el embarazo antes de la fecha de la terminación de la cubierta, el periodo de transición en cuanto a los servicios relacionados al embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, la que fuere última.

En los casos de suscriptores diagnosticados con una enfermedad terminal contraída antes de la fecha de la terminación de la cubierta y para la cual haya estado recibiendo tratamiento antes de esa fecha, el periodo de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.

El suscriptor deberá cumplir con el programa de precertificación de Plan Médico Auxilio Platino para aquellos servicios determinados por Plan Médico Auxilio Platino realizados por un médico primario o un proveedor participante, de acuerdo a la **PARTE VI – PRECERTIFICACION DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS**. Los beneficios incluidos son los de hospital, servicios médicos, mientras la persona se encuentre en el hospital, servicios ambulatorios, servicios de medicamentos recetados y servicios dentales esenciales. El suscriptor rembolsará a Plan Médico Auxilio Platino por cualquier reclamación pagada por Plan Médico Auxilio Platino como resultado de cargos incurridos después que un suscriptor haya cancelado.

En el caso de que un plan de salud sea terminado o cancelado, o que un proveedor sea terminado o cancelado, Plan Médico Auxilio Platino notificará al paciente sobre dicha terminación o cancelación dentro de los treinta (30) días antes de la fecha de dicha terminación o cancelación.

Plan Médico Auxilio Platino proveerá los beneficios de servicios de emergencia sin período de espera. No se requerirá certificación previa de Plan Médico Auxilio Platino cuando se proveen estos servicios de emergencia; más aún, estos servicios se proveerán sin tomar en cuenta si el proveedor de dichos servicios es o no un proveedor participante. De haber un exceso en la cantidad aplicable, Plan Médico Auxilio Platino compensará al proveedor que ofrece los servicios, y el proveedor estará obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad no menor que la acordada con los proveedores contratados por Plan Médico Auxilio Platino para ofrecer esos mismos servicios. Más aún, bajo estas circunstancias, dichos servicios de emergencia se proveerán independientemente de las condiciones dispuestas por el plan de cuidado de la salud correspondiente.

En el caso de que el suscriptor reciba servicios de salud luego de los servicios de emergencia o servicios de post-estabilización que hubiesen sido cubiertos por Plan Médico Auxilio Platino, excepto por el hecho de que no sea un proveedor participante, Plan Médico Auxilio Platino compensará al paciente por la porción de los costos correspondiente a dichos servicios que hubiese sido pagada bajo el plan, siempre y cuando haya una razón médica por la cual el paciente no puede ser transferido a un proveedor participante conforme a la Ley 194 del 25 de agosto de 2000. Favor de ver la **Parte VIII – DISPOSICIONES, Sección Disposiciones Uniformes** de este contrato para los requisitos de Avisos de Reclamación.

Si la persona está recluida en un hospital, tendrá derecho a recibir los siguientes servicios, entre otros:

- Auxilio Platino se compromete a pagar, a base de las tarifas establecidas para tales propósitos, por los servicios cubiertos en este contrato que sean prestados al suscriptor durante periodos de hospitalización. Sólo estarán cubiertos durante cualquier periodo de hospitalización los servicios

de médicos que normalmente estén disponibles en el hospital en que el suscriptor se hospitalice.

- Cuando una persona cubierta utilice una habitación privada el Hospital puede cobrar al paciente la diferencia entre el costo normal de la habitación privada y el costo contratado por Auxilio Platino. Los demás gastos de hospitalización de la persona cubierta por este contrato, están incluidos en el costo contratado entre el hospital y Auxilio Platino y por ello no puede cobrar diferencia alguna a la persona cubierta. En estos casos, ningún proveedor de servicios podrá cobrar ninguna diferencia en costos a pacientes en cuarto privado por el solo hecho de estar en una habitación privada.

Los servicios estarán cubiertos cuando sean prestados dentro del área de servicio (Puerto Rico) por proveedores participantes contratados por Plan Médico Auxilio Platino, incluyendo casos previamente pre certificados por Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino para realizarse en EU.

El Affordable Care Act (AC, por sus siglas en ingles), garantiza que a partir de 2014, todos los planes médicos no protegidos o non-grandfathered, que se ofrezcan en los mercados individuales y grupos pequeños, ya sea dentro o fuera de un "Exchange" incluyan una cubierta comprensiva de servicios, conocida como beneficios esenciales de salud, definidos por ley y por el plan de referencia de Puerto Rico en las siguientes diez categorías: servicios de emergencia; hospitalización; servicios ambulatorios; maternidad y atención al recién nacido; salud mental, y abuso de sustancias, incluyendo el tratamiento de salud mental; medicamentos recetados; servicios de rehabilitación y habilitación, y equipo médico; servicios de laboratorio; servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluyendo dental y cuidado de la visión.

Los beneficios esenciales de salud según descritos por ACA, conllevan un máximo de gastos del bolsillo (Maximum Out of Pocket, MOOP por sus siglas en inglés). El máximo aplica a los beneficios esenciales de salud descritos en el plan de Referencia de Puerto Rico. El MOOP será determinado anualmente por el Comisionado de Seguros. A la fecha la cantidad máxima de desembolso es de $6,350 en la cubierta individual y $12,700 en la cubierta familiar. Cuando el suscriptor cumpla con el máximo establecido, Auxilio Platino, cubrirá los beneficios esenciales de salud al 100%.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

SUS CLÍNICAS EXTERNAS

Sus Clínicas Externas del Hospital Español de Auxilio Mutuo son el principal facilitador para que disfrute de todos los servicios que están incluidos bajo este programa de cuidado coordinado. Sus Clínicas Externas son:

- El primer recurso que le atenderá cuando se enferme.
- El que puede proveerle servicios preventivos para conservar su salud.
- Si a juicio de su médico primario, su condición médica lo necesita, el mismo Centro de Cuidado Integrado le provee el servicio de referidos a especialistas y subespecialistas.

Usted se atenderá por un médico generalista, especialista o subespecialistas contratados por Auxilio Platino para proveer dichos servicios dentro de este modelo de cuidado coordinado.

Los servicios que no estén disponibles en las Clínicas Externas podrán accederse a través de la red de proveedores contratada por Auxilio Platino para estos propósitos. Todos los servicios de especialistas y subespecialistas que no sean el médico primario de la persona cubierta, requieren referido del médico primario de la persona cubierta.

ACCESO A SUS CLÍNICAS EXTERNAS

Para acceder los servicios de sus Clínicas Externas, debe llamar y solicitar una cita, a menos que tenga una situación de emergencia que deberá dirigirse a una sala de emergencias. Sus Clínicas Externas le puede ayudar

a mantenerse saludable. Parte de los servicios que puede recibir de sus Clínicas Externas son preventivos. De este modo ayuda a conservar su buena salud y a evitar futuras complicaciones.

EMERGENCIAS

Si usted tiene alguna emergencia, puede visitar cualquier facilidad a través de toda la isla. Si se encuentra de viaje en los Estados Unidos, también podrá visitar el hospital más cercano a usted y el plan le cubrirá los servicios de emergencia.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Estos estarán disponibles a través del Hospital Auxilio Mutuo.. En casos de emergencia podrán acceder los servicios en cualquier facilidad hospitalaria a través de toda la isla para propósito de estabilizar su condición y ser trasladado al Hospital Auxilio Mutuo, siempre y cuando su condición médica así lo permita.

SERVICIOS DENTALES

Los servicios dentales básicos incluidos en su cubierta están disponibles a través de la red de proveedores dentales de Auxilio Platino. Los servicios dentales de la cubierta no requieren referido médico.

SERVICIOS DE FARMACIA

Los servicios de Farmacia están disponibles a través de la Red de Farmacias contratadas por el PBMP (descrito en la **PARTE I - DEFINICIONES**) contratado por Auxilio Platino para estos propósitos**.**

CUIDADO PRIMARIO

Usted deberá seleccionar su médico primario en su primera visita a las Clínicas Externas del Hospital Español Auxilio Mutuo, Inc. ubicadas en la Parada 371/2 Avenida Ponce de León en San Juan, Puerto Rico. Para este servicio del médico primario aplica el copago de especialistas. En las visitas subsiguientes aplicara el copago o coaseguro correspondiente a las visitas a especialistas (ver Tabla de Copagos y Coaseguros). Se consideran para efectos de este plan las siguientes especialidades como médicos primarios: Internistas, Pediatras, Médicos de Familia, Generalistas y Ginecólogo - Obstetra.

El médico primario coordinará el resto de los servicios cubiertos por el Plan. Por ejemplo, para ver un especialista, usted debe obtener el referido de su médico primario.

El médico primario también coordinará otros servicios diagnósticos y terapéuticos cubiertos por el Plan tales como estudios de radiología, terapias físicas, hospitalizaciones laboratorios, médicos especialistas, otros servicios hospitalarios, servicios ambulatorios, medicamento recetados servicios de habilitación y equipo médico duradero, pruebas diagnósticas, servicios preventivos y de bienestar de enfermedades crónicas. El costo de los servicios no cubiertos por el Plan Médico de Auxilio Platino será responsabilidad de la persona cubierta.

CUIDADO ESPECIALIZADO

La persona cubierta que necesite tratamiento de un Especialista, deberá obtener el referido de su médico primario para que los servicios sean cubiertos bajo este contrato.

CUIDADO HOSPITALARIO

Su médico primario realizará las gestionas necesarias para su hospitalización cuando ello sea necesario y coordinará su cuidado, cuando fuera necesario.

SECCIÓN 1: BENEFICIOS ESENCIALES DE SALUD

Algunos de estos servicios les aplican costo compartido según descrito en la **PARTE V – TABLA DE CANTIDAD MAXIMA A DESEMBOLSAR (MOOP) ,DEDUCIBLES,COPAGOS Y COASEGUROS** de este contrato.

1. SERVICIOS EMERGENCIA/URGENCIA

La Organización de Salud, Auxilio Platino, proveerá beneficios de servicios de emergencia/urgencia, sin período de espera ni referido del médico primario. Dichos servicios de emergencia/urgencia serán cubiertos sin la necesidad de certificación previa por parte de Plan Médico Auxilio Platino; independientemente de que el proveedor de tales servicios de emergencia, sea o no un proveedor participante.

En el caso de proveedores no participantes en Puerto Rico, los servicios serán cubiertos conforme a la Ley 194 del 25 de agosto de 2000. Plan Médico Auxilio Platino 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 contratados por la Organización de Seguros de Salud para ofrecer los mismos servicios. Además, bajo estas circunstancias, tales servicios de emergencia/urgencia serán provistos independientemente de las condiciones del plan de salud correspondiente.

Generalmente incluye lo siguiente:

- Servicios médicos por causa de trauma y/o enfermedad
- Medicamentos, Materiales y Equipo
- Laboratorios y Rayos X
- Terapia Respiratoria sin límite
- Condiciones auto infligidas (intentos al suicidio)
- Pruebas de diagnóstico especializadas

Los servicios de emergencia/urgencia recibidos dentro los Estados Unidos, serán pagados al proveedor del servicio a base de la tarifa de la región geográfica donde se ofrece el servicio, descontando el deducible, copago o coaseguro que aplique en este contrato y que es responsabilidad de la persona cubierta según los términos y condiciones de este contrato.

2. HOSPITALIZACIÓN

Servicios Hospitalarios:	
El único proveedor de servicios Hospitalarios lo será el Hospital Español Auxilio Mutuo, excepto los casos de emergencias fuera del Hospital Auxilio Mutuo que se pagarán conforme lo establece la ley en Puerto Rico, al Hospital proveedor de tal servicio fuera del Hospital Auxilio Mutuo. Las Hospitalizaciones requieren referido del médico primario excepto por las hospitalizaciones de emergencias. ¤Si el suscriptor desea alojarse en una habitación privada será responsable de pagar la diferencia entre la habitación semi-privada cubierta por Plan Médico Auxilio Platino y la habitación privada si el hospital tuviera un costo diferente para la misma. En adición, el proveedor no podrá cobrar al paciente en un cuarto privado por cualquier diferencia aquello que cobraría si el paciente estuviera en un semi-privado, a menos que exista una diferencia en el costo de las habitaciones.	• Cuarto y cama cuando el suscriptor sea hospitalizado en una habitación semi-privada. ¤ • Habitación de Aislamiento cuando es ordenado por el médico • Excluye servicios para acomodo personal y/o servicios de custodia. Hospitalizaciones para servicio o procedimientos que pueden ofrecer a nivel ambulatorio no están cubiertas. • Uso de las unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado de Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología. • Cernimiento Auditivo Neonatal Universal conforme a los establecido por la Ley Núm. 31 1 del 19 de diciembre de 2003 y las evaluaciones de audiología a través de otorrinolaringólogos y audiólogos • Uso de servicios de telemetría • Cuidado de enfermería y otros profesionales aliados a la salud • Dietas suplidas por el hospital (especiales que incluyen hiperalimentación y regulares) • Laboratorios clínicos y pruebas radiológicas • Pruebas y estudios de diagnóstico

	• Quimioterapia y radioterapia (Según las disposiciones de la ley Núm. 107 del año 2012, Plan Médico Auxilio Platino cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del especialista u oncólogo). En el caso de las Radioterapia, está cubierto en Hospital y ambulatoriamente. • Diálisis y hemodiálisis Servicios relacionados a cualquier tipo de diálisis y hemodiálisis, incluyendo servicios por cualquier complicación que surja y los correspondientes servicios hospitalarios o servicios médico quirúrgicos, estarán cubiertos por los primeros noventa (90) días desde: a) La fecha en que el/la suscriptor(a) advino elegible a esta contrato (en el caso que la diálisis o hemodiálisis comenzaran antes de la fecha de elegibilidad) o, b) La fecha en que el/la suscriptor (a) recibiera el primer tratamiento de diálisis y hemodiálisis. Esto aplicará cuando los servicios de diálisis y hemodiálisis están relacionados a las mismas condiciones clínicas. Este servicio incluye servicio hospitalarios y ambulatorios • Visitas médicas en el hospital • Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital y que sean ordenados por el médico y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital. •
Otros Servicios Hospitalarios	
Anestesia en Hospital	Cubierto.

Cirugías y médicos en Hospital	Cubierto. Cirugías que usualmente se realizan en facilidad ambulatoria y necesiten realizarse en el hospital, requieren ser pre certificados por Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino. El suscriptor pagará el copago o coaseguro que aplique para este servicio dependiendo el nivel de cubierta.
Institucion de enfermería especializada (Skilled Nursing Facilities)	Estos servicios están sujetos a pre certificación por Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino El suscriptor será responsable del copago o coaseguro que aplique para estos servicios. Estos servicios estarán cubiertos si estos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.
Servicios de hospitalizaciones por enfermedades mentales y dependencia o abuso de sustancia controladas y/o alcohol (parciales y completas).	Cubierto, aplica copago o coaseguro de hospitalización. Dos (2) días de hospitalización parcial equivale a un (1) día de hospitalización completa. Las hospitalizaciones por condiciones mentales y abuso de sustancias estarán cubiertas de acuerdo a los Servicios de Salud Mental, y Abuso de Sustancias, incluyendo el Tratamiento de Salud Conductual. Gastos incurridos por la administración de un examen para la detección de uso de drogas por el empleador, no están cubiertos Luego de la participación de una persona cubierta en cualquier tratamiento relacionado a un resultado positivo en el programa de detección de drogas del patrono, él o ella será elegible para el tratamiento.
3. SERVICIOS AMBULATORIOS	
Visitas Médicas- Medico Primario , Especialistas, Subespecialistas y Profesionales no Médicos	Cubierto. El suscriptor pagará el copago o coaseguro que aplique para estos servicios de acuerdo a especialidad médica. Los servicios de este contrato incluyen visitas a: • Médicos generalistas • Especialistas • Sub especialistas • Profesionales no Médicos • Podiatras, conforme a la Ley 148 del 9 de agosto de 2002 • Audiólogos • Optómetras y Oftalmólogos , conforme a la Ley 148 del 9 de agosto de 2002 • Enfermeras • Asistente Médico Los servicios de ginecólogos/obstetras se consideraran servicios primarios no requieren referidos ni certificación previa, conforme a la Ley 161 del 1ero de noviembre de 2010.

Psicólogo Clínico	Cubierto conforme a la Ley 148 del 9 de agosto de 2002, según enmendada, y de acuerdo a la Ley Núm. 239 del 13 de septiembre del 2012.
Audiólogos	Cubierto conforme a la Ley 127 del 27 de septiembre del 2007 y a la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.
Naturópatas licenciados autorizados por el gobierno de PR.	Cubierto conforme a la Ley 210 del 14 de diciembre de 2007 y a la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.
Quiropráctico	Para la visita inicial al quiropráctico, el suscriptor pagará el copago o coaseguro correspondiente a la visita al especialista. 20 terapias físicas o manipulaciones cubiertas bajo un límite combinado por contrato por persona cubierta. Los servicios serán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes autorizados a proveer dichos servicios en conformidad con la Carta de Derechos del Paciente bajo la Ley 150 del 8 de agosto de 2006, según enmendada.
Servicios Podiátricos/Cuidado de pie	Plan Médico Auxilio Platino cubrirá los procedimientos quirúrgicos podiátricos prestados por podiatras participantes, los cuales serán tratados como cualquier otro procedimiento quirúrgico. El suscriptor será responsable de pagar el copago o coaseguro por la visita al podiatra. Los servicios serán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes autorizados para proveer dichos servicios, conforme a la Ley 148 del 9 de agosto de 2002 y conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades de la Ley Núm. 150 del 8 de agosto de 2006, según enmendada.
Facilidades Ambulatorias	El uso de facilidad de cirugía ambulatoria estará cubierto y el suscriptor será responsable por el copago por concepto del uso de la facilidad. Los servicios prestados en una facilidad ambulatoria que pudieran ser prestados en la oficina de un médico no serán cubiertos.
Lente Intraocular	El costo del lente intraocular estará incluido como parte de los servicios contratados en facilidad de cirugía ambulatoria. El suscriptor pagará el copago o coaseguro que aplique para este servicio dependiendo el nivel de cubierta.
Exámenes de Pre Admisión	Estos servicios estarán cubiertos con los copagos o coaseguros de los exámenes o laboratorios correspondientes.
Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	Cubierto. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad por concepto del procedimiento, más el copago o coaseguro aplicable a la facilidad ambulatoria.

Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica	Cubierto. El suscriptor será responsable de pagar al médico participante la cantidad por concepto del procedimiento y de la visita médica.
Cirugías Electivas que requieran admisión al Hospital	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere precerticifación.
Inyección Intra-articular	Se cubren doce (12) inyecciones por año contrato por persona cubierta, hasta dos (2) por día. Aplica coaseguro para Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en oficina médica y copago de visita médica.
Terapia Respiratoria Ambulatoria	Este servicio está limitado. Cubierto hasta 20 terapias por año contrato por persona cubierta. La terapia respiratoria estará cubierta de manera ilimitada en la Sala de Emergencia, y en paciente hospitalizado. Estas terapias estarán cubiertas en la facilidad ambulatorio y no en la oficina médica.
Criocirugía Cervical	Aplica coaseguro para Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica. El suscriptor pagará el copago o coaseguro que aplique para este servicio dependiendo el nivel de cubierta.
Vasectomía en Oficina Médica	Aplica coaseguro para Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica y copago de visita médica.
Endoscopias Gastrointestinales en Oficina Médica	Aplica coaseguro para Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica y copago de visita médica Procedimientos de endoscopias en facilidad ambulatoria requieren pre-certificación por Asuntos Clínicos de Plan Médico Individual Auxilio Platino.
Colonoscopia que no es preventiva	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere precerticifación.
Quimioterapia y Radioterapia	Según las disposiciones de la Ley Núm. 107 del 5 de junio de 2012, Plan Médico Auxilio Platino cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del especialista u oncólogo. Aplica copago o coaseguro de oficina médica o facilidad ambulatoria.

Diálisis y Hemodiálisis	Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Servicios relacionados a cualquier tipo de diálisis y hemodiálisis, incluyendo servicios por cualquier complicación que surja y los correspondientes servicios hospitalarios o servicios médico quirúrgicos, estarán cubiertos por los primeros noventa (90) días desde: a) La fecha en que el/la suscriptor(a) advino elegible a esta contrato (en el caso que la diálisis o hemodiálisis comenzaran antes de la fecha de elegibilidad) o, b) La fecha en que el/la suscriptor (a) recibiera el primer tratamiento de diálisis y hemodiálisis. Esto aplicará cuando los servicios de diálisis y hemodiálisis están relacionados a las mismas condiciones clínicas.
Litotricia	Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre certificación de Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino
Cirugías ordenadas por Podiatras	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere precertificación.
Cirugía de Escoliosis	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere precertificación.
Neurocirugías	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere precertificación.
Cirugía Ortognática	Aplica copago o coaseguro de oficina médica o facilidad ambulatoria. Gastos de materiales no incluidos. Requiere pre certificación de Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino
Mamoplastía	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere pre certificación. Cubierta para pacientes que se hayan realizado una mastectomía por cáncer de seno,
Pruebas y Procedimientos Cardiovasculares Invasivos y no Invasivos	Aplica copago o coaseguro por prueba correspondiente, además de copago o coaseguro de oficina médica o facilidad ambulatoria, electromiogramas cubiertos hasta dos (2) procedimientos por año contrato por persona cubierta.
Doppler Cardíaco	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere precerticifación.
Estudios Electrofísicos del Corazón	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere precerticifación.
CABGS (Cirugía Corazón Abierto)	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere precerticifación.
PTCA (Angioplastía)	Aplica copago o coaseguro por prueba correspondiente, además de copago o coaseguro de oficina médica o facilidad ambulatoria. Requiere precerticifación
Septoplastías y Rinoplastías Post-trauma	Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre certificación de Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino

Pruebas y procedimientos neurológicos	Aplica copago o coaseguro de Rayos X.
4. MATERNIDAD Y ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	
Servicios de Maternidad	Cubierto como cualquier otra enfermedad bajo este contrato. El cuidado prenatal será pagado como cualquier otra visita a especialista. La maternidad y condiciones relacionadas al embarazo se consideran como enfermedad cuando los servicios se presten a la persona embarazada bajo este contrato independientemente de su estado civil. El servicio de maternidad cubrirá al suscriptor principal, conyuge, pareja cohabitante e hijas dependientes.
Auxilio Platino cubrirá los siguientes Servicios de Maternidad y el suscriptor es responsable por cualquier copago o coaseguro que aplique	• Servicios de obstetricia en hospital y ambulatorio, aplica copago o coaseguro correspondiente a la facilidad. • Sonogramas obstétricos hasta tres (3) por embarazo, aplica copago o coaseguro de rayos X. • Perfil Biofísico, limitado a uno (1) por embarazo, adicionales requieren pre certificación por Asuntos Clínicos de Auxilio Platino, aplica copago o coaseguro de rayos X.
	• Fetal Non Stress Test hasta uno (1) por embarazo. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • Ecocardiograma fetal el cual deberá ser pre certificado por Asuntos Clínicos de Auxilio Platino, Inc. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • Amniocentesis (genética) hasta uno (1) por embarazo aplica copago. • Amniocentesis (maduración fetal) aplica copago. Requiere Pre certificación. • Hospitalización . Aplica copago o coaseguro. • Uso de sala de partos. Aplica copago o coaseguro. • Monitoria fetal por embarazo (producción e interpretación) en hospital. • Pruebas con $0 copago para: 1. Una primera prueba HIV en la primera visita prenatal durante el primer trimestre del embarazo. 2. Una segunda prueba HIV durante el 3er. trimestre del embarazo (entre la semana 28 y la 34 del embarazo)
Cubierta de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s)	Se proveerá una cubierta mínima de 48 horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) si se trata de un parto natural y de 96 horas si el parto requiere una cesárea. Cualquier decisión que tenga el efecto de acortar el período de tiempo provisto arriba deberá ser determinada por el proveedor asistente con la aceptación del paciente.

	Si la madre y el recién nacido son liberados dentro de un período que es menor de lo que se proporciona en esta Sección, pero de acuerdo con el segundo párrafo, la cobertura proveerá una visita de seguimiento dentro de las siguientes 48 horas . Los servicios incluirán, pero no se limitarán a la atención y cuidado físico del niño, instrucción sobre el cuidado del niño para ambos padres, ayuda y entrenamiento sobre la lactancia materna, información sobre el cuidado en el hogar y la provisión de cualquier tratamiento, Y exámenes médicos para el bebé, así como para la madre.
Visita de seguimiento luego del parto (post-natal)	La visita de seguimiento post-natal incluirá cualquier tratamiento y pruebas médicas requeridas tanto para el infante como para la madre.
Atención del Recién Nacido	Los siguientes beneficios están considerados como cargos elegibles para un recién nacido y serán pagados bajo la misma base que cualquier otra enfermedad bajo este contrato: • Servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamientos de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico conforme al Artículo 54.050(B) del Código de Seguros de Puerto Rico. • Atención médica en el hospital y Unidades de Intensivo Neonatal (NICU) • Uso de sala de recién nacidos (Well baby nursery) • Cernimiento auditivo neonatal universal • Cargos de enfermería rutinaria en el hospital • Circuncisión del recién nacido en el hospital • Visitas rutinarias del bebé (Well baby Care). Aplica copago o coaseguro de visita médica en todas las visitas.
Pruebas de Cernimiento al Recién Nacido	Pruebas preventivas requeridas por PPACA y establecidos por el Departamento de Salud de Puerto Rico y según Título XIX del Programa de Medicare, Título V del Programa para Madres, Niños y Adolescentes, y de la Academia Americana de Pediatría, según requerido por la Ley 296 del 1 de septiembre del 2000. Para información sobre cernimientos que aplican, referirse a la **PARTE III, SECCION 1 inciso 9**, Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas

5. SALUD MENTAL, ABUSO DE SUSTANCIAS Y TRATAMIENTO DE SALUD CONDUCTUAL	
Plan Médico Auxilio Platino cubrirá los servicios de acuerdo a la Ley 408 del 2 de octubre del 2000 enmendada el 3 de octubre de 2008, y de acuerdo a la Ley Núm. 239 del año 2012. Los servicios de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Tratamiento de Salud Conductual se ofrecen directamente con el proveedor.	
Salud Mental; Tratamiento a nivel ambulatorio incluye pero no se limita a:	• Visitas ilimitadas a Psiquiatras y Sicólogos Clínicos, aplicando el copago correspondiente. • Cuidado Intensivo Ambulatorio. • Visitas de terapias grupales y visitas colaterales aplicando el copago correspondiente. El suscriptor pagará el copago o coaseguro que aplique para este servicio dependiendo el nivel de cubierta. • Hospitalización parcial, completa, y/o intensiva aplicando el copago correspondiente. • Manejo de casos intensivos mediante la intervención de manejo de casos de salud mental.
Abuso de sustancias: Los servicios de de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Tratamiento de Salud Conductual arriba mencionados están disponibles para Trastorno por Dependencia o Abuso de Sustancias Controladas y/o Alcohol de la siguiente manera:	Servicios para Dependencia o Abuso de Sustancias Controladas y/o Alcohol Ambulatorias (Gastos incurridos por la administración de un examen para la detección de uso de drogas por el empleador, no están cubiertos.) Luego de la participación de una persona cubierta en cualquier tratamiento relacionado a un resultado positivo en el programa de detección de drogas del patrono, él o ella será elegible para el tratamiento. Este servicio cubierto incluye la desintoxicación por razón de dependencia o abuso de sustancias controladas en facilidades disponibles dentro de Puerto Rico . • Manejo de Casos Intensivos • Psiquiatra • Psicólogos Clínicos • Terapias Colaterales • Terapias Grupales (por Sicólogos Clínicos) • Traslado entre instituciones
Tratamiento Residencial	Cubierto, siempre y cuando haya justificación médica y los servicios estén disponibles en Puerto Rico. Aplica copago o coaseguro de Hospitalización.
Pruebas Psicológicas	Para menores de veintiún (21) años, se cubrirá sin costo alguno aquellas pruebas sicológicas determinadas por el Departamento de Salud en colaboración con el Departamento de Educación sujeto a las condiciones y limitaciones impuestas por las referidas agencias y/o leyes

	especiales aplicables, en conformidad a la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, según enmendada.
Programa de Asistencia al Empleado (PAE)	Ocho (8) visitas por persona cubierta al Psicólogo o Trabajador Social, sin copago, para consultoría, consejería y referidos. • Consultoría legal • Consultoría financiera • Manejo de crisis • Consejería matrimonial

6. MEDICAMENTOS RECETADOS

Auxilio Platino provee este beneficio para el pago de medicamentos recetados por un médico, que sean aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA por sus siglas en inglés y adquiridas por un suscriptor y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado. Las categorías de medicamentos cubiertos bajo este contrato son: medicamentos genéricos/bioequivalentes, medicamentos de marca preferida, medicamentos de marca no preferida y medicamentos especializados.

Estarán cubiertos los medicamentos de servicios preventivos requeridos por las leyes federales PPACA , Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) según establecidos por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF)y por el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico (CSSPR). Además, este plan cubre el despacho de medicamento buprenorphina para el tratamiento de dependencia de opio, según dispone la Ley Núm. 140 del 22 de septiembre de 2010.

La persona cubierta no pagará copago ni coaseguro para los medicamentos requeridos por las leyes federales incluyendo el suplemento de ácido fólico para las personas cubiertas embarazadas, tamoxifen o raloxifene para las mujeres que están en mayor riesgo del cáncer del seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento, aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorectal , suplementos de hierro para evitar anemia en niños de seis (6) a doce (12) meses, suplemento de aspirina a mujeres embarazadas como prevención de preeclamsia y vitamina D para prevenir las caídas en adultos mayores de 65 años que se encuentran en mayor riesgo de caídas.

Se cubrirá todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, en cumplimiento con la Reforma de Salud Federal (ACA, por sus siglas en inglés). La persona cubierta no pagará copago ni coaseguro para los métodos anticonceptivos. Este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), según establecidos por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

Este plan cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del especialista u oncólogo, según las disposiciones de la Ley Núm. 107 del año 2012 según enmendada. Este servicio será cubierto en el hospital o ambulatoriamente.

Este plan de salud proveerá para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento haya sido aprobado por la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del trastorno, lesión , condición o enfermedad en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica revisada por evaluada por homólogos generalmente aceptada.

La cubierta de medicamentos también incluye los servicios médicamente necesarios asociados a la administración del medicamento. No se cubrirán medicamentos cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.

Los siguientes medicamentos o servicios no estarán cubiertos a tenor con esta sección: (1) los medicamentos que se utilicen en pruebas de investigación que tengan el patrocinio de los manufactureros o de una entidad gubernamental; (2) los medicamentos o servicios suministrados durante pruebas de investigación, si el patrocinador de dichas pruebas de investigación provee los medicamentos o servicios sin cobrarle nada a los participantes. Durante la vigencia del contrato, podrán ocurrir cambios en el formulario de medicamentos o en procedimientos de manejo de medicamentos de receta, si el cambio obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. El Procedimiento de manejo de medicamentos de receta o PBMP, por sus siglas en inglés, incluye los siguientes elementos: formularios (listas de medicamentos de receta); restricciones de dosificación y límites de cantidad; requisitos de pre-certificación y requisitos de terapia escalonada. A estos efectos, a más tardar a la fecha de efectividad del cambio, Auxilio Platino notificará, o bajo su responsabilidad hará las gestiones para que algún tercero notifique dicho cambio a los siguientes: a. Todas las personas cubiertas o suscriptores y b. a las farmacias participantes solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. En este caso, Auxilio Platino deberá dar notificación con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión Algunos medicamentos recetados requieren pre-certificación (ver el formulario de medicamentos identificado con la leyenda PA).	
Formulario	Este contrato tendrá un Formulario que contiene una lista específica de medicamentos cubiertos y que será entregada al suscriptor y estará disponible en el portal www.mibeneficiodefarmacia.com o estará disponible por teléfono Centro de llamadas de Servicio al Cliente de Plan Médico Auxilio Platino al 1-888-787-0099 o al 787-756-5971.
Regla de Despacho de Medicamento	El beneficio de medicamentos recetados de este contrato requiere que el suscriptor reciba los medicamentos genéricos/bioequivalentes como primera opción. Si el medicamento no tiene genérico/bioequivalente, al suscriptor se le despachará el de marca y pagará el copago o coaseguro del medicamento de marca correspondiente. Si el Médico y/ o suscriptor solicita una receta de marca existiendo un genéricos/bioequivalente disponible, el suscriptordebe asumir la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genéricos/bioequivalente más el copago o coaseguro de marca correspondiente.
Terapia Escalonada (Step Therapy)	Plan Médico Auxilio Platino se reserva el derecho de aplicar el beneficio de terapia escalonada para algunos medicamentos, debidamente identificados en su formulario de medicamentos. Este programa requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Se consideran medicamentos de primera línea, aquellas

	opciones de tratamiento que están respaldadas por guías clínicas nacionales y estándares de la práctica médica como alternativas para utilizarse en la terapia inicial. Los medicamentos de segunda línea son opciones de tratamiento, al igual que los de primera línea, pero las guías nacionales y estándares de la práctica los ubican como alternativas para utilizarse luego de haber utilizado los medicamentos de primera línea.
Red de Farmacia Preferida	Red de farmacias contratadas para proveer el beneficio de farmacia de este contrato.
Programa de Medicamentos por Correo	Es un programa voluntario que permite al suscriptor recibir los medicamentos de mantenimiento por el sistema de correo regular permitiendo un suministro de hasta 90 días. Los medicamentos que se despachan por este programa son específicamente aquellos medicamentos para el tratamiento de condiciones crónicas a largo plazo tales como: medicamentos para la diabetes, medicamentos para controlar la alta presión, medicamentos para los desórdenes de la tiroides, medicamentos para arritmias cardíacas entre otros. Este programa no contempla la cubierta de medicamentos especializados**.** Pasos a seguir: • Pida a su médico que escriba la receta para el máximo de días de suplido permitido por su plan (habitualmente 90 días de suplido más tres repeticiones para completar un año de suplido). • Escriba el nombre, la fecha de nacimiento y el número de identificación del paciente al dorso de cada receta original. • Complete el formulario de pedido y la sección de perfil del paciente. • Envíe por correo postal el formulario junto con las recetas originales y la información de pago a: PharmPix PO Box 90369 Lakeland, FL 33804-0369 La mayoría de los pedidos se envían a través del Servicio Postal de EU con entrega a su domicilio, oficina o ubicación alternativa. Es posible que las sustancias controladas requieran la firma de un adulto al momento de recibirlas. El paquete no indica los medicamentos que incluye. La entrega de sus recetas se hará efectiva entre los 10 y 14 días. También el Plan tiene disponible opciones de envío urgente. Tenga en cuenta que esto sólo reduce el tiempo de tránsito

	y NO afecta el tiempo de procesamiento de la receta. Si no recibe su pedido en un término de 14 días, comuníquese con Servicio al Cliente. Para más información llame al: **PharmPix** 1-888-831-1325 TTY: 1-800-900-6570 o visite a: www.myWDRX.com
Suministros y Medicamentos Cubiertos:	
El beneficio de medicinas tiene los siguientes límites por despacho:	
Medicamentos Agudos	15 días; 0 repeticiones
Medicamentos de Mantenimiento despachados en una farmacia al detal	Un despacho inicial de treinta (30) días y cinco (5) repeticiones, con suplido de treinta (30) días cada repetición, para un total de ciento ochenta (180) días de suplido por receta. Cuando el historial de la persona cubierta así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente y a discreción del proveedor de servicios de salud. El proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de 180 días sujeto a las limitaciones de la cubierta.
Medicamentos Especializados	Despacho solamente en farmacias participantes en Programas de Medicamentos Especializados

Los medicamentos cubiertos bajo este contrato son:	
Medicamentos Genéricos / Bioequivalentes	Sujeto a la lista de medicamentos de genéricos/bioequivalentes como primera opción. Algunas medicamentos requieren pre- recertificación. Las terapias escalonadas aplican para algunos medicamentos según se especifican en el formulario de medicamentos
Medicamentos de Marca Preferida	Sujeto a la lista de medicamentos de genéricos/bioequivalentes como primera opción. Algunos medicamentos requieren pre-recertificación. Las terapias escalonadas aplican para algunos medicamentos según se especifican en el formulario de medicamentos
Medicamentos de Marca no Preferida	Sujeto a la lista de medicamentos de genéricos/bioequivalentes como primera opción. Algunos medicamentos requieren pre-recertificación. Las terapias escalonadas aplican para algunos medicamentos según se especifican en el formulario de medicamentos.
Medicamentos Especializados	Hay ciertos medicamentos bajo esta clasificación cubiertos bajo el beneficio médico para ciertas condiciones, ejemplo: quimioterapia inyectable, inmunoglobulina, renal, entre otros. Sujeto a la lista se medicamentos genéricos/bioequivalentes como primera opción. Algunos medicamentos requieren precertificación. Las terapias escalonadas aplican para algunos medicamentos según se especifican en el formulario de medicamentos
Medicamentos cubiertos sin leyenda federal	
Insulina	Insulina y jeringuillas para la administración de insulina

Programa de Medicamentos Especializados	

El Programa de Medicamentos Especializados es uno coordinado a través del Servicio de Farmacia Especializada a través de nuestro Pharmacy Benefit Mananger (PMB) o en español el Manejador de los Beneficios de Farmacia contratado por Auxilio Platino. El Servicio de Farmacia Especializada se refiere a una farmacia de comunidad que se especializa en proveer un sistema coordinado y dinámico de productos y cuidado farmacológico donde los pacientes con condiciones médicas crónicas o complejas también reciben servicios relacionados al manejo, cumplimiento o a la administración de sus terapias. Este programa está enfocado en el manejo de medicamentos especializados utilizados para condiciones crónicas y que requieren precauciones especiales para ser administradas.

El Programa provee para que usted pueda recibir un despacho inicial de 30 días por receta del medicamento especializado, en cualquier farmacia contratada dentro de la red de farmacias de Plan Médico Auxilio Platino Los suplidos sub-siguientes de medicamentos especializados, serán despachados únicamente en Farmacias Especializadas a través de nuestro PBMP, según indica en el párrafo anterior.

Para lograr un mejor servicio al suscriptor, es necesario que todo medicamento especializado sea pre certificado. En aquellos casos en que se prescriba un medicamento especializado por primera vez, el suscriptor podrá ir a una farmacia de la Red de Farmacias Contratadas, aunque no sea participante del Programa de Medicamentos Especializados de Auxilio Platino, Inc. y ésta gestionará con Auxilio Platino la pre-certificación requerida para el despacho inicial de estos medicamentos especializados. Para los despachos subsiguientes, y de haber expirado esa certificación, el médico enviará una receta al Servicio de Farmacia Especializada a través de nuestro PBMP para que ésta gestione con Auxilio Platino, una pre certificación nueva. Está cubierta no cubrirá los medicamentos especializados que no hayan sido pre-certificados.

De requerir información adicional o presentarse alguna situación especial o de emergencia, le exhortamos a que se comunique con los representantes del Programa al número telefónico libre de cargos 787-522-1598. Los medicamentos especializados no son considerados despachos de emergencia pero en caso de surgir una emergencia, los mismos serán atendidos dentro de las primeras 24 a 72 horas.

Requisitos y Procedimiento de Excepción Médica para Medicamentos Recetados
Auxilio Platino, establece y mantiene un procedimiento para solicitar excepciones de medicamentos que permita que el suscriptor, o su representante personal, solicite la aprobación de: 1. Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario; 2. Cubierta continuada de determinado medicamento de receta que Auxilio Platino Inc. descontinúe del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del Mercado; o 3. Una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada. El suscriptor, o su representante personal, solamente podrá hacer una solicitud conforme a esta sección , la cual deberá constar por escrito, si la persona que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o suscriptor porque: 1. No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica del suscriptor; 2. El medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada: a. Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad, o a base de la evidencia clínica, científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente; o b. Ha causado o, según la evidencia clínica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño al suscriptor; o c. El suscriptor ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada. 3. La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o, a base de la evidencia clínica, científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente. Auxilio Platino podrá requerir que la persona cubierta o suscriptor, o su representante personal, provean una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación. Auxilio Platino sólo podrá requerir que dicha certificación incluya la siguiente información: 1. Nombre, número de grupo o contrato, número de suscriptor, historial del paciente, diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica, razón por la cual: a. El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular; b. El medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada; o c. La dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción se relaciona con una limitación de dosis; 2. Razón por la cual el medicamento recetado objeto de la solicitud de excepción médica se necesita para el paciente o, si la solicitud se relaciona con una limitación de dosis, la razón por la que se requiere la excepción a la limitación de dosis para ese paciente en particular. Al recibo de una solicitud de excepción médica, Auxilio Platino se asegurará de que la solicitud sea revisada por

profesionales de la salud expertos en revisión de medicamentos, quienes al hacer su determinación sobre la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables al suscriptor para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

- Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y
- Si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica de Plan Médico Auxilio Platino u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de farmacia.

Los profesionales de la salud designados por Auxilio Platino para revisar las solicitudes de excepción, se asegurarán que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en Plan Médico Auxilio Platino de la persona cubierta o suscriptor. Los profesionales de salud designados para revisar las solicitudes de excepción deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe debidamente y en el mismo se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron tal determinación.

El procedimiento de solicitud de excepciones médicas que requerirá que Auxilio Platino tome la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha determinación al suscriptor, o a su representante personal, con la premura que requiera la condición médica del suscriptor, pero en ningún caso a más de setenta y dos (72) horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha del recibo de la certificación, en el caso que Platino solicite la misma, cual fuere posterior de las fechas. Para medicamentos controlados este término no deberá exceder las treinta y seis (36) horas.

Si Auxilio Platino no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica antes del periodo mencionado, :

- El suscriptor tendrá derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud por treinta (30) días, en el caso de medicamentos controlados este periodo no excederá las treinta y seis (36) horas; y según el suministro sea solicitado prescrito, o en caso de terapia escalonada, por los términos que disponga la cubierta.
- Auxilio Platino tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de la persona cubierta termine de consumir el medicamento suministrado.
- Si Auxilio Platino no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona cubierta termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento al suscriptor y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

Si se aprueba una solicitud de excepción de medicamento hecha conforme a este proceso, Auxilio Platino, cubrirá el medicamento recetado objeto de la solicitud y no requerirá que el suscriptor solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos de receta de Auxilio Platino, Inc., siempre y cuando:

- La persona que le expidió la receta al suscriptor siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad; y
- se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el tratamiento de la enfermedad del suscriptor.
- Auxilio Platino no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de excepción.

- Toda denegación de una solicitud de excepción de medicamento hecha por Auxilio Platino:
  - Se notificará a la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona cubierta o suscriptor ha acordado recibir la información por esa vía;
  - Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito;

Se podrá apelar mediante la presentación de una queja o querella según el procedimiento descrito en la parte VI Procedimientos Administrativo de Querellas y Apelaciones de esta cubierta.

La denegación expresará de una manera comprensible al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal:

- Las razones específicas de la denegación;
- Referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud;
- Instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación; y
- Una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querella para apelar la denegación, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

7. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, HABILITACIÓN Y EQUIPO MÉDICO DURADERO	
Terapia Física Ambulatoria Habilitativas y Rehabilitativas	20 terapias físicas o manipulaciones cubiertas bajo un límite combinado por año contrato por persona cubierta, excepto por aquellos cubiertos por el beneficio de cuidado de salud en el hogar. El suscriptor pagará el copago o coaseguro que aplique para el servicio de terapia física dependiendo el nivel de cubierta. Los servicios no cubiertos incluyen terapias ocupacionales, del habla y lenguaje, prótesis e implantes y dispositivos ortóticos (“orthotic”) ni de rehabilitación cardiaca.
Manipulaciones de Quiropráctico	20 terapias físicas o manipulaciones cubiertas bajo un límite combinado por año por persona cubierta. El suscriptor pagará el copago o coaseguro que aplique para este servicio dependiendo el nivel de cubierta.

Equipo Médico Duradero	Cubierto con una precertificación de plan de alquiler o compra de oxígeno y el equipo necesario para su administración / silla de ruedas / cama de hospital. Los respiradores mecánicos y ventiladores están cubiertos sin límites, como lo exige la Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015 a los pacientes menores de 21 años de edad y aquellos que han comenzado el tratamiento como menores y cumplen 21 años y que recibieron servicios médicos o reciben cuidado en el hogar continuará recibiendo estos servicios después de los 21 años de edad. La cubierta también incluye los siguientes beneficios: equipo tecnológico necesario para que la persona cubierta pueda permanecer viva; Al menos un turno diario de (8) horas de servicios de enfermería especializada con experiencia en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con experiencia en enfermería; suplido que incluya el manejo del equipo tecnológico; terapia física y ocupacional. El suscriptor pagará el copago o coaseguro que aplique para este servicio dependiendo el nivel de cubierta.

Servicios de Equipo Tecnológicos	. La cubierta comprenderá de los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para personas cubiertas menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por la persona cubierta, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico (bajo el beneficio de farmacia). La cubierta dispondrá para que cada persona cubierta tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad y condición física. Estos servicios estarán cubiertos, sujeto a que la persona cubierta, o su representante, presenten evidencia de justificación médica y de la suscripción de la persona cubierta en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para este propósito. También incluye suministros necesarios para el manejo de los equipos tecnológicos del Ventilador Mecánico. Los servicios de ventilador mecánico y servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimiento de enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional estarán cubiertos al 100%. El suscriptor pagará el copago o coaseguro que aplique para este servicio dependiendo el nivel de cubierta.

Cuidado de Salud en el Hogar	Los cargos hechos por una institución certificada de Cuidado de Salud en el Hogar estarán cubiertos si dicho cuidado está prescrito por un médico, como sigue: • Continuidad del tratamiento por las mismas causas que estén relacionadas a la condición o diagnóstico de ingreso que provocaron la estadía en un Hospital; o • Como alternativa de una hospitalización. • Se cubrirán estos servicios si comienzan dentro de los catorce (14) días siguientes a la fecha en que el paciente fue dado de alta después de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma condición de salud o alguna situación relacionada a la condición de salud por la cual fue hospitalizada. Los cargos elegibles por el Cuidado de Salud en el Hogar estarán cubiertos hasta cuarenta (40) visitas por año contrato por suscriptor: • Cuidado de Enfermera Graduada (R.N.), Enfermera Práctica Autorizada (L.P.N.) o Enfermera Vocacional Autorizada (L.V.N.); según el caso y la disposición de Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino al evaluar; • Máximo de terapia del habla rehabilitativa, terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia de rehabilitación ofrecidas por un terapista autorizado por el Estado para brindar estos servicios cubiertos de acuerdo a la necesidad médica y requieren pre certificación de Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino, • Equipo tecnológico por prescripción médica cuyo uso sea necesario para que el suscriptor pueda mantenerse con vida en conformidad con la Ley Núm. 125 de 21 de septiembre de 2007. Todos estos servicios deberán ser coordinados y pre certificados a través de Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino. El suscriptor pagará el copago o coaseguro que aplique para este servicio dependiendo el nivel de cubierta.

8. SERVICIOS DE LABORATORIO, RAYOS X Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Plan Médico Auxilio Platino pagará la cantidad negociada y contratada en la Red de Proveedores de Plan Médico Auxilio Platino para la producción e interpretación de procedimientos de Laboratorio y Rayos X. Si un suscriptor incurre en gastos por pruebas de laboratorio o exámenes de Rayos X que sean:

- Ordenados por un Médico;
- Necesarios para el diagnóstico de alguna enfermedad o lesión;
- Médicamente necesarios; y
- Practicados por un laboratorio o radiólogo

Laboratorios	Cubierto con coaseguro de laboratorio.
Rayos X	Cubierto con coaseguro de rayos x.
Medicina Nuclear	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x.
Pet Scan/PET CT	Cubierto uno (1) por año contrato por suscriptor. Requiere pre certificación de Plan Médico Auxilio Platino. El suscriptor pagará el copago o coaseguros que aplique a este servicio.
Polisomnografía (Estudio del Sueño)	Cubierto un (1) servicio de por vida por suscriptor. Aplica coaseguro de rayos x. Requiere pre certificación de Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino. El suscriptor pagará el copago o coaseguro que aplique para este servicio.
Timpanometría	Uno (1) por año contrato por suscriptor
CT Scan	Cubierto uno (1) por región anatómica por año contrato por suscriptor. Aplica coaseguro de rayos x. Requiere pre certificación por Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino
Prueba de Velocidad de Conducción Nerviosa	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Ecocardiograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Electrocardiograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Electroencefalograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Angiografía	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Holter	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Estudios Cerebrovasculares Periferales No Invasivos	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Mielografías	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
MRA	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x. Requiere pre certificación por Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino
MRI	Cubierto uno (1) por región anatómica por año contrato por suscriptor. Aplica coaseguro de rayos x. Requiere pre certificación por Asuntos Clínicos de Auxilio Platino
Sonogramas	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
SPECT	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Prueba de esfuerzo (Stress Test)	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Prueba de esfuerzo (Stress Test) con Sesta Mibi, Persantine o Talio	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Pruebas de Alergia	Cincuenta (50) por año contrato por suscriptor. Requiere pre certificación por Asuntos Clínicos de Auxilio Platino Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x. Las vacunas no están cubiertas.

9. SERVICIOS PREVENTIVOS, BIENESTAR Y MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Auxilio Platino administra su cubierta de beneficios conforme al Patient Protection and Affordable Care Act (P.L. 111-148) y Health Care and Education Affordability Act of 2010 (P.L. 111-152) y sus reglamentos interpretativos.

Los servicios de medicina preventiva estarán cubiertos con $0.00 copago ó 0% coaseguro de acuerdo a la edad y género del suscriptor. Los servicios de cuidado preventivo a los que se aplican estas condiciones están definidos en el siguiente enlace:
https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/

Auxilio Platino cubrirá la evaluación y/o pruebas cuando son realizadas como parte de un servicio preventivo, de acuerdo a la edad y género del suscriptor.

Servicios de Medicina Preventiva

- Evaluación de un médico que sea apropiada para la edad y el género
- Consejería sobre la reducción de los Factores de Riesgo e interacción para cambios en la conducta

El servicio de medicina preventiva incluye el historial y los exámenes físicos de acuerdo a edad y género.
Para niños, los servicios de medicina preventiva normalmente incluyen las recomendaciones de la American Academy of Pediatrics dependiendo de la edad y el género:

- Historial
- Medidas
- Cernimiento Sensorial
- Evaluación del Desarrollo/Conducta
- Examen Físico
- Procedimientos específicos para pacientes con riesgo
- Guías Anticipatorias (como la consejería nutricional)
- Referidos Dentales

Para los niños, el Plan Médico permite al padre o tutor del menor a seleccionar un pediatra como su médico primario, siempre y cuando éste participe de la Red de Proveedores del Plan, de acuerdo a la Ley 161 del 1^{ero} de noviembre de 2010.

Auxilio Platino no rechazará o denegará cualquier tratamiento acordado y/o incluido como parte de los términos y condiciones de este contrato firmado por las partes, cuando se requiera una recomendación médica para estos propósitos. Plan Médico Auxilio Platino no rechazará o denegará tratamientos, tales como, hospitalización, diagnóstico y medicación a cualquier paciente de cáncer. En relación a sobrevivientes de cáncer, el Plan Médico Auxilio Platino no denegará cubierta para el tratamiento y monitoreo frecuente y permanente de salud física y bienestar emocional de la persona cubierta.
Auxilio Platino proveerá cubierta para el pago de cernimiento y pruebas de cáncer de seno , tales como, visitas a especialistas, exámenes clínicos de senos, mamogramas, mamogramas digitales, mamografías de resonancia magnética, y ultrasonido de senos y tratamientos, incluyendo, pero no limitado a, mastectomía, cirugía reconstructiva del otro seno para alcanzar simetría, prótesis de senos, tratamiento para complicaciones físicas en todos las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedema (hinchazón que acurre a veces después de un tratamiento de cáncer), cualquier cirugía reconstructiva después de una mastectomía que pueda necesitarse para la recuperación física y emocional del paciente.

Para los adultos, el médico determinará la evaluación adecuada, incluyendo como mínimo:

Servicio Preventivo Adultos	Indicación
• Cernimiento para la aneurisma abdominal aórtica (AAA)	• Un servicio de cernimiento para AAA por ultrasonografía en hombres de 65 a 75 años de edad que sean fumadores o hayan sido fumadores en algún momento.
• Cernimiento de Diabetes Tipo II	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda cernimiento de nivel de azucar en la sangre como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos en edad entre 40 y 70 años cuales son obesos o tienen sobrepeso. Los clínicos deben ofrecer o referir los pacientes con niveles anormales de glucosa en la sangre para unas intervenciones de consejería intensiva de comportamiento para promover una dieta saludable y la actividad física. • El cernimiento para diabetes tipo II en adultos asintomáticos con una presión sanguínea sostenida mayor que 135/80mm Hg. •
• Abuso del Alcohol	• Cernimiento y consejería sobre abuso de alcohol. El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda el cernimiento clínico de adultos de edad de 18 años o más por abuso de alcohol y provee a personas comprometidas con bebidas peligrosas o riesgosas una consejería de comportamiento intervencional para reducir el abuso de alcohol.
• Consejería sobre uso de Aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorectal	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda comenzar el uso de aspirinas en una dosis menor para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colonorectal en adultos de 50 a 59 años que tiene un 10% o más de 10 años de riesgo cardiovascular, no ha aumentado el riesgo de sangrado, tiene una expectativa de vida de al menos 10 años, y están dispuestos a tomar aspirinas en dosis menores diariamente por al menos 10 años.
• Cernimiento de Cáncer Colorectal	• Hombres y mujeres de 50 años de edad en adelante. Hay diferentes pruebas de cernimiento de cáncer colorectal, algunas se realizan cada 1-2 años y otras cada 5-10 años; consulte con su médico cual es la prueba apropiada para usted. Las pruebas cubiertas son aquellas que se realizan mediante pruebas de sangre oculta en heces fecales, sigmoidoscopía, o colonoscopía. Todas las pruebas de cernimiento de cáncer colorectal según establecidas en las regulaciones están cubiertas sin copago.
• Cernimiento de depresión	• La USPSTF recomienda un cernimiento de depresión en la población general de adultos, incluyendo mujeres embarazadas y post parto. El cernimiento debe ser implantado con sistema adeucado para asegurar el diagnóstico, tratamiento efectivo y seguimiento apropiado.

• Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	• El USPSTF recomienda ejercicio físico o terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años o más que viven en la comunidad y que corren mayor riesgo de caídas
• Prevención de caídas y recomendación del uso de vitamina D	• Cernimiento para adultos para ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas. Se recomienda el uso de vitamina D como suplemento para prevenir el riesgo de caídas.
• • Consejeria de dieta saludable y actividad física para prevenir condiciones cardiovasculares: adultos con factores de riesgo cardiovasculares	• Consejeria de dieta saludable y actividad física para prevenir condiciones cardiovasculares: adultos con factores de riesgo cardiovasculares. El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda ofrecer o referir los adultos que están sobrepeso u obesos y que tienen factores de riesgo de condiciones cardiovasculares adicionales a una consejería intervencional intensiva de conducta para promover una dieta saludable y la actividad física para la prevención de condiciones vasculares adicionales.
• Virus de la Hepatitis B	• Cernimiento – Adultos con alto riesgo de infección.
• Virus de la Hepatitis C	• Cernimiento – Adultos con alto riesgo de infección de Hepatitis C (HVC). Recomendado para adultos nacidos entre 1945 y 1965.
• Cernimiento de hipertensión (HBP) _- Alta presión sanguínea	• Hombres y mujeres de 18 años en adelante; por lo menos cada 2 años; debe ser más frecuente si tiene 40 años o más. La USPSTF recomienda obtener medidas fuera del ambiente clínico o de cuidado del paciente para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
• Cernimiento de VIH: adultos y adolescentes no embarazadas	• Cernimiento clínicos por la infección de VIH en adolescentes, adultos entre las edades de 15 a 65 años. Adolescentes menores y adultos mayores quienes el riesgo aumenta también deben ser evaluados. Según requerido por la Ley 45 de 2016, ésta cubierta incluye una prueba de VIH como parte de los exámenes de rutina de una evaluación médica, excepto en las mujeres embarazadas que aplica lo requerido por la USPSTF: Una primera prueba de HIV durante el primer trimestre del embarazo en su primera visita prenatal y una segunda prueba durante el tercer trimestre del embarazo entre la semana 24 y 28 de gestación.

Inmunizacion para Adultos	Inmunización para adultos: • Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap) • Human Papillomavirus (HPV), según la Ley 255 del 15 de septiembre de 2012. • Varicela • Zoster Herpes • Sarampión, Papera y Rubeola (MMR) • Influenza • Neumococo • Hepatitis A • Hepatitis B • Meningococo- vacuna MCV4 • Pneumococcal • Actualización ("Catch Up" también se incluyen)
• Cernimiento Cáncer de pulmón	• Cernimiento anual de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja en adultos de 55 a 80 años de edad que tengan historial de fumar por 30 años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los pasado 15 años. Se descontinuará el cernimiento una vez la persona ha dejado de fumar por 15 años consecutivos o han desarrollado problemas de salud que limitan sustancialmente su expectativa, habilidad o probabilidad de tener una cirugía curativa de pulmón.
• Obesidad	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda un cernimiento a todo adulto de obesidad. Los Clínicos deben ofrecer o referir a los pacientes con un índice de masa corporal de 30kg/m2 o más a una intervención intensiva conductual multicomponente. •
• Enfermedades de Transmisión Sexual (STI por sus siglas en inglés)	• El US Preventive Service Task Force (USPSTF) recomienda consejería conductual de alta intensidad para prevenir las infecciones transmitidas sexualmente a todo adulto y adolescente sexualmente activo a riesgo de una infección de transmisión sexual (STI por sus siglas en inglés)..
Cancer de Piel: Consejería	• La USPSTF recomienda consejería para niños, adolescentes y jóvenes adultos entre las edades de 10 a 24 años con piel blanca ("fair skin" en inglés) para minimizar la exposición a la radiación ultravioleta y de esta manera reducir el riesgo de cáncer de piel.
• Uso de Estatinas en dosis baja a moderada para prevenir evento de enfermedad cardiovascular en adultos sin historial de enfermedad cardiovascular con factores de riesgo.	• Para adultos con los siguientes factores de riesgos; • Adultos entre los 40 a los 75 años • Uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ejemplo, dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumador) y • Tienen un riesgo calculado de 10 años de un evento

	cardiovascular de 10% o más. • La identificación de la dislipidemia y el cálculo del riesgo de evento de enfermedad cardiovascular a 10 años requiere la evaluación universal de los lípidos en adultos de 40 a 75 años. •
• Sífilis	• La USPSTF recomienda el Cernimiento de la infección de sífilis en personas de alto riesgo de contraer la infección
• Medicación de Tabaco	• La USPSTF recomienda que todos los clínicos pregunten a todos los adultos sobre el uso del tabaco, los aconsejen para detener su uso y provean intervenciones conductuales. La US Food and Drug Administration (FDA) aprobó la fármaco terapia para el cese del uso de tabaco en adultos. • Para aquellos que usan productos para cesar el uso del tabaco, Auxilio Platino cubre el despacho de medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. • La recomendación no establece diferencia en los niveles(tier) de medicación para cesar de fumar. Sin embargo, el formulario incluye los medicamentos sin coaseguro sin importar el nivel (tier).
• Tuberculosis	• Cernimiento para tuberculosis en poblaciones con alto riesgo
Servicios Preventivos para Mujeres, incluyendo mujeres embarazadas:	
Servicio Preventivo	**Indicación**
• Bacteriuria (o infección en el tracto urinario)	• Cernimiento para identificar bacteriuria asintomática con cultivo de orina en mujeres embarazadas a las 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si ocurre más tarde.
• BRCA	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda que los proveedores de cuidado primario le realicen cernimiento a las mujeres que han tenido familiares con: cáncer de seno, ovarios, trompas, peritoneal, con una o varias herramientas para realizar cernimiento diseñadas para identificar el historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales en los genes de susceptibilidad al cáncer de mama. (BRCA1 o BRCA2). Mujeres con cernimiento positivo deben recibir una consejería genética y, si es indicado después de la consejería, una prueba de BRCA.

• Mamografía de Cernimiento de Cáncer de Seno	• Cernimiento de mamografía para mujeres, con o sin examen de seno, cada dos (2) años para mujeres de 40 años o mas. La USPSTF recomienda una mamografía bienal para mujeres entre 50 y 74 años.
• Medicamentos preventivos para el cáncer de Seno.	• Consejería mujeres de alto riesgo. La USPSTF recomienda que los médicos estén comprometidos en compartir, decisiones informadas a mujeres que están en alto riesgo de cáncer de seno, sobre los medicamentos que reducen su riesgo. Las mujeres que están aumentando el riesgo de cáncer de seno y, aun bajo riesgo de efectos adversos de medicamentos, los médicos deben de ofrecer una receta de medicamentos que reducen el riesgo de cáncer de seno, tales como: tamoxifen o raloxifene.
• Lactancia	• Apoyo y consejería a través de un proveedor adiestrado en lactancia (pediatra, ginecólogo/obstetra, médico de familia) durante el embarazo y/o en el periodo post parto; El equipo de lactancia está cubierta con orden médica luego del tercer trimestre de embarazo y hasta el primer año luego del parto. Suplidos adicionales para máquina de lactancia están cubiertos y equipo disponible a través de proveedores contratados. El suplido ni los equipos para lactancia no serán provistos a través de reembolso.
• Cernimiento de Cáncer Cervical	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda el cernimiento de cáncer cervical en la mujeres entre las edades de 21 a 65 años con citología(Papanicolaou) cada 3 años o, para mujeres entre las edades de 30 a 65 la cuales desean alargar el intervalo del cernimiento. Cernimiento con una combinación de citología y prueba de papiloma humano cada 5 años. Esta cubierta incluye el examen pélvico y toda clase de citología vaginal que pueda ser requerida por un médico para detectar, diagnosticar y tratar las etapas tempranas de la anormalidades que puedan causar Cáncer Cervical.
• Cernimiento de Clamidia y Gonorrea	• USPSTF recomienda el cernimiento de Clamidia y Gonorrea en mujeres activas sexualmente en mujeres de 24 años o menores y en mujeres mayores quienes están en un alto riesgo de contraer la infección.
• Métodos Anticonceptivos aprobados por la FDA.	• Incluye todos los métodos anticonceptivos, aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), procedimientos de esterilización, la colocación, remoción o administración de métodos anticonceptivos, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según prescrito por el médico. Para estos medicamentos se aplicará cero ($0) dólares de copago o cero (0%) por ciento de coaseguro. Los métodos anticonceptivos no pueden proveerse bajo reembolso. Los métodos anticonceptivos cubiertos se encuentran en el Formulario de Medicamentos.

• Suplementos de ácido fólico	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda que todas las mujeres que estén planificando o que esten hábiles para quedar embarazadas tomen un suplemento diario que contenga de 0.4 a 0.8 mg (400 a 800 pg)
• Pruebas de Cernimiento de diabetes gestacional	• Cernimiento de diabetes melitus gestacional en mujeres embarazadas asintomáticas con alto riesgo de desarrollar diabetes melitus.
• Virus de la Hepatitis B	• Cernimieno para la infección del virus de la Hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.
• Consejería y cernimiento de detección para la infección del Virus de Inmuno Deficiencia (VIH)	• Los clínicos deberán realizar cernimiento a todas las mujeres embarazadas el cernimiento de VIH incluyendo aquellas que estén en trabajo de parto que no han sido objeto de prueba y las cuales su estatus de VIH es desconocido. Con relación a las mujeres embarazadas todas las Organizaciones de Servicios de Salud están obligadas a cubrir y no imponer requisitos de copagos respecto con las siguientes pruebas incluidas en las recomendaciones mas recientes del US Preventive Services Task Force (USPSTF). Una primera prueba de VIH durante el primer trimestre del embarazo en la primera visita prenatal, y 2. Una segunda prueba durante el tercer trimestre del embarazo (entre las 28 y 34 semanas de gestación).
• Prueba de alto riesgo del Virus del Papiloma Humano (Human Papilloma) (Prueba de DNA)	• Aplica a mujeres con resultados normales de citología. Esta prueba de cernimiento debe realizarse a partir de los 30 años de edad, con una frecuencia de cada tres años.
• Cernimiento y consejería para la violencia doméstica e interpersonal	• Detectar la violencia de pareja y proveer o referir o las mujeres que arrojen positivo al cernimiento a los servicios de intervención.
• Aspirina para la prevención de preclamsia en mujeres embarazadas	• El USPSTF recomienda el uso de aspirina en dosis bajas (81 mg / d) como medicamento preventivo después de (12) semanas de gestación en mujeres con alto riesgo de preeclampsia.
• Osteoporosis	• Cernimiento, prueba de densitomería ósea para mujeres de 65 años o más de edad y en mujeres menores de 65 años cuyo factor de riesgo de fractura es igual o mayor al de una mujer de 65 años que no tiene riesgos adicionales.
• Cernimiento de Preclamsia	• La USPSTF recomienda cernimiento de preclamsia en mujeres embarazadas con alta presión durante el embarazo.
• Clasificación de Grupo Sanguíneo - Factor Rh(D)	• La USPSTF altamentamente recomienda la prueba de tipo de sangre Rh (D) y pruebas de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita de cuidado prenatal. Además el US Preventive Services Task Force

	(USPSTF) recomienda la repetición de las pruebas anticuerpos Rh(D) para todas mujeres Rh(D) negativo no sensibilizadas en las 24 a 28 semanas de gestación a menos que se conozca que el padre biológico es RH(D) negativo.
• Sífilis	• La USPSTF recomienda que los clínicos realicen cernimiento de infección de sífilis a todas la mujeres embarazadas.
• Uso de Tabaco	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda que los clínicos pregunten a todas las mujeres embarazadas sobre el uso de Tabaco, le aconsejen detener el uso del Tabaco y provean intervenciones conductuales para el cese en mujer embarazadas.
• Visitas Preventivas de Mujeres	• Visitas preventivas de mujeres anualmente (dependiendo de la salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo) o para que las mujeres adultas obtengan servicios preventivos recomendados que sean apropiadamente desarrollados para su edad, incluyendo cuidado de preconcepción y otros servicios necesarios para el cuidado prenatal. Estas visitas deben, cuando sea apropiado, incluir otros servicios preventivos enumerados. Si el Clínico determina que un paciente requiere visitas adicionales, las mismas deben ser provistas sin copagos.
Servicios Preventivos para niños:	
Servicio Preventivo	**Indicación**
• Maluso de alcohol y drogas	• Cernimiento y Consejería. El USPSTF recomienda que todos los clínicos realicen pruebas a los jóvenes de 18 años o mas sobre el mal uso del alchol y drogas y proveer a las personas con alto riesgo de uso desmedido o peligroso de alcohol con intervenciones de consejerías conductuales para reducir el maluso del acohol.
• Suplementos de Hierro	• Para niños en edades de 6 a 12 meses a riesgo de anemia
• Autismo	• Cernimiento para niños entre 12 y 36 meses; conforme a la Ley 220 del 4 de septiembre de 2012. Esto incluirá, pero no se limitará a, genética, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición ; terapia del habla y lenguaje y terapias sicológicas, ocupacional y física e incluirá las visitas médicas y las pruebas referidas medicamente.
• Evaluación de Salud Conductual	• Niños de todas las edades, 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 11-14 años 15 a 17 años
• Displacia Cervical	• Cernimiento para niñas sexualmente activas
• Prevención de caries dental: infantes y niños hasta la edad de 5 años	• La USPSTF recomienda que los clínicos de cuidado primario ordenen suplementos de floruro oral comenzando a la edad de 6 meses para aquellos niños en los cuales el suplido de

	agua tiene deficiencia en floruro. La USPSTF recomienda que los clínicos de cuidado primario apliquen floruro a los dientes primarios de todos los bebes y niños comenzando en la edad donde comienzan a nacer los dientes.
• Depresión	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda un cernimiento a adolescentes de las edades de 12 a 18 años, para desorden depresivo mayor cuando existe una estructura que ayude a establecer un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
• Cernimiento de desarrollo	• Cernimiento para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
• Dislipidemia	• Cernimiento para niños a riesgo de desórdenes de lípidos Edades: 1-4 años, 5 -10 años, 11-14 años, 15 – 17 años
• Cernimiento Auditivo	• Evaluación para pérdida de audición de todos los infantes recién nacidos. •
• Cernimiento de crecimiento de estatura, peso y masa de índice corporal	• Cernimiento para los niños. Edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5 – 10 años, 11-14 años y de 15 – 17 años
• Cernimiento de Hepatitis B en adolescentes y mujeres adultas no embarazadas	• La USPSTF recomienda el cernimiento para la infección del virus de Hepatis B (HBV) en personas que tengan un alto riesgo de contraer la infección.
• Cernimiento de presión sanguínea	• Cernimiento recomendado para jóvenes de 18 años en adelante
• HIV	• Cernimiento clínico para infección de HIV en adolescentes y adultos entre las edades de 15 a 65 años. Jóvenes y adultos mayores quienes están en alto riesgo se les debe de realizar también el cernimiento. Según requerido Ley 45 de 2016 una prueba de HIV al año debe ser incluida como partes de las pruebas rutinarias de cualquier evaluación médica, excepto para las mujeres embarazadas a las cuales les aplica los requerimientos del USPSTF: Una primera prueba de HIV durante el primer trimestre del embarazo en su primera visita prenatal y una segunda prueba durante el tercer trimestre del embarazo entre la semana 24 y 28 de gestación.
• Hipotiroidismo Congénito	• Cernimiento para recién nacidos

Inmunización •	• Vacunas para niños desde le nacimiento hasta la edad de 21 años, dosis, edades recomendadas y varia de acuerdo a la población: • Hepatitis (Hep B) • Difteria, Tétano y Pertusis (Tos Ferina) (DTaP) • Rotavirus • Inactivated Poliovirus (IPV) • Hemophilus Influenzae, Tipo B (Hib) • Sarampión (mumps), Papera (measles) y Rubeola (Rubella)(MMR) • Varicella (Var) • Hepatitis A (Hep A) • Meningococcal (MCV) and (MPS) • Influenza (Flu Shot) • Human Papillomavirus (HPV) • Pneumococcal Actualización ("Catch Up" también se incluyen) La vacunación HPB comienza a la edad de los 9 años para los niños y jóvenes con historial de abuso sexual o violación quienes no han comenzado o completado la serie de 3 dósis. (Recomendación de ACIP)
• Cernimiento de Plomo	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda evaluar los niveles elevados de plomo en la sangre en niños en edades entre 1 a 5 años quienes estén en un alto o mediano riesgo y las mujeres embarazadas asintomáticas.
• Historial Médico	• Para todos niño durante el desarrollo ; edades 0- 11 meses, 1-4 años, 5 – 10 años
• Obesidad	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda que los clínicos evaluen los niños de 6 años o más por obesidad y le ofrezcan o refieran para una intervención intensiva comprensiva conductual para promover el mejoramiento del estatus de peso.
• Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum: Prventive Medication	• La USPSTF recomienda como prevención la medicación de Profilactic Ocular Topical para todos los recién nacidos para la prevención de Gonoccocal Ophthalmia Neonatorum (gonorrea).
• Suplementos Orales de Fluoruro	• Suplementos Orales de Fluoruro para Niños cuyo recurso de agua potable no tenga fluoruro.
• Phenylketonuria (PKU)	• Cernimiento en recién nacidos para desordenes genéticos • "Phenylalanine Free Amino Acids Preparation" para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), independientemente de la edad del paciente, de acuerdo a la Ley 139 del 8 de agosto de 2016

• Enfermedad de Transmisión sexual	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda la consejería altamente intensiva conductual para prevenir las infecciones de transmisión sexual en todos los adolescentes activos de alto riesgo.
• Hematocritos o Hemoglobina	• Cernimiento para niños
• Consejería conductual para Cáncer de Piel	• Consejería a jóvenes adultos entre 10 a 24 años para minimizar la exposición a radiación ultravioleta para reducir los riesgos de cáncer en piel
• Sífilis	• La USPSTF recomienda el cernimiento de infección de sífilis en personas que están en un alto riesgo de contraer la infección
• Intervenciones para el consumo de tabaco: niños y adolescentes	• El USPSTF recomienda que los médicos brinden intervenciones, incluyendo educación o consejería breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar
• Tabacco, Alcohol or Drug Use	• Cerminiento para niños entre las edades de 11 a 21 años.
• Tuberculina	• Prueba de tuberculina para niños a riesgos de tuberculosis. Edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5 – 10 años, 11-14 años 15 – 2 años.
• Servicios de visión cubiertos para menores de 21 años de edad.	• El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda al menos una (1) evaluación de visión para todos los niños entre las edades de 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía o sus factores de riesgo.

Glucómetro, lancetas y tirillas de acuerdo a la Ley 177 del 13 de agosto de 2016	
• Glucómetro, lancetas y tirillas de acuerdo a la Ley 177 del 13 de agosto de 2016	• Suministro de un monitor de glucosa cada 3 años y un mínimo de 150 tirillas y 150 lancetas mensuales para pacientes menores de 21 años diagnosticados con diabetes mellitus tipo I ordenado por un especialista en endocrinología pediátrica o endocrinología. El médico especialista en endocrinología también puede ordenar el uso del monitor de glucosa con sus adiciones en aquellos pacientes que presentan una predisposición clínica o un mayor número de factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo I. La cubierta también incluye la bomba portátil de infusión de insulina como terapia para pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus. • Si el endocrinólogo ordena un glucómetro en específico debido al tratamiento que utilice el paciente, el endocrinólogo someterá una justificación a tales propósitos. En dicho caso, Auxilio Platino cubrirá la marca del glucómetro ordenado por el endocrinólogo. Auxilio Platino será responsable de que los distribuidores de los glucómetros cumplan con estos requisitos. • En cuanto a la bomba de infusión de insulina, la selección de la marca de este dispositivo la determina el endocrinólogo basado en la edad del paciente, el grado de actividad física del paciente y el conocimiento del paciente y/o cuidadores, sobre la condición. Debido a que el endocrinólogo es el médico especialista con el conocimiento necesario para determinar qué tipo y/o marca de bomba de infusión de insulina su paciente requiere, Auxilio Platino cubrirá la bomba de insulina ordenada por el endocrinólogo.
Inmunizaciones Adicionales que requieren copagos o coaseguros	
• Virus Respiratorio Sincitial (RSV) (Conocida como la vacuna Synagis®)	Esta vacuna estará cubierta en las dosis conforme a la Ley Núm. 165 del 30 de agosto de 2006.Se le requiere a la persona que primero coordine este servicio con el Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino El suscriptor pagará la cantidad que corresponde a la vacuna y a la visita al médico por un servicio ambulatorio, de acuerdo a la **PARTE V – TABLA DE CANTIDAD MAXIMA A DESEMBOLSAR (MOOP), DEDUCIBLES,COPAGOS Y COASEGUROS** de éste contrato.

10. SERVICIOS PEDIÁTRICOS DE DENTAL Y VISIÓN.	
Dental Pediátrico	
Servicios dentales cubiertos para menores de 21 años de edad	Dos (2) exámenes dentales y limpiezas por año contrato (cada seis meses) por persona cubierta. Copago $0.00
	Radiografías de mordida y periapicales no más de un juego cada tres (3) años por contrato por persona cubierta. Copago $0.00.
	Tratamiento fluoruro cubiertos como un beneficio fundamental para los suscriptores menores de 21 años por contrato por persona cubierta. Copago $0.00
Visión Pediátrica	
Examen de la vista de rutina para niños	(1) Visita anual completada con FEDVIP.
Espejuelos para niños	▪ (1) par de espejuelos (lentes y monturas por año, por miembro hasta la edad de 21 años), complementados con FEDVIP. Cubierta de baja visión. Incluyendo espejuelos de alta potencia para las personas cubiertas con pérdida significativa de la visión, pero no están totalmente ciegos. También, cubre un artículo por año por miembro, ayudas visuales (lentes con receta médica, lentes simples o doble) a la persona cubierta con la pérdida significativa de la visión, pero no están totalmente ciego. Los servicios relacionados con espejuelos no se pueden proporcionar a través de reembolso, descuentos o subsidio. El suscriptor pagará el exceso de $100.00 por año.

SECCIÓN 2: OTROS SERVICIOS CUBIERTOS **Algunos de estos servicios les aplican costo compartido según descrito en la PARTE V – TABLA DE CANTIDAD MAXIMA A DESEMBOLSAR (MOOP), DEDUCIBLES,COPAGOS Y COASEGUROS de este contrato.**	
Dental para Adultos	Para los adultos se cubrirá como servicios dentales por contrato por persona cubierta: • Visita a dentistas. • Dos (2) exámenes dentales y limpiezas por año contrato (cada seis meses) • Radiografías de Mordida y periapicales no más de un juego cada tres (3) años • Conducto radicular sólo para dientes anteriores y posteriores Aplica Copago de Diagnóstico y preventivo de la cubierta dental.
Anestesia general y servicios de hospitalización requeridos para determinados casos de acuerdo a la Ley 352 del 22 de diciembre de 1999	En cumplimiento con la ley 352 de 22 de diciembre de 1999, este contrato cubre la anestesia general y los servicios de hospitalización requeridos para determinados casos de procedimientos dentales cubiertos para infantes, menores de edad, adolescentes o personas con impedimentos físicos o mentales, según los criterios establecidos en esta ley. Aplican los copagos y coaseguros correspondientes, según su cubierta. Requiere precertificación. Toda compañía de servicios de salud que requiera al suscriptor una precertificación para proveer la cubierta de anestesia general y servicios de hospitalización, según lo determine un dentista pediátrico, cirujano oral o maxilofacial. Auxilio Platino deberá aprobar o denegar la misma dentro de dos (2) días contados a partir de la fecha en que el suscriptor someta todos los documentos requeridos por Auxilio Platino. Los documentos a ser requeridos serán: (a) el diagnóstico del paciente; (b) la condición médica del paciente, y (c) las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental.
Refracción para Adultos	Para los adultos se cubrirá como servicios esenciales: Un (1) examen de refracción por año contrato por persona cubierta
Mastectomía y Mamoplastía Reconstructiva	Auxilio Platino cubrirá los beneficios de servicios relacionados a una mastectomía incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr asimetría entre los senos, las prótesis y complicaciones que surjan de una mastectomía, incluyendo limfaedema, conforme a lo requerido por la Ley de los Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act del 1998).

Esterilización y Vasectomía	Para la vasectomía se aplica copago de facilidad ambulatoria, según la Tabla de Copagos, Coaseguros y deducibles. En los casos de esterilización para mujeres el servicio es parte de los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA y según requerido por ley sin costo compartirlo o sea sin copagos. Para la esterilización no se aplican copagos de facilidad.
Trasplante de Órganos y Medula Ósea	Beneficio que cubre trasplante de : Se cubren los trasplantes de Huesos, Córnea y Piel. Los beneficios que provee ésta cubierta, están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para estos. Se ofrecerán únicamente para aquellos suscriptores que residen permanentemente en Puerto Rico. Todos los beneficiarios de esta cubierta tendrán beneficios iguales. Los beneficios cubiertos son por cada año contrato por persona cubierta, por lo que no se acumularán de año en año. Auxilio Platino puede requerir una segunda opinión, por médicos designados por ésta, cuando lo considere necesario. La persona cubierta podrá escoger la facilidad a realizarse el trasplante, pero Auxilio Platino sólo será responsable por el monto total que hubiera pagado por ese servicio en una facilidad contratada por Auxilio Platino. Cualquier responsabilidad adicional será pagada por la persona cubierta. Este servicio, aunque está cubierto al 100%, requiere precertificación y se ofrecerá en las facilidades contratadas por Auxilio Platino para esos fines a las tarifas negociadas por Auxilio Platino, sin estar sujeto a coaseguros ni deducibles.
Servicios de Ambulancia Aérea en Puerto Rico	El servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico estará cubierto de acuerdo a la necesidad médica a través de proveedores contratados para este servicio. Aplica coaseguro correspondiente. Ambulancia Aérea fuera de Puerto Rico no está cubierto.
Examen Físico Anual Adultos	Auxilio Platino cubrirá un examen físico anual, siempre que sea para propósitos preventivos. Se excluyen los exámenes físicos y pruebas de laboratorios para certificados médicos que sean ordenados por el patrono o algún otro propósito que no sea preventivo. La evaluación comprensiva de salud anual realizada por profesionales de la salud puede incluir pruebas diagnósticas, entre otros, de acuerdo con la edad, sexo y condición de salud del suscriptor.

Examen Anual Niños	Cada niño recibirá una evaluación anual sin costo alguno al principio del año escolar lo que incluye evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición además de todos los cernimientos periódicos recomendados por la Asociación Americana de Pediatría.
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA/ VIH)	Cubierto como cualquier otra condición conforme a la Ley 349 del 1 de septiembre del 2000, según enmendada. Tendrá derecho a mejor asistencia y tratamiento sin ninguna restricción, para garantizar una mejor calidad de vida. Aplica el copago correspondiente al servicio que reciba el suscriptor.
Autismo	Según la Ley 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo) los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales, estarán cubiertas sin límites luego que la necesidad médica haya sido establecida bajo este contrato. Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a genética, neurología, inmunología gastroenterología, nutrición, terapias del habla y lenguaje, sicológicas, ocupacionales y físicas, e incluirá visitas médicas y pruebas medicamente necesarias. . Aplica el copago correspondiente al servicio que reciba el suscriptor, excepto autismo que el copago es $0.00.

SECCIÓN 3: SERVICIOS CUBIERTOS POR REMBOLSO	
Algunos de estos servicios les aplican costo compartido según descrito en la PARTE V – TABLA DE CANTIDAD MÁXIMA A DESEMBOLSAR (MOOP), DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS de este contrato.	
Servicios de Ambulancia Terrestre en Puerto Rico	El servicio de ambulancia terrestre se cubre a base de las tarifas determinadas por Auxilio Platino, conforme a la distancia recorrida. Conforme a la Ley Núm. 383 de 6 de septiembre de 2000, cuando el servicio sea utilizado a través del Sistema 9-1-1 en casos de emergencia, Auxilio Platino pagará directamente al proveedor. El servicio solo se cubre si el mismo cumple con todos los requisitos que se mencionan a continuación: a) fue transportado por un servicio de ambulancia, según se define en este contrato; b) padecía de una enfermedad o lesión que el uso de otro medio de transportación ponía en riesgo su vida; c) informe médico de la emergencia incluye el diagnóstico d) la factura indica el lugar donde se recogió a la persona cubierta y su destino. Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado: a) desde la residencia o lugar de la emergencia hacia el hospital o institución de cuidado de enfermería diestra (Skilled Nursing Facilities); b) entre hospital y hospital o Skilled Nursing Facility - en casos donde la institución que transfiere o autoriza el alta, no es la apropiada para el servicio cubierto c) desde el hospital hasta la residencia, si la condición del paciente dado de alta así lo requiere. d) Entre instituciones de proveedores de servicios de salud en caso de emergencias siquiátricas por ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud. En casos que no sean de emergencia, este beneficio se cubre por reembolso. La persona cubierta paga el costo total y debe enviar la reclamación a Auxilio Platino con el informe del médico que incluya el diagnóstico. Auxilio Platino le reembolsa hasta un máximo de $80.00 por caso.

Servicios de Nutricionista	Los servicios de nutricionista estarán cubiertos mediante rembolso al suscriptor hasta un máximo de (4) visitas por año contrato por suscriptor. El máximo de rembolso será $20 por cada visita. El servicio está disponible para condiciones de obesidad mórbida, renales, diabetes y autismo. En el caso de autismo los servicios son ilimitados y el copago es $0.00.

SECCIÓN 4: TRASPLANTE DE HUESOS, PIEL Y CORNEA

- huesos
- piel
- cornea

Se cubren los trasplantes de Huesos, Córnea y Piel.

Los beneficios que provee ésta cubierta, están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para estos. Se ofrecerán únicamente para aquellos suscriptores que residen permanentemente en Puerto Rico.

Todos los beneficiarios de esta cubierta tendrán beneficios iguales. Los beneficios cubiertos son por cada año contrato por persona cubierta, por lo que no se acumularán de año en año. Auxilio Platino puede requerir una segunda opinión, por médicos designados por ésta, cuando lo considere necesario. La persona cubierta podrá escoger la facilidad a realizarse el trasplante, pero Auxilio Platino sólo será responsable por el monto total que hubiera pagado por ese servicio en una facilidad contratada por Auxilio Platino. Cualquier responsabilidad adicional será pagada por la persona cubierta.

Este servicio, aunque está cubierto al 100%, requiere precertificación y se ofrecerá en las facilidades contratadas por Auxilio Platino para esos fines a las tarifas negociadas por Auxilio Platino, sin estar sujeto a coaseguros ni deducibles.

SECCIÓN 5: BENEFICIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA EL TRATAMIENTO DE OBESIDAD MÓRBIDA

Algunos de estos servicios les aplican costo compartido según descrito en la PARTE V – TABLA DE CANTIDAD MÁXIMA A DESEMBOLSAR (MOOP), DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS de este contrato.

El beneficio de tratamiento de la Obesidad Mórbida requiere un periodo de espera de los primeros doce (12) meses a partir de la fecha de efectividad del contrato, incluye al suscriptor principal y sus dependientes . El procedimiento quirúrgico para el control de la obesidad, se puede practicar mediante cuatro técnicas: bypass gástrico, banda ajustable, gastrectomía en manga. La cirugía del balón intragástrico no estará cubierta.

El suscriptor será responsable por el coaseguro aplicable a la cirugía en adición al copago por la hospitalización.

La cubierta está sujeta a pre certificación del procedimiento por Asuntos Clínicos de Auxilio Platino, y los mismos serán cubiertos a través de proveedores contratados por Auxilio Platino en Puerto Rico. La cirugía bariátrica está limitada a un (1) tipo de procedimiento, por vida por persona cubierta.

Para comenzar el proceso de certificación el suscriptor deberá cumplir con las indicaciones mínimas según se detallan a continuación:

- Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35)

• Plan de tratamiento dietético de por lo menos seis (6) meses, supervisado por un médico cirujano o cirujano bariátrico previo a la cirugía. Además, el médico deberá indicar el plan dietético utilizado y las razones de fracaso del mismo. • El médico deberá especificar si existen condiciones en el paciente que se agravan con la obesidad mórbida como por ejemplo: enfermedades cardiovasculares o cardiopulmonares, diabetes severa, artritis y apnea del sueño confirme al Artículo 3(c) de la Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008. • Evaluación de especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra) que certifique que el suscriptor entiende y está dispuesto a acomodar cambios en estilos de vida, necesarios para el éxito del procedimiento bariátrico.	
SECCIÓN 6: PROGRAMAS INCLUIDOS COMO PARTE DE SUS BENEFICIOS	
Algunos de estos servicios les aplican costo compartido según descrito en la **PARTE V – TABLA DE CANTIDAD MÁXIMA A DESEMBOLSAR (MOOP), DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS de este contrato.**	
Auxilio Centro de Cáncer	Equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que analiza e investiga cada caso para lograr un diagnóstico completo y planificar un tratamiento acertado; • Clínicas de Detección Temprana de Cáncer • Clínicas de Oncología Médica • Clínica Multidisciplinaria de Cáncer de Seno • Auxilio Centro de Quimioterapia Arturo Díaz Márquez • Clínicas de Psicología Clínica
Auxilio Centro de Radioterapia	• TrueBeam™ - El sistema más avanzado para el tratamiento de radioterapia y radiocirugía • Sistema Calypso, GPS for the Body® - Para tratar el cáncer de próstata. El sistema Calypso mantiene la radiación enfocada directamente al tumor y no al tejido sano circundante. El sistema Calypso rastrea con exactitud y precisión la posición del tejido objetivo en tiempo real usando ondas de radiofrecuencia • Tratamiento 3D Conformal y de Intensidad Modulada (IMRT) - Se ofrece tratamiento conforme (3D Conformal), y electrones de intensidad modulada (IMRT). La terapia IMRT es una modalidad avanzada de alta precisión que permite administrar dosis más altas de radiación con la mejor protección de los órganos críticos contiguos al tumor. • Tratamiento IGRT - "Image Guided Radiation Therapy" (IGRT), una forma aún más precisa de IMRT para tratar cáncer de próstata • Tratamiento HDR - tratamiento de braquiterapia de alta dosis "High Dose Rate" (HDR) que permite poner implantes radioactivos temporeros a control remoto.
Clínica de Nutrición	Evaluación nutricional a pacientes ambulatorios mediante cita previa. Cuenta con personal especializado en todo tipo de condiciones pediátricas, cardiovasculares, renales,

	gastrointestinales, diabetes, diabetes gestacional, alimentación enteral y parenteral, autismo entre otras.
Auxilio Programa Control de Peso para Niños y Adultos	Nuestro programa incluye: • Análisis de Figura • Evaluación Médica • Prueba de masa corporal • Evaluación Nutricional por dietistas certificadas en control de peso para adultos y niños que incluye: • Plan de alimentación individualizado • Orientación sobre alternativas para comer en restaurantes y comida rápida (Fast Food) • Seguimiento bisemanal • Plan de mantenimiento Además, Auxilio Control de Peso Pediátrico incluye: • Evaluación Médica por un pediatra • Evaluación psicológica
Auxilio Programa de Educación en Diabetes (PED):	PED está certificado por la Asociación Americana de Diabetes. Nuestro programa cuenta con una dietista licenciada y un profesional de enfermería. Se ofrecen evaluaciones individuales y charlas sobre la diabetes y sus complicaciones, medicamentos, dieta especial, ejercicios, monitoreo de glucosa, cuidado de los pies y muchos otros temas de interés para el paciente.

SECCIÓN 7: SERVICIOS EN ESTADOS UNIDOS NO OFRECIDOS EN PUERTO RICO

Servicios en Estados Unidos no ofrecidos en Puerto Rico	Los servicios están cubiertos para los casos de emergencia o casos que requieren equipo, tratamiento y facilidades que no están disponibles en Puerto Rico. Los servicios están sujetos a la precertificación del plan excepto por una emergencia. Los tratamientos electivos, no son considerados como una emergencia y no están cubiertos por esta cubierta excepto que el equipo, tratamiento o facilidad no esté disponible en Puerto Rico. Las tarifas a pagar son la tarifa habitual (UCR – usual and customary rate) de la zona geográfica en la que se prestan los servicios. Los servicios están cubiertos para los casos de emergencias o casos que requieran equipo, tratamiento, y facilidades que no están disponibles en Puerto Rico. La persona cubierta pagará el coaseguro que aplique para este servicio dependiendo el nivel de cubierta.

PARTE IV: LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA

Algunos de estos servicios les aplican costo compartido según descrito en la **PARTE V – TABLA DE CANTIDAD MÁXIMA A DESEMBOLSAR (MOOP), DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS** de este contrato.

SECCIÓN 1: LIMITACIONES DE LA CUBIERTA

LIMITACIONES	
Diálisis y Hemodiálisis	Servicios relacionados a cualquier tipo de diálisis y hemodiálisis, incluyendo servicios por cualquier complicación que surja y los correspondientes servicios hospitalarios o servicios médico quirúrgicos, estarán cubiertos por los primeros noventa (90) días desde: a) La fecha en que el/la suscriptor(a) advino elegible a esta contrato (en el caso que la diálisis o hemodiálisis comenzaran antes de la fecha de elegibilidad) o, b) La fecha en que el/la suscriptor (a) recibiera el primer tratamiento de diálisis y hemodiálisis. Esto aplicará cuando los servicios de diálisis y hemodiálisis están relacionados a las mismas condiciones clínicas.
Cirugía Reconstructiva	Se ofrecerán sólo cuando sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por enfermedad o lesión corporal, accidental (post trauma) o cirugía para corregir anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido, y que no esté relacionado con la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) o con la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) ocurrido durante la vigencia del contrato, aplica copago de procedimiento y facilidad.
Inmunizaciones (Vacunas) para niños y adolescentes	Las inmunizaciones recomendadas por el "United States Preventive Services Task Force" y el itinerario de vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico estarán cubiertas para infantes, niños y adolescentes menores de 21 años de edad, sin costo adicional ni copago alguno, en las dosis correspondientes de acuerdo a edad. El suscriptor pagará la cantidad que corresponde a la visita al médico por un servicio ambulatorio.
Inmunizaciones (Vacunas) para adultos	Las inmunizaciones para adultos recomendadas por el "US Preventive Services Task Force" y el itinerario de vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico estarán cubiertas en las dosis correspondientes de acuerdo a edad, sin costo adicional ni copago alguno. Incluye la vacuna de meningitis-se refiere a la vacuna MCV4. El suscriptor pagará la cantidad que corresponde a la visita al médico por un servicio ambulatorio.

Inmunización (Vacuna) Virus del Papiloma Humano	Cubierta con 0% copago para féminas y varones de 9 a 26 años de edad de acuerdo a las dosis recomendadas por la Administración de Drogas y Alimentos y conforme requerido por la Ley Núm. 9 del 20 de enero de 2010, según enmendada. Este beneficio incluye a los niños y niñas cubiertos conforme lo indica la Ley Núm. 255 del 15 de septiembre de 2012. Se cubrirá la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para varones y mujeres; De acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). No se aplica ningún costo compartido. También se cubrirá la vacunación contra el HPV a partir de los 9 años de edad para niños y jóvenes con antecedentes de abuso sexual o agresión que no hayan iniciado o completado la serie de 3 dosis (recomendación de ACIP).
Inmunización (Vacuna) contra el Virus Respiratorio Sincitial (RSV) (Conocida como la Synagis)	Esta vacuna estará cubierta en las dosis conforme a la Ley Núm. 165 del 3 de agosto de 2006.Se le requiere a la persona que primero coordine este servicio con el Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino El suscriptor pagará el copago o coaseguro correspondiente a la vacuna más el copago aplicable a la visita médica por un servicio ambulatorio, de acuerdo a la **PARTE V – TABLA DE CANTIDAD MÁXIMA A DESEMBOLSAR (MOOP), DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS** de ésta contrato.
Otros Servicios de Quiroprácticos	Los servicios ofrecidos por quiroprácticos pueden incluir servicios de radiología y terapia física siempre que estos servicios sean parte del contrato entre el proveedor y Auxilio Platino. Aplica copago y coaseguros de Rayos de X y Terapia Física según sea el caso.
Terapia Respiratoria Ambulatoria	Este servicio está limitado a veinte (20) terapias por año contrato por suscriptor. La terapia respiratoria estará cubierta de manera ilimitada en la Sala de Emergencia o para pacientes hospitalizados.
Polisomnografía (Estudio del Sueño)	Un (1) servicio de por vida por suscriptor, requiere pre certificación.
Sonogramas Obstétricos	Tres (3) sonogramas por embarazo por suscriptor. Sonogramas obstétricos adicionales deben ser pre-certificados por el Programa de Manejo Individual de Casos de Plan Médico Auxilio Platino
Sonogramas	Un (1) servicio de por región anatómica por año contrato.
Perfil Biofísico (Physical Bio profile)	Uno (1) por embarazo por suscriptor. Cualquiera adicional a éste requiere pre certificación de Asuntos Clínicos de Plan Médico Auxilio Platino
Amniocentesis (genética)	Una (1) por embarazo.
Servicios de Nutricionista	Cuatro (4) visitas por año contrato por suscriptor. El máximo de rembolso será $20 por cada visita. El servicio será limitado a condiciones de obesidad mórbida, renales, autismo y diabetes.
Fetal Non Stress Test	Uno (1) por embarazo.

Servicios de Ambulancia Terrestre en Puerto Rico	Este beneficio será cubierto sujeto a la entidad que provee los servicios esté autorizada por la Comisión de Servicio Público de Puerto Rico. El servicio de ambulancia terrestre entre facilidades hospitalarias estará cubierto mediante reembolso a la persona cubierta. La cantidad máxima a reembolsar será de ochenta dólares ($80) por viaje. Para los servicios de ambulancia terrestre por una emergencia y a través del Sistema de emergencias 9-1-1, se pagará el costo total del servicio directamente al proveedor. El servicio sólo tendrá cubierta si el suscriptor cumple con los siguientes requisitos: • El/La paciente fue transportado por un servicio de ambulancias según descrito en la **PARTE I - DEFINICIONES** bajo "Servicios de Ambulancia"; • ***El/La paciente sufrió una enfermedad o lesión para la cual no se recomienda otros tipos de transportación;*** • Emergencias psiquiátricas conforme a la Ley 183 del 6 de agosto de 2008; El/La paciente fue transportado; o Desde la residencia o lugar de la emergencia al hospital o institución de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) o Entre hospital y hospital o institución de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), cuando la institución transfiere o autoriza el alta, no es la apropiada para los servicios cubiertos o Desde el hospital a la residencia para pacientes cuya condición de salud no permite el uso de otros medios de transportación; o Entre instituciones proveedoras de cuidado de la salud, incluyendo ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, conforme a la Ley 183 del 6 de agosto de 2008, según enmendada. • La solicitud de rembolso por el servicio incluye el certificado médico del transporte, el lugar de recogido y el destino; • No es un caso cubierto por la Administración de Compensación de Accidentes de Automóviles (ACAA), la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), o cualquier otro seguro con responsabilidad primaria.
CT SCAN	Uno (1) por región anatómica por año contrato por suscriptor
MRI	Uno (1) por región anatómica por año contrato por suscriptor
Refracción para adultos	Un (1) examen por año contrato por persona cubierta

Cuidado en el Hogar	**Cuidado de Salud en el Hogar:** Cubre los siguientes servicios y suministros provistos en el hogar del paciente por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar certificada por el Departamento de Salud de Puerto Rico. Estos servicios estarán cubiertos si estos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.
	• **Servicios de Enfermería** - parciales o intermitentes provistos o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a), hasta un máximo de dos (2) visitas diarias. • **Auxiliar de Servicios de Salud en el Hogar** - servicios parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado del paciente. Una visita por un miembro de la agencia para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar, se considerarán, cada una, como una visita en el hogar. • **Terapia Física, Ocupacional y del Habla y Lenguaje-** hasta un máximo de cuarenta (40) visitas, por año contrato. Una visita por un miembro de la agencia para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar, se considerarán cada una como una visita en el hogar.
Nota: Un médico-cirujano debe supervisar estos servicios y certificar por escrito su necesidad médica. Deberá recertificarse su necesidad cuando Plan Médico Auxilio Platino así lo requiera.	
Cirugía Bariátrica	Un (1) procedimiento por suscriptor de por vida.
institucion de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility)	Ciento veinte (120) días por año contrato por suscriptor. Estos servicios estarán cubiertos si estos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.
PET SCAN/ PET CT	Uno (1) por año contrato por suscriptor, excepto en casos de condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's las cuales estarán cubiertas hasta dos por año contrato por suscriptor.
SPECT	Una (1) prueba por año contrato por suscriptor.

Dental Pediátrico	Este beneficio está disponible para los suscriptores que sean menores de 21 años de edad. • Dos (2) exámenes dentales y limpiezas por año contrato (cada seis meses) por persona cubierta • Refracciones de mordida y periapicales, no más de un juego cada tres (3) años por persona cubierta • Tratamiento fluoruro cubiertos como un beneficio fundamental para los miembros menores de 19 años
Pruebas de Alergia	Cincuenta (50) pruebas por año contrato por suscriptor. Las vacunas no están cubiertas.
Inyecciones Intrarticulares	Doce (12) inyecciones por año contrato por suscriptor, hasta dos (2) inyecciones diarias
Criocirugía Cervical	Un (1) procedimiento por año contrato por suscriptor
Electromiogramas	Dos (2) pruebas por año contrato por suscriptor
Electroencefalograma (EEG)	Dos (2) estudios por año contrato por suscriptor
Timpanometría	Uno (1) por año contrato por suscriptor
Prueba de Velocidad de Conducción Nerviosa	Dos (2) procedimientos por año contrato por suscriptor
Otros beneficios incluidos en el contrato y no especificados en esta sección serán cubiertos. Plan Médico Auxilio Platino requiere pre- certificación para los servicios descritos en **PARTE III – BENEFICIOS CUBIERTOS** de este contrato.	

SECCIÓN 2: EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA

Los siguientes servicios no están cubiertos bajo este contrato:

1. Servicios que se presten, mientras la cubierta de la persona no esté vigente.
2. Servicios que correspondan ser recibidos, de acuerdo a las Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo (CFSE), responsabilidad del suscriptor como por ejemplo daños autoinfligidos, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y otros servicios disponibles con arreglo a leyes estatales o federales. También estarán excluidos dichos servicios cuando éstos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes por incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión de un delito o intento de perpetrar, asalto o cualquier ofensa criminal, incumplimiento de las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquier otro país por la persona cubierta; servicios que surjan debido a guerra, declarada o no, actos de terrorismo o cualquier acto incidental a la guerra o participación en una revuelta o desorden civil, excepto que la lesión surge como resultado de un acto de violencia doméstica o una condición médica.
4. Gastos ocasionados por servicio militar, guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado; excepto en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras

que la persona cubierta estuvo activo en el ejército (service connected), en cuyo caso Auxilio Platino, Inc. recobrará a la Administración de Veteranos

5. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos; o que la persona obtenga o tenga derecho a obtener sin cargos o bajo cualquier plan de gobierno.
6. Gastos o servicios de comodidad personal tales como: habitación privada excepto en los casos donde el servicio es requerido debido a una necesidad médica, teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio a menos que su contrato estipule lo contrario.
7. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina, dentistas o paramédicos, excepto los que estén especificados en su cubierta de beneficios.
8. Rembolso de gastos ocasionados por los pagos que un suscriptor le haga a cualquier proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlos. En caso de que el proveedor alegue que no tiene contratado un servicio que realmente está contratado, estaría en incumplimiento de contrato con Plan Médico Auxilio Platino Plan Médico Auxilio Platino investigaría la causa con el proveedor, si existe desconocimiento del proveedor o si en efecto existe un acto intencional de cobro *(*pese a su acuerdo contractual) por no estar de acuerdo con las tarifas. Acorde a los hallazgos y determinación del Departamento de Cumplimiento, Plan Médico Auxilio Platino toma la decisión del proceder.
9. Gastos por servicios de exámenes físicos para fines de certificados médicos o algún otro propósito que no sea preventivo, excepto que de otro modo sean requeridos por la Ley 296 del 1ro de septiembre de 2000, según enmendada.
10. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la Federal Drug Administration (FDA), Department of Human and Health Services (DHHS), el Departamento de Salud, o que no están de acuerdo con la política médica establecida por las entidades autorizadas sobre la salud para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
11. Medicamentos o tratamientos experimentales o drogas con la etiqueta de "Precaución: Limitado por las leyes federales para uso de investigación". Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, que no sean considerados experimentales o investigativos, excepto que sean requeridos por ley estatal o federal. No obstante lo dispuesto en los puntos 10 y 11, si un suscriptor 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 suscriptor sea elegible para participar en un estudio de tratamiento certificado, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del suscriptor en el estudio le ofrezca a éste un beneficio potencial y el médico que refiere al estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el paciente provea a Plan Médico Auxilio Platino evidencia de que su participación es apropiada, Plan Médico Auxilio Platino 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.
12. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos o cuidados para corregir defectos de apariencia física, a no ser que sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por enfermedad o lesión corporal, accidental o cirugía para corregir anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido. Mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno, la cual está cubierta en el contrato), intervenciones quirúrgicas que no sean luego de una cirugía bariátrica, conforme a la Ley 212 del 9 de agosto de 2008, tratamientos de liposucción, abdominoplastías, ritidectomía abdominal, mamoplastías para ginecomastía, ritidectomías faciales, braquioplastías, mamoplastías para aumentar el tamaño del busto, inserción y remoción de implantes con propósitos cosméticos, rinoseptoplastías, blefaroplastías, implantes de pelo, otoplastías, rinoplastías, dermoabrasión, inyecciones de colágeno, grasa, fibril y Botox entre otros, con propósitos cosméticos e

inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas.

13. Se excluyen también hospitalizaciones por servicios que se puedan realizar de forma ambulatoria y los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a todos los servicios enumerados en el inciso 12, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento, excepto según dispuesto en la Ley 212 del 9 de agosto de 2008.
14. Cargos que resulten por alguna enfermedad o lesión corporal surgida de, o en el curso del empleo del suscriptor.
15. Cargos por el tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular.
16. Cargos por drogas o medicamentos suministrados en visitas médicas que no estén cubiertos en este contrato,
17. Cargos por servicios de termografía ofrecidos u ordenados por quiroprácticos y otros especialistas médicos.
18. Cargos por servicios de tratamientos para la infertilidad o relacionados con la concepción por medios artificiales, excepto laboratorios para propósitos diagnósticos.
19. Cargos por servicios de equipo auditivo y/o implante coclear independientemente de si existe o no justificación médica.
20. Cargos por servicios de terapias ortópticas (terapias visuales) así como los aparatos y artefactos necesarios como parte de las terapias.
21. Cargos por servicios de plantillas ortopédicas.
22. Cargos por servicios prestados para abortos electivos incluyendo todos los servicios relacionados.
23. Cargos por pruebas sicométricas sin justificación clínica. Condiciones bajo la Ley 220- 2012 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley VIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo) los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales estarán cubiertas sin límites.
24. Gastos por vacunas y servicios relacionados que son requeridos por el patrono para obtener o mantener un empleo o cubierta, o para un viaje.
25. Los Servicios de Cuidado de la Salud en el Hogar no incluye cuidado residencial o custodial, servicios suministrados para conveniencia personal o comodidad como, por ejemplo, tareas domésticas, cuido de niños y servicio de fiambreras, independientemente de si fue recomendado por un nutricionista o un médico.
26. Servicios de diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios o en facilidades renales, servicios médico quirúrgicos y complicaciones asociadas; luego de agotar el máximo de 90 días indicados en esta contrato.
27. Vacunas de Alergia.
28. Cirugías orales, excepto aquellos que son resultado de un accidente o que estén cubiertos por cubierta opcional de dental.
29. Procedimientos excluidos por este contrato son:
    a. Septoplastías.
    b. Eliminación de las Skin tags
    c. Reparación de ptosis.
    d. Escalenotomía
    e. Lasik y cirugías para corregir defectos refractivos.
30. Servicios de analgesia intravenosa o analgesia administradas través de la prescripción del médico o del dentista, excepto las anestesias conforme a la Ley Núm. 352 del 1999.
31. La escisión de granulomas o quistes radiculares que se originen por la infección de la pulpa del diente.
32. Servicios de anestesia epidural durante el parto.
33. Servicios de asistencia quirúrgica.

34. Servicios de asistencia quirúrgica Servicios fuera de los Estados Unidos.
35. Devices (Artefactos, Aparatos).
36. Servicios de hospicio.
37. Ambulancia aérea en los Estados Unidos.
38. Proveedores no participantes, excepto para servicios de emergencia según requeridos por ley, o cuando el plan no tenga contratado un proveedor para ofrecer cualquier servicio o beneficio provisto en este contrato.
39. Visitas médicas a domicilio que no sean parte de cuidado de salud en el hogar o tratamiento residencial excepto según están descritos en esta cubierta, y gastos por servicios resultante de un programa de detección de drogas de un patrono, excepto en como se describe ne esta cubierta.
40. Cámara Hiperbárica.
41. Terapias cardiacas rehabilitativa.
42. Exclusiones a beneficio de Visión Pediátrica:
    a. Servicios de visión pediátrica para mayores de veintiuno (21) años de edad.
    b. Tintes o terminaciones para lentes.
    c. Adiestramiento visual (low vision) u ortópticos.
    d. Servicios y materiales requeridos como resultado de una reclamación de incapacidad ocupacional (worker's compensation) o provista por el plan de cubierta médicoa de la empresa.
    e. Cualquier servicio, lentes para corrección visual, lentes de contacto, o marco para lentes de corrección visual requerido por el patrono como condición de empleo.
43. Trasplante de órganos, excepto Trasplante de Huesos, Córnea y Piel que están cubiertos al 100%.

SECCIÓN 3: EXCLUSIONES DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Plan Médico Auxilio Platino no será responsable por los gastos correspondientes a los siguientes beneficios:

1. Drogas o medicamentos que estén expresamente excluidos por este contrato.
2. Drogas o medicamentos que no requieran una receta del médico, excepto insulina, a menos que su cubierta incluya dichos servicios.
3. Agentes inmunizadores (vacunas, toxoides, toxinas) que no estén expresamente cubiertas en la contrato, suero biológico, sangre o plasma, cosméticos, suplementos dietéticos y artículos de belleza;
4. Artefactos o artículos terapéuticos, incluyendo agujas hipodérmicas (excepto para la administración de insulina), jeringuillas y vestimenta;
5. Drogas recetadas que pueden ser obtenidas sin costo bajo programas locales, estatales o federales;
6. Cualquier cargo por la administración de drogas recetadas o medicamentos inyectables;
7. Drogas y/o tratamientos experimentales o drogas con leyenda: "Precaución – limitada por la Ley Federal para usos de investigación" excepto en el caso de pacientes que padezcan de una condición que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, cuando dicho paciente sea elegible para participar en un estudio de tratamiento clínico certificado, de acuerdo a las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del paciente le ofrezca a éste un beneficio potencial y se cumpla con la condición de que el médico que refiera a paciente presente evidencia de que es apropiada su participación en el estudio, Plan Médico Auxilio Platino costeará los gastos médicos rutinarios del paciente, entendiéndose que no son "gastos médicos rutinarios del paciente" los gastos relacionados con el estudio, o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio;

8. Repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el médico o cargos por segundas repeticiones para drogas o medicamentos que sean dispensados más de un año después de la fecha en que fueron recetados por el médico;
9. Cualquier cantidad de drogas o medicamentos dispensados que excedan abasto de 15 días para medicamentos agudos, ó abasto de 30 días para medicamentos de mantenimiento;
10. Drogas utilizadas para tratar la condición de impotencia;
11. Vitaminas y suplementos vitamínicos excepto los requeridos por ACA;
12. Drogas anabólicas;
13. Medicamentos para rebajar;
14. Hormonas de crecimiento;
15. Inmunoglobulina inyectable
16. Medicamentos de fertilidad o infertilidad

SECCIÓN 4: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA EL TRATAMIENTO DE OBESIDAD MÓRBIDA

1. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva (comúnmente conocida como colgajos) no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso debido a que afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo.
2. Otras técnicas o metodologías de cirugía bariátrica diferente a bypass gástrico, están excluidos del beneficio.
3. El beneficio de cirugía bariátrica está limitado a los límites territoriales de Puerto Rico, se excluyen de la cubierta procedimientos de cirugía bariátrica fuera de Puerto Rico.
4. La cirugía bariátrica está limitada a una (1) de por vida, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada.
5. Servicios de cirugía bariátrica o de reconstrucción asociados a la cirugía bariátrica sin pre certificación de Plan Médico Auxilio Platino están excluidos del beneficio.

SECCIÓN 5: EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DENTAL

1) Cargos incurridos por educación o adiestramiento en nutrición, limpieza oral y control de placa dental.
2) Cargos incurridos por servicios prestados por especialistas dentales tales como : maxilofacial,ortodoncista, endodoncista, periodocista
3) Cargos incurridos por tratamientos dentales que no son aprobados por la Asociación Dental Americana o que son de naturaleza experimental.
4) Cargos incurridos por una cita que el suscriptor no pudo cumplir.
5) Servicios comenzados antes del paciente tener la cubierta.
6) Cargos por anestesia general. Excepto en los siguientes casos:
   (a) Cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica.

   (b) cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;

(c) cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;

(d) cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;

(e) cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;

(f) cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.

7) Cargos incurridos por cualquier lesión o enfermedad para la cual el suscriptor tiene derecho a los beneficios bajo la Ley de Compensación al Trabajador o Ley de Enfermedad Ocupacional, o recibe algún estipendio por parte de un Agente de Compensación del Trabajador. Como por ejemplo: Servicios compensados por algún programa del Gobierno Federal o Estatal (Veterano, ACAA, Fondo del Seguro del Estado, etc.).
8) Cargos por manejo del paciente tales como uso de personal adicional para mantener quieto al niño durante un procedimiento.
9) Cargos por servicios o materiales que el paciente no esté obligado a pagar.
10) Cargos por rayos x dentales adicionales a los descritos en este contrato o en la cubierta adicional adquirida por el suscriptor.
11) Servicios de ortodoncia, periodoncia, endodoncia y servicios dentales prostéticos.
12) Cualquier servicio que no esté incluido en los beneficios de este contrato.

PARTE V--- TABLA DE CANTIDAD MÁXIMA A DESEMBOLSAR (MOOP), DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

	Cubierta Metálica
	Plata
	Auxilio Platino
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
-Individual	$300.00
-Familiar	$1,500.00
Deducible Anual para Medicamentos Recetados Especializados, Biotecnológicos y Marca No Preferida -Individual	$0.00
-Familiar	$0.00
Deducible Anual para Medicamentos Recetados Genérico, Bioequivalente o Marca Preferida -Individual	$0.00
-Familiar	$0.00
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)	
-Individual	$6,350.00
-Familiar	$12,700.00
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
-Accidente	$75.00

-Enfermedad	$75.00
Hospitalización	
-Parcial incluyendo Salud Mental	$150.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	$150.00
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	$250.00
-Facilidad de Enfermeria Especializada (Skilled Nursing Facility)	$150.00
Servicios Ambulatorios	
-Generalista	$10.00
-Especialista	50%
-Sub-Especialista	50%
-Siquiatria	50%
-Sicólogo	50%
-Podiatria	50%
-Quiropráctico	50%
-Audiólogo	50%
-Optómetra	50%
-Naturópata	50%
-Facilidad Ambulatoria	50%
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	50%
-Procedimientos Endoscópicos	50%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero	
-Terapia Física	$15.00
-Terapia Respiratoria	50%
-Cuidado de Salud en el Hogar	50%
-Servicio de Equipo Tecnológico	50%
-Equipo Médico Duradero	50%
-Manipulaciones de Quiropráctico	50%
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	50%
-Visitas Colaterales	50%
Farmacia	

-Genérico Bioequivalente	$10.00
-Marca Preferida	50%
-Marca No Preferida	50%
-Productos Especializados	50%
Programa de Medicamentos Por Correo	
-Genérico Bioequivalente	$20.00
-Marca Preferida	50%
-Marca No Preferida	50%
-Productos Especializados	50%
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
-Laboratorio	50%
-Rayos X	50%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año)	50%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
-Servicios Preventivos (incluyendo los de la mujer)	0%
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	50%
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Correción Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	$0.00
Otros Servicios Cubiertos	
Timpanometría	50%
Cirugía Reconstructiva	50%
Hemodiálisis	50%
Diálisis	50%

Clínica de Nutrición	50%
Auxilio Programa de Control de Peso para niños y adultos	50%
Auxilio Programa de Educación en Diabetes	50%
Auxilio Centro de Radioterapia	40%
Auxilio Centro de Cáncer	40%
Examen Físico Anual Adultos	50%
Trasplante de Huesos, Piel y Córnea	Cubierto al 100%
Esterilización	$0.00
Vasectomía	50%
Mamoplastía / Masectomia Reconstructiva	50%
Refracción para Adultos	50%
Anestesia general y servicios de hospitalización requeridos para determinados casos de acuerdo a la Ley 352 del 22 de diciembre de 1999	$0.00
Espejuelos para Niños	El exceso de $100.00 por año
CT Scan	50%
Tratamiento Residencial (Salud Mental)	$150.00
Sala de Parto	$150.00
Amniocentesis	50%
Angioplastia	50%

Cirugía de Corazón Abierto	50%
Estudios Electrofísicos del Corazón	50%
Doppler Cardíaco	50%
Pruebas y procedimientos Cardiovasculares Invasivos y no Invasivos	50%
Mamoplastía	50%
Neurocirugías	50%
Cirugías de Escoliosis	50%
Cirugías ordenadas por Podiatras	50%
Colonoscopia que no es Preventiva	50%
Cirugías Electivas que requieran admisión al Hospital	50%
Lente Intraocular	50%
Exámenes de Pre Admisión	50%
Examen de Refracción (niños)	$0.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	50%
Ambulancia Terrestre en Puerto Rico	Por reembolso hasta un máximo de $80.00
Servicios de Emergencia en EU	20%
Servicios de Ambulancia terrestre a traves del 9-1-1 que se pagarán directamente al proveedor	0%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	20%

Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	$250.00
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	
Nutricionista (por reembolso hasta un máximo de $20.00 por cada visita)	$20.00
Cubierta Dental	
-Diagnóstico y Preventivo	$0.00
-Mantenedores de Espacio	$0.00

PROCEDIMIENTO INTERNO ADMINISTRATIVO DE QUERELLAS Y APELACIONES

Auxilio Platino, ha establecido un procedimiento para atender las quejas y preocupaciones de los suscriptores. Auxilio Platino evaluará la querella y dependiendo del tipo que la misma sea, (Determinación Adversa, No relacionada a una Determinación Adversa, Revisión Acelerada, Revisión prospectiva, Revisión retroactiva, etc.), emitirá su determinación y la notificarán según se especifica en esta sección.

Este procedimiento es mandatario y debe seguirse antes que un suscriptor pueda comenzar cualquier tipo de acción con relación a una querella, incluyendo aquellas relacionadas a terminación o cancelación de su Contrato. Muchas preocupaciones o quejas sobre el Contrato pueden resolverse de una manera informal comunicando la situación a un Representante del Departamento de Servicio al Cliente.

En caso de que usted decida presentar una querella usted podrá solicitar la asistencia de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Su querella debe contener lo siguiente, según aplique:

- Nombre y número de contrato del miembro del plan que recibió los servicios apelados
- Fecha de servicio
- La cantidad de servicios y descripción de los servicios recibidos
- Recibo original de cualquier cantidad de dinero pagada por el apelante
- Facturas que tenga del proveedor
- Nombre y dirección del proveedor
- Evidencia de la pre certificación concedida y/o certificado de necesidad médica, si es que alguno de éstos era requerido para recibir el servicio
- Formas CMS-1500 O UB-92 debidamente completadas por el proveedor
- Argumentación escrita sobre los fundamentos que tenga para alegar que Auxilio Platino erró en su determinación de rembolso, pre certificación o beneficios al amparo del contrato

Usted debe incluir cualquier otra evidencia o información que considere relevante.

Podrá enviar su querella a:

Auxilio Platino Departamento de

Servicio al Cliente P.O. Box 191227

San Juan, PR 00919-1227

El suscriptor puede optar por dirigir su querella directamente a la Oficina del Comisionado de Seguros para obtener ayuda en todo momento.

Podrá comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros a:

Teléfono:

787-304-8686

Dirección:

GAM Tower, Urb. Tabonuco, Suite 400

Guaynabo PR 00968-3020

Si Auxilio Platino falla en cumplir con los requisitos y tiempos establecidos en la sección de apelaciones y determinaciones adversas, se entenderá que el suscriptor ya cumplió con los requisitos establecidos y se proceda con la aprobación correspondiente.