



Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico

Metro Office Park No. 2 Calle 1 Suite 101

Guaynabo, Puerto Rico 00968-1705

CUBIERTA BASICA PARA GRUPOS PEQUEÑOS PÓLIZA HMO

Nombre del Cliente: [Nombre del Cliente]

Número de Grupo: [XXXXX]

Día Efectivo: [xx de xx de 20xx]

Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico, (que en adelante se denominará como PALIC-PR) asegura a los empleados activos de **[Nombre del Cliente]** y a los dependientes elegibles de dichos empleados de conformidad con las disposiciones de esta Póliza y la política de pago establecida por PALIC-PR, contra gastos por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización médicamente necesarios, que se presten mientras la Póliza esté en vigor, por motivo de lesiones o enfermedades sufridas por la persona asegurada. Esta Póliza se emite en consideración a las declaraciones en contrato de seguro grupal y al pago por el Patrono de las primas correspondientes por adelantado.

Esta Póliza se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, cuya residencia permanente esté ubicada dentro del Área de Servicio, según definida en esta Póliza, por el término de un (1) año a partir del **[Día Efectivo]** mediante el pago de las primas correspondientes, del cual sería responsable el Patrono en primer lugar, como tenedor de la Póliza y el empleado como beneficiario y usuario del plan médico, según se dispone más adelante. Todos los términos de cubierta comenzarán y terminarán a las 12:01a.m., Hora Oficial de Puerto Rico.

Firmada a nombre de PALIC-PR, por el Presidente Regional.

Pan American Life Insurance Company de Puerto Rico

José Luis Vargas
Presidente Regional

Conserve este documento en un lugar seguro; el mismo incluye los beneficios a que tiene derecho como asegurado de PALIC-PR. Modificaremos este documento mediante endosos, por lo que le exhortamos a guardar el mismo para poder referirse a las secciones modificadas. Refiérase siempre a los endosos adjuntos, si existiera alguno, a esta Póliza para tener la información completa de los beneficios incluidos en su Plan de Salud.

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE

Esta Póliza no es una Póliza o contrato complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para personas de edad avanzada (Medicare). Revise la Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare disponible a través de la compañía de seguros.

SERVICIOS CUBIERTOS

Los beneficios que provee esta Póliza están comprendidos dentro de las clasificaciones generales que siguen. Estos beneficios están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para los mismos, y se ofrecen únicamente para aquellos asegurados que residen permanentemente en el Área de Servicio.

Los beneficios bajo esta Póliza respecto a cubierta serán iguales tanto para el empleado asegurado como para sus dependiente directos asegurados incluyendo el beneficio de maternidad que está disponible para la empleada asegurada, la esposa asegurada, la pareja cohabitante y las hijas dependientes del empleado asegurado.

Los empleados activos y sus cónyuges, cohabitantes o parejas domésticas, mayores de sesenta y cinco (65) años, que estén acogidos a ambas Partes del Programa Medicare, podrán asegurarse bajo los beneficios de esta Póliza.

PALIC-PR no se compromete a designar al médico o proveedor participante para prestar los servicios que las personas aseguradas requieran. Sin embargo, en esta Póliza el asegurado y sus dependientes tendrán un Médico de Atención Primaria. El Médico Atención Primaria estará a cargo de velar, coordinar y monitorear la calidad de los servicios médicos que el asegurado necesite. Es posible que de acuerdo a las necesidades de la familia cada miembro tenga un Médico de Atención Primaria diferente.

Su Médico de Atención Primaria es aquel:

1. Primer profesional que le atenderá cuando se enferme.
2. Coordine los servicios preventivos para conservar su salud.
3. Según su juicio, su necesidad médica y sus beneficios él va a autorizar y a coordinar su cuidado a través de un especialista, sub especialista, laboratorios, rayos x, estudios especializados u otros servicios.

El máximo de desembolso o gasto de bolsillo por beneficios cubiertos por año póliza incluyen desembolso, copago y coaseguro por gastos médicos básicos conjuntamente con beneficios de farmacia en esta Póliza. La distribución será:

Límite máximo anual de costos compartidos en cubiertas individuales es de \$6,350 por año calendario

Límite máximo anual de costos compartidos en cubiertas familiares es de \$12,700 por año calendario

Los límites máximos de desembolso o gasto de bolsillo anual de costos compartidos que aplican a los servicios médicos y de medicamentos en esta Póliza, serán de \$6,350 en cubiertas individuales y \$12, 700 en cubiertas de familia.

No existe límites de por vida en dólares sobre los beneficios de salud esenciales (EHB)

No existen límites monetarios anuales sobre beneficios de salud esenciales (EHB)

El asegurado, médico y proveedor participante serán orientados sobre las admisiones hospitalarias que requieran pre autorización o notificación en 24 horas o tan pronto como sea razonablemente posible. Algunos estudios, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos requieren un referido del Médico de Atención Primaria o una pre autorización de PALIC-PR. El empleado asegurado, médico y proveedor participante serán orientados sobre los servicios y procedimientos que requieran referido y/o pre autorización. Los servicios recibidos como consecuencia de una emergencia médica en una Sala de Emergencia no requerirán referido ni pre autorización.

En los casos en que PALIC-PR requiera referidos, pre autorización o autorización previa a la prestación de servicios, PALIC-PR no será responsable por el pago de dichos servicios, si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha pre autorización previa por parte de PALIC-PR.

Hay ciertas condiciones que, por sus características particulares, requieren que PALIC-PR revise de cerca la utilización de los servicios para evitar el fraude al seguro o el abuso de los servicios. Las políticas de PALIC-PR van dirigidas a lograr una buena administración de estos casos particulares, de manera que se garantice un trato igual para todos los asegurados bajo condiciones similares, a la vez de garantizar un manejo costo-efectivo. Esta política no se interpretará como una eliminación o reducción de los beneficios cubiertos bajo esta Póliza.

Los servicios preventivos requeridos por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000 y en conformidad con la Carta Normativa N-AV-7-8-2001 del 6 de julio de 2001 están cubiertos por esta Póliza.

Los servicios preventivos requeridos por la leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act* de 2010, *Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el United States Preventive Services Task Force están cubiertos por esta Póliza.

Esta Póliza le provee a cualquier empleado asegurado y los dependientes directos elegibles, incluyendo aquellos con diagnóstico de VIH o SIDA, con incapacidad física o mental, todas las cubiertas ofrecidas en la misma

Los servicios de medicina preventiva estarán cubiertos con \$0 copago ó 0% coaseguro de acuerdo a la edad y género del asegurado. Los servicios de cuidado preventivo a los que se aplican estas condiciones están definidos en el siguiente (haga clic en sobre el enlace):

<https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

SERVICIO PREVENTIVO PARA ADULTOS

- **Cernimiento para la aneurisma abdominal aórtica (AAA)** - *Un servicio de cernimiento para AAA en hombres de 65 a 75 años de edad que sean fumadores o hayan sido fumadores en algún momento.*
- **Abuso del Alcohol** - *Cernimiento y consejería sobre abuso de alcohol en adultos de 18 años o mayores que tienen un patrón de riesgo o están en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, incluyendo intervenciones conductuales.*
- **Consejería sobre uso de Aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares** - *El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda que se inicie el uso de aspirinas de dosis bajas para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer colorectal en adultos de 50 a 59 años de edad que tengan un 10% o mayor riesgo cardiovascular a 10 años, no estén en mayor riesgo de hemorragia, tengan una vida la expectativa de al menos 10 años, y están dispuestos a tomar aspirina de dosis bajas diariamente durante al menos 10 años*
- **Cernimiento de hipertensión (HBP)** - *Cernimiento para la detección de la hipertensión arterial en los adultos hombres y mujeres de 18 años en adelante*

- **Cernimiento de Colesterol** - Cernimiento de trastorno de lípidos para hombres de entre 20 a 35 años de edad; de estar expuestos o en alto riesgo de contraer enfermedades coronarias. Pruebas de cernimiento de colesterol a hombres de 35 años de edad en adelante; mujeres de 45 años de edad en adelante cernimiento de trastorno de lípidos de estar expuestos o en alto riesgo de contraer enfermedades coronarias. En mujeres de 20-45 años de edad recomienda cernimiento de trastorno de lípidos de estar expuestas o en alto riesgo de contraer una enfermedad coronaria.
- **Cernimiento de Cáncer Colorectal** - Prueba de sangre oculta para cernimiento para el cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años hasta la edad de 75 años.
- **Cernimiento de depresión** - Evaluación para cernimiento de depresión. Aplica a adultos (hombres y mujeres) y cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, psicoterapia, (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento
- **Cernimiento de Diabetes Tipo II** - Para adultos con hipertensión. Incluye consejería y prueba para identificar los niveles de azúcar en la sangre en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmHg.
- **Dieta** - Asesoramiento dietético conductual intensivo para pacientes adultos con hiperlipidemia y otros factores de riesgo conocidos de enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas relacionadas con la dieta. Asesoramiento intensivo brindado por médicos primarios o por referido a otros especialistas, como nutricionistas o dietistas.
- **Cernimiento de HIV** - Cernimiento para la infección de VIH se ofrecerá como parte de las pruebas de rutina de una evaluación médica al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad en bajo riesgo y anualmente para todas las personas en alto riesgo. Persona en alto riesgo son aquellas que están más expuestas a la posibilidad de infección, incluyendo usuarios de drogas intravenosas y sus compañeros sexuales, personas que intercambian relaciones sexuales por dinero o drogas, compañeros sexuales de personas portadoras del VIH, personas quienes han tenido más de un compañero sexual desde su más reciente prueba de VIH así como cualquier otra categoría de personas que amerite una mayor atención de naturaleza preventiva, según disponga el Departamento de Salud mediante reglamento, utilizando las recomendaciones establecidas tanto en las Declaraciones o Guías para las Pruebas de Detección de VIH del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force Screening for HIV Recommendation Statements) como en las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (“CDC”, por sus siglas en inglés).
- **Inmunización (Vacunas) de Adultos** - Las dosis, edades pueden variar, consulte con su médico. Incluye: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Tetanus, Diphtheria, Pertussis y Varicella incluyendo las de seguimiento (“catch-up”)
- **Obesidad** - Consejería y cernimiento para todos los adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m² o más, deben ser referidos a intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas.
- **Enfermedades de Transmisión sexual** - Consejería y cernimiento de enfermedades de transmisión sexual para adultos y adolescentes de alto riesgo
- **Uso de Tabaco y Medicamento-** Cernimiento para todos los adultos e intervenciones para cesar el uso de tabaco. Este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por años.

- **Sífilis** - Cernimiento de sífilis en adultos de alto riesgo
- **Vacuna del Cáncer Cervical conforme Ley Núm. 9 del 20 de enero de 2010, Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012, Ley Núm. 255 de 15 de septiembre de 2012 y La Ley ACA** - Según las disposiciones de la ley Núm. 9 del año 2010, La Ley Núm. 218 del 30 de agosto, Ley Núm. 255 de 15 de septiembre del 2012 y La Ley ACA, se cubrirá la vacuna para varones y mujeres contra el cáncer cervical hasta los 27 años y la pruebas de cernimiento a personas aseguradas.
- **Adultos con sobrepeso y obesidad** - Asesoría conductual intensiva para adultos con sobrepeso u obesidad, con al menos un factor de riesgo adicional para las enfermedades cardiovasculares para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- **Prueba anual de cáncer en el pulmón.**- Prueba anual de cáncer en el pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis para los adultos entre las edades de 55 y 80 años que han fumado durante 30 años y fuman en la actualidad, o hayan dejado de fumar durante los últimos 15 años. Las pruebas deben descontinuarse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema médico que limite sustancialmente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación curativa del pulmón.
- **Cernimiento de Glucosa** –Cernimiento de Glucosa en la sangre anormal & Diabetes Mellitus Tipo 2 para adultos de 40-70 años de edad con sobre peso y obesidad sin costo compartido y siguiendo las nuevas recomendaciones del United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular. Los médicos deben ofrecer o referir a los pacientes con glucosa anormal de la sangre (arriba de sobre 135/80mmg) hasta la atención intensiva de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física.
- **Cernimiento para detectar infertilidad**- Cernimiento para la detectar infertilidad para hombres y mujeres Estas pruebas serán sin costo compartido
- **Prevención de caídas para adultos mayores** – Se recomienda ejercicio o terapia física para prevenir caídas en los hogares de adultos de 65 años o más que están en alto riesgo de caídas.
- **Prevención de caídas para adultos mayores: Vitamina D** – Se recomienda suplementos de Vitamina D para prevenir caídas en los hogares de adultos de 65 años o más que están en riesgo de caídas.
- **Prueba de cernimiento del Virus de la Hepatitis C (HCV) – Hepatitis C virus infection screening** – El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda el estudio para la detección de la infección por el virus de la Hepatitis C a personas de alto riesgo de infecciones. También recomienda ofrecer 1 prueba por el VHC a adultos nacidos entre los años 1945 y 1965
- **Prueba de cernimiento del Virus de la Hepatitis B (HDV) – Hepatitis B virus infection screening** – El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda el estudio para la detección de la infección por el virus de la Hepatitis B a personas de alto riesgo de infecciones. A parte de las mujeres embarazadas, también aplica a adultos y adolescentes que no están embarazadas. Cernimiento para adultos riesgo de infección.
- **Cernimiento para la prevención de eventos de ECV (CVD)** - El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda que los adultos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) (es decir, enfermedad sintomática de la arteria coronaria o accidente cerebrovascular trombótico) usen dosis bajas a moderadas de estatinas para la prevención de eventos de ECV cuando cumplan con los siguientes criterios:
 - 1)Pantallas son 40 a 75 años de edad; 2) Pantallas tienen una o más enfermedades cardiovasculares factores de riesgo (es decir, dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo); 3)Pantallas tienen un riesgo calculado de 10 años de un evento cardiovascular de 10% o más

Identificación de la dislipemia y el cálculo de riesgo de eventos de ECV 10 años requieren universal lípidos cribado en adultos 40 a 75 años.

- **Cernimiento para detectar Tuberculosis:** El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda el estudio de tuberculosis latente para adultos en alto riesgo
- **Consejería para la prevención del cáncer de la piel** - El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda asesoramiento para adultos, jóvenes, adolescentes y padres de menores acerca de minimizar la exposición a la radiación o rayos ultravioleta (UV) para personas entre las edades de 6 meses hasta los 24 años con piel blanca y delicada para reducir el riesgo de cáncer en la piel.
- **Infección de Sífilis en adultos y adolescentes** - El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda es cernimiento de sífilis en adultos y adolescentes no embarazados de alto riesgo

SERVICIO PREVENTIVO PARA MUJERES. INCLUYENDO MUJERES EMBARAZADAS

Servicio Preventivo

- **Anemia** - Cernimiento rutinario para mujeres embarazadas asintomáticas por deficiencia de hierro
- **Bacteriuria (o infección en el tracto urinario)** - Cernimiento para bacteriuria asintomáticas por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si es mas tarde.
- **BRCA** - Examen por parte de los médicos primarios a mujeres que tienen historial familiar de cáncer de mama, de ovario, trompas, o cáncer peritoneal con una de las herramientas diseñadas para identificar historial familiar que puede estar asociada con un mayor riesgo de potenciales mutaciones nocivas en los genes de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA1 o BRCA2). Las mujeres con resultados positivos deben recibir cernimiento genético, asesoramiento y si está indicado después de la consejería, la prueba de BRCA.
- **Mamografía de Cernimiento de Cáncer de Seno** - Cernimiento para mujeres a) entre las edades de 40 a 49 consulte con su médico sobre cuando comenzar y cuan frecuente y b) entre las edades de 50 a 74 cada dos años. Cada uno (1) o dos (2) años para asegurados mayores de 40 años; bianual para asegurados entre 50 y 75 años;
- **Cáncer de Seno – Medicamentos para reducir el riesgo de cáncer de seno** - El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda que los médicos participen en la toma de decisiones compartidas e informadas con las mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama acerca de los medicamentos para reducir su riesgo. Para las mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de seno y de bajo riesgo de efectos adversos de la medicación, los médicos deben ofrece la prescripción de medicamentos para reducir el riesgo, como el tamoxifeno o raloxifeno.
- **Consejería de quimio-prevención de cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo - Hable con su médico sobre el asesoramiento genético y las pruebas** - El asesoramiento genético y las pruebas genéticas pueden ayudarle a comprender su riesgo de cáncer. Los médicos no recomiendan las pruebas genéticas para todas las mujeres, pero es posible que desee considerarlas si: Dos o más de sus familiares cercanos (como padres, hermanas o niños) han tenido cáncer de mama o de ovario
 - Un familiar cercano tenía cáncer de seno antes de los 50 años
 - Un familiar cercano ha tenido cáncer en ambos pechos
 - Un miembro de la familia tenía cáncer de mama y de ovario
 - Tienes herencia judía de Europa Oriental

- **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.
- **Cernimiento de Cáncer Cervical** - Para mujeres sexualmente activas entre las edades de 21 a 65 años por medio de citología (PaP cada tres años). Prueba de virus de papiloma humano en combinación con citología cada 5 años para mujeres entre las edades de 30 a 65 años.
- **Métodos Anticonceptivos aprobados por la FDA** ** Incluye métodos hormonales y dispositivos (aparatos intrauterinos) implantados o removidos. La inserción y remoción de aparatos intrauterinos están cubiertos. El Medicamento Plan B (conocida como el morning after pill) estará cubierto a través de farmacias contratadas. Se requiere prescripción médica. Todos los métodos anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), procedimientos de esterilización (cirugía y por implante) para mujer y procedimiento de esterilización para hombre por medio de cirugía, DUI de cobre, DUI con Progesterin, por medio de inyección, anticonceptivos orales, el parche, el anillo anticonceptivo vaginal, el diafragma, la esponja, capuchón cervical con espermicida, la varilla implantable, condones de hombre y de mujer, la crema espermicida, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva.

** Las directrices relativas a los métodos anticonceptivos y el asesoramiento antes descritas no se aplican a las mujeres que son participantes o beneficiarios de los planes de salud grupales patrocinados por empleadores religiosos. A partir del 1 de Agosto, 2013 a un empleador religioso se define como un patrón que está organizado y opera como una entidad sin fines de lucro y que se hace referencia en la sección 6033 (a) (3) (A) (i) o (iii) de la Código de Rentas Internas . HRSA observa que, del 1 de agosto de 2013, los planes de salud colectivos establecidos o se manejados por los empleadores o Entidades religiosos (y cobertura de seguro médico de grupo proporcionada en relación con dichos planes) están exentas de la obligación de cubrir los servicios de anticoncepción bajo la sección 2713 del Servicio de Salud Pública Ley, y que se incorpora a la Ley de Jubilación de Empleados de Seguridad de Ingresos y el Código de Rentas Internas. HRSA también toma nota de que, desde el 1 de enero de 2014, modificaciones están disponibles a planes de salud colectivos establecidos o manejados por ciertas organizaciones las cuales son elegibles (y la cobertura del seguro de salud de grupo proporcionada en relación con este tipo de planes), así como la cobertura de seguro de salud para empleados organizadas y mantenidas por organizaciones las cuales son elegibles, con respecto al requisito de cobertura anticonceptiva.

- **Cernimiento y consejería para la violencia doméstica e interpersonal** - Cernimiento y consejería sobre violencia domestica e interpersonal.
- **Suplementos de ácido fólico** - Para todas las mujeres que planean o tienen capacidad de quedar embarazadas tomar un suplemento diario de 0,4 a 0,8 mg (400 a 800 pg.) de ácido fólico.
- **Pruebas de Cernimiento de diabetes gestacional** - Para embarazadas desde las 24 de gestación y en la primera visita prenatal para mujeres identificadas con alto riesgo de diabetes.
- **Virus de la Hepatitis B** - Cernimiento de Mujeres Embarazadas en su primera visita prenatal. El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda el estudio para la detección de la infección por el virus de la Hepatitis B a personas de alto riesgo de infecciones. A parte de las mujeres embarazadas, también aplica a adultos y adolescentes que no están embarazadas. Cernimiento para adultos riesgo de infección.
- **Consejería y cernimiento de detección para la infección del virus de inmune deficiencia** - Pruebas de cernimiento del HIV y consejería para toda sexualmente activa incluyendo a mujer embarazada que se encuentren en proceso de dar a luz o prontas a dar a luz y cuyo resultado de HIV es desconocido y que no se han hecho nunca la prueba.

- **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.*
- **Osteoporosis** - *Cernimiento para osteoporosis en mujeres de 65 años de edad o mayores y en mujeres más jóvenes cuyo riesgo de fracturas es igual o mayor al de una mujer de raza blanca de 65 años que no tenga riesgos adicionales.*
- **Cernimiento de Preclampsia** - *El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda el estudio para la detección de la preclampsia en mujeres embarazadas con hipertensión arterial alta.*
- **Clasificación de Grupo Sanguíneo – Factor Rh(D)** - *Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita de cuidado prenatal y posteriormente para todas las mujeres RH (D) negativo entre las 24 y 28 semanas de gestación que no han sido de sintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea RH (D) negativo.*
- **Uso de Tabaco y Medicamento** - *Cernimiento e intervenciones para mujeres usuarias de tabaco e intervenciones extendidas para embarazadas que utilizan tabaco. Este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por años.*
- **Enfermedades de Transmisión Sexual** - *Consejería anual para mujeres sexualmente activas*
- **Cernimiento de infección de Clamidia y Gonorrea** - *Cernimiento para mujeres de 24 años o menos de edad o mujeres de 25 años o más de edad de alto riesgo y mujeres embarazadas. También incluye el monitoreo de la infección en mujeres sexualmente activas y aquellas no embarazadas en alto riesgo.*
- **Sífilis** - *Cernimiento para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con alto riesgo*
- **Visitas Preventivas de Mujeres a servicios de ginecología y obstetricia** - *Visitas preventivas para obtener los servicios preventivos recomendados con acceso directo y sin referido o autorización, a servicios de ginecología y obstetricia.*
- **Exámenes de HIV** – *Las siguientes pruebas incluidas en el más reciente recomendaciones de la “United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés)” : 1) 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 la semana 28 y 34 de embarazo)*
- **Aspirina** - *Aspirina en dosis bajas (81 mg/d) como medicación preventiva después de 12 semanas de gestación en mujeres que estén en alto riesgo de preclamsia.*

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS

Servicio Preventivo

- **Abuso de Alcohol** – Cernimiento y Consejería. *El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda a los médicos que proveen asesoramiento a para adolescentes (18) o más adultos por el abuso de alcohol y que proveen a las personas con comportamiento riesgoso y consumo de alcohol peligroso consejería e intervención para reducir el consumo de alcohol.*
- **Uso de Tabaco, Alcohol o Drogas** - *Evaluaciones para adolescentes y niños de entre las edades de 11 a 21 años*
- **Autismo** - *Cernimiento para niños menores entre los 12 y 36 meses.*
- **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*
- **Cernimiento de presión sanguínea** - *Cernimiento de presión sanguínea para niños y adultos de 18 años en adelante*
- **Desplazamiento Cervical** - *Cernimiento para niñas sexualmente activas*
- **Hipotiroidismo Congénito** - *Cernimiento para recién nacidos*
- **Depresión** - *Cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, psicoterapia (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento.*
- **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*
- **Suplementos Orales de Fluoruro** - *Suplementos Orales de Fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor empezando en la edad de (6) seis meses.*
- **Profilaxis Ocular en el recién nacido para la prevención de Gonorrea** - *El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda la administración de gotas oftálmicas, que contienen antibióticos y que se colocan en los ojos del recién nacido. Una disposición legal exige la realización de este procedimiento para proteger al bebé contra una posible infección de gonorrea no diagnosticada en el cuerpo de la madre.*
- **Cernimiento Auditivo** - *Cernimiento de audición para recién nacidos incluyendo la evaluación auditiva a bebés recién nacidos antes que sean dados de alta por el hospital y se extiende para el cuidado de seguimiento.*
- **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 15 – 17 años.*
- **Hematocritos o Hemoglobina** - *Cernimiento para niños*
- **Hemoglobinopatías o Enfermedad de Células Falciformes** - *Cernimiento para la detención de células falciformes para los recién nacidos*

- **Cernimiento de HIV** - Cernimiento para la infección de VIH se ofrecerá como parte de las pruebas de rutina de una evaluación médica al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad en bajo riesgo y anualmente para todas las personas en alto riesgo. Persona en alto riesgo son aquellas que están más expuestas a la posibilidad de infección, incluyendo usuarios de drogas intravenosas y sus compañeros sexuales, personas que intercambian relaciones sexuales por dinero o drogas, compañeros sexuales de personas portadoras del VIH, personas quienes han tenido más de un compañero sexual desde su más reciente prueba de VIH así como cualquier otra categoría de personas que amerite una mayor atención de naturaleza preventiva, según disponga el Departamento de Salud mediante reglamento, utilizando las recomendaciones establecidas tanto en las Declaraciones o Guías para las Pruebas de Detección de VIH del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force Screening for HIV Recommendation Statements) como en las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (“CDC”, por sus siglas en inglés).
- **Inmunización (Vacunas) de Niños** - Para niños desde nacimiento hasta la edad de los 21 años de edad. Las dosis, edades pueden variar, consulte con su médico. Incluye: Haemophilus influenzae type b, Hepatitis A, Hepatitis B, Rotavirus, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella, Meningococcal conjugate vaccine (MCV4), Pneumococcal, Tetanus, Diphtheria, Pertussis, Inactivate Poliovirus, Varicella incluyendo las de seguimiento (“catch-up”)
- **Suplementos de Hierro** - Para niños en edades de 4 a 21 meses a riesgo de anemia
- **Cernimiento de Plomo** - Cernimiento de para detectar el nivel de plomo en la sangre para niños entre 1 y 6 años que están en riesgo de estar expuestos y cernimiento para mujeres también embarazadas asintomáticas.
- **Historial Médico** - Para todo niño durante el desarrollo; entre las edades de 0-11 meses, 1-4 años, 5 – 10 años 11-14 años, 15-17 años.
- **Obesidad** - Para niños de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso.
- **Prevención de Caries Dentales - Salud Oral para niños recién nacidos hasta la edad de 5 años** - El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria prescriban suplementos de fluoruro oral a partir de los 6 meses de edad para los niños cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro hasta la edad de 5 años.
- **Prevención de Caries Dentales - Aplicación (tópica) del Barniz de Fluoruro** - El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda que los médicos de atención primaria apliquen barniz de fluoruro a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir de la erupción de los dientes primarios hasta la edad de 5 años.
- **Infección de Sífilis en adultos y adolescentes** - El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda es cernimiento de sífilis en adultos y adolescentes no embarazados de alto riesgo
- **Enfermedad de Transmisión sexual** - Alto nivel de consejería de conductual para la prevenir las infecciones de trasmisión sexual (ETS) para adolescentes sexualmente activos en mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual.
- **Phenylketonuria (PKU)** - Cernimiento en recién nacidos para desordenes genéticos
- **Tuberculina** - Prueba de tuberculina para niños en mayor riesgo de tuberculosis de edades de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, 11 a 14 años y de 15 a 17 años.

Visión - Cernimiento de visión en todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía y sus factores de riesgo. **Low visión:** Espejuelos para asegurados hasta los 21 años, un par (1) por año póliza, dentro de la colección contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para asegurados con pérdida significativa de la visión, pero no tienen ceguera total. Además cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para asegurados hasta los 21 años con pérdida significativa de visión, pero que no tienen ceguera total. Este beneficio, incluyendo Low Vision, se ofrece con cero copago o coaseguro.

- **Intervención por el uso del tabaco para niños y adolescentes** *El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda que los médicos proveen intervención, incluyendo educación o consejería para prevenir el iniciar el uso de tabaco en niños de edad escolar y adolescentes*
- **Consejería para la prevención del cáncer de la piel** - *El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda asesoramiento para adultos, jóvenes, adolescentes y padres de menores acerca de minimizar la exposición a la radiación o rayos ultravioleta (UV) para personas entre las edades de 6 meses hasta los 24 años con piel blanca y delicada para reducir el riesgo de cáncer en la piel.*
- **Prueba de cernimiento del Virus de la Hepatitis B (HDV) – Hepatitis B virus infection screening** – *El United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés) recomienda el estudio para la detección de la infección por el virus de la Hepatitis B a personas de alto riesgo de infecciones incluyendo adultos y adolescentes que no están embarazadas.*

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

- **Tratamiento del Autismo conforme a la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre del 2012** - *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, en nuestro plan de salud, luego que la necesidad médica haya sido establecida por un médico licenciado, conforme lo establece el Artículo 15 – “Planes Médicos Privados” de la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre del 2012. Los servicios cubiertos en nuestro plan incluyen pero no se limitan a genética, neurología, inmunología gastroenterología, nutrición, terapias del habla y terapias de lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas, e incluirá visitas médicas y pruebas medicamente necesarias.*
- **Monitoreo anual para Osteoporosis conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012** - *PALIC-PR y según la Ley 218-2012 aprobada el 30 de agosto establece en este plan médico que los tratamientos para las condiciones de la Osteoporosis estarán cubiertos. Los servicios cubiertos incluye visitas médicas y pruebas medicamente necesarias para su monitoreo y tratamiento.*
- **Ley Número 140 del 22 de septiembre de 2010** – *En conformidad con esta Ley, PALIC-PR incluirá bajo la lista de medicamentos preferidos para el tratamiento de adicción a opiáceos el medicamento conocido como buprenorfina conocido en inglés como “buprenorphine”.*
- **Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia conforme a la Ley Núm. 107 del 5 de Junio de 2012** – *Según las disposiciones de la ley Núm. 107 del año 2012, aprobada el 5 de Junio, PALIC-PR en conformidad con esta ley, cubrirá bajo este plan 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.*
- **Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015** – *Según la Ley Núm. 62 de 4 de mayo 2015 y en conformidad con esta, PALIC-PR cubrirá bajo este plan el uso de equipos tecnológicos si son necesarios para que el usuario pueda mantenerse con vida para que se continúe con el beneficio de servicio a pacientes menores de 21 años y a los pacientes mayores de veintiún (21) años y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar.*

- **Pruebas para el Diagnóstico de la capacidad física y mental de los estudiantes conforme la Ley Núm. 296 del 1 de septiembre de 2000 - Prueba Psicológica:** En Conformidad con esta la ley, PALIC-PR ha establecido en este plan que las pruebas para el diagnóstico de la capacidad física y mental de los estudiantes en el inicio del curso escolar requeridas por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, conocida como Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico han de cubrirse bajo este plan, sin costo alguno más allá de la prima establecida originalmente en los planes. Dicha evaluación médica deberá incluir evaluaciones física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición. Entre las evaluaciones durante el año en curso son: Historial Médico del niño, Examen Físico General, Medidas de Cabeza, Estaturas, Peso, Masa Corporal, Presión Arterial, Cernimiento de Visión, Cernimiento de Audición, Evaluación de Desarrollo, Hematocrito o Hemoglobina, Análisis de Orina, Prueba de Excreta, Prueba de Tuberculina, Asma, Epilepsia, Piel, Guía Anticipada (Orientación), Colesterol, Glucosa y Problemas del Habla.
- **Ley Núm. 177 del 13 de agosto del año 2016** - En conformidad con La Ley ,según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, PALIC-PR incluirá, como parte de su cubierta básica el suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años y un mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y ciento cincuenta (150) lancetas cada mes, con el propósito del monitoreo de los niveles de glucosa en los pacientes diabéticos menores de veintiún (21) años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo. Pacientes con niveles anormales de arriba de 135/80mmg se les referirá a consejería para promover la dieta saludable y actividad física.
- **Ley 275 del 27 de Septiembre de 2012 – “Carta de Derechos de los Pacientes Sobrevivientes de Cancer - Sección 3 – A (g) y 3 – E (d) –**

Derechos Generales – Sección 3 A (g) PALIC-PR no rechazara o denegara ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, cuando medie una recomendación médica a esos fines. Médicos, organizaciones de servicios de salud, aseguradoras y proveedores no podrán rechazar o denegar tratamiento entre los cuales se incluye la hospitalización, diagnósticos y medicamentos a cualquier paciente diagnosticado con cáncer. Para el sobreviviente de cáncer, el tratamiento y monitoreo frecuente y permanente de la salud física y el bienestar emocional del asegurado, no quedara al descubierto.

Derechos adicionales para féminas pacientes de cáncer – Sección 3 E (c) - Se incluirán como parte de las cubiertas bajo este plan, los exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical.

Derechos adicionales para féminas pacientes de cáncer – Sección 3 E (d) - PALIC-PR proveerá bajo este plan, cubierta ampliada para el pago de estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sono-mamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.
- **Ley Núm. 140 del 22 de Septiembre del 2010** – PALIC-PR proveerá cubierta, conforme a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, planes de seguros que brinden servicios en Puerto Rico, así como a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, y a cualquier entidad contratada para ofrecer servicios de salud o de seguros de salud, a través de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. PALIC-PR incluirá dentro del “Medicaid Preferred Drug List”, o la lista de preferencia de medicamentos del plan médico, para el tratamiento de adicción a opiáceos, el medicamento conocido como buprenorfina, conocido en inglés como “buprenorphine”.

- **Ley Núm. 212 del 9 de Agosto Del 2008** *PALIC-PR deberá proveer el pago de la cubierta de servicios clínicos, para el tratamiento de la obesidad mórbida y el síndrome metabólico con la cirugía bariátrica, siempre y cuando un médico y hospital especializado en medicina bariátrica y/o cirugía bariátrica lo estipule necesario bajo referido, así como para el pago de los procedimientos, diagnósticos, tratamientos y medicamentos posteriores a la cirugía. Este plan ofrecerá, sujeto a pre-autorización. La póliza cubre un procedimiento por vida por miembro a escoger entre los tipos de cirugía bariátrica, para el tratamiento de la obesidad mórbida permitida bajo esta Ley. Este plan requiere a los asegurados y beneficiarios que cumplan un período de espera, el cual es de 12 meses, previo a que se cubra el beneficio dispuesto por esta Ley, excepto cuando el médico certifique que la vida del paciente se encuentra en riesgo inminente. El procedimiento quirúrgico para el control de la obesidad, se podrá practicar mediante cuatro técnicas: bypass gástrico, banda ajustable, balón intragástrico o gastrectomía en manga pero PALIC-PR no cubrirá la cirugía del balón intragástrico solamente bypass gástrico, banda ajustable y gastrectomía en manga.*
- **Ley Núm. 349 del 1 de Septiembre del 2000 - Carta de Derechos de las Personas Portadoras del Virus VIH/SIDA** *PALIC-PR proveerá bajo este plan el pago por servicios relacionados con el VIH/SIDA sin ninguna restricción. El Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconoce su responsabilidad de proveer, hasta donde sus medios y recursos lo hagan factible, las condiciones adecuadas que promuevan en las personas portadoras del virus VIH/SIDA el goce de una vida plena y el disfrute de sus derechos naturales humanos y legales*
- **Ley 139 del 8 de Agosto del 2016 –** *PALIC-PR incluye en su plan de salud la cobertura de la "preparación de aminoácidos libres de fenilalanina" para los pacientes diagnosticados con el trastorno genético llamado fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de la edad del paciente. Ofreciendo cubierta para la atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innato del metabolismo*
- **Ley 161 del 1 de Noviembre del 2010 –** *PALIC-PR permitirá que el padre o tutor de un menor dependiente pueda seleccionar a un pediatra como su proveedor de cuidado primario, siempre que este médico pediatra sea parte de la red de proveedores del plan de cuidado de salud*

SERVICIOS CUBIERTOS EN LOS ESTADOS UNIDOS A LA PERSONA CUBIERTA

Servicios provistos en los Estados Unidos, estarán cubiertos únicamente en caso de emergencia. Estos servicios no están sujetos a pre-autorización del plan. Aplicaran los coaseguros correspondientes al plan seleccionado.

Si cualquier persona con derecho a beneficios sujetos a esta póliza recibe los servicios cubiertos de profesionales o facilidades no participantes fuera de Puerto Rico, PALIC-PR pagará directamente a la facilidad el gasto incurrido hasta la cantidad que hubiese pagado a un profesional o facilidad participante o hasta la cantidad correspondiente de acuerdo a lo especificado en el beneficio. PALIC-PR pagará la tarifa usual y acostumbrada del área donde se reciba el servicio en los Estados Unidos.

En casos que requieran equipo, tratamiento y facilidades que no estén disponibles en Puerto Rico. Estos servicios estarán sujetos a pre-autorización del plan y coaseguros correspondientes al plan seleccionado. PALIC-PR pagara la tarifa usual y acostumbrada del área donde se reciba el servicio en los Estados Unidos.

Tratamientos electivos no se consideran como emergencia, por lo tanto los mismos no serán cubiertos por este plan. Tampoco se pagaran los servicios si la razón principal del viaje es para procurar servicios médicos-hospitalarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una condición de salud existente a la fecha del comienzo del viaje.

ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS

Los HMO/Centro de Servicios Primarios generalmente limitan la cobertura a los asegurados que usan proveedores de la Red. Un HMO/Centro de Servicios Primarios no cubre o limita la cobertura de los proveedores que no pertenecen a la red, excepto en caso de emergencia. Si se atiende con un médico o en un hospital que no pertenece a la red del HMO o Centro de Servicios Primario, puede que tenga que pagar el precio total del servicio. Los asegurados de los HMO o Centro de Servicios Primarios por lo general tienen un médico de cabecera y

necesitan una orden de dicho médico para atenderse con un especialista.

- **HMO “Health Maintenance Organization” (Organización para el Mantenimiento de la Salud)**
 - Usualmente los servicios se ofrecen a través de una Organización, Cooperativas de Médicos u Hospital previamente determinado. Lo servicios se ofrecen dentro de las facilidades de dicho centro de salud. El centro de servicios primarios o centro de salud es la única puerta de entrada para recibir los servicios.
 - Es necesario que seleccione un médico primario o de cabecera.
 - Se necesita ser referido por su médico primario o médico de cabecera en caso de necesitar ver a un especialista. Es su médico primario o el médico de cabecera el que lo refiere.
 - Red de proveedores de médicos y hospitales es más reducida y se limita a la Red del HMO en términos de facilidades y facultad medica de dicho centro.
 - No se necesita referidos en caso de emergencia y puede ir dentro o fuera de la red. PALIC-PR pagará por servicios de emergencia fuera de la red solamente sólo en el caso que el centro no esté al alcance del asegurado para recibir el servicio.
 - Deducibles y coaseguros son más bajos que los de un PPO.
 - Los Médicos Primarios (PCP) están a cargo de las decisiones médicas de sus pacientes. Éstos pueden referirlos a otros médicos y especialistas que operen fuera de la red y los asegurados recibirán la cobertura del seguro. Sin embargo, si deciden ir fuera de la red sin referencias de sus médicos de cabecera, los asegurados serán los únicos responsables de todos los gastos médicos incurridos.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

Si la persona no está recluida en un hospital, tendrá derecho a recibir los siguientes servicios, entre otros:

Descripción de los Beneficios

Servicio de Diagnósticos y Tratamiento

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios –
(Todos los siguientes Beneficios requieren referido del médico de Atención Primaria menos servicios de Emergencia, y de Ginecólogos/Obstetras que no necesitan pre autorización o designación de un médico primario)

- Visitas a la oficina del médico generalista
- Visitas a especialistas
- Visitas a sub-especialistas
- Visitas a audiólogos
- Visitas a optómetras (*Límite de (1) examen de rutina para adultos – Examen de Refracción.- por año póliza por participante.*)
- Visitas a podiatras incluyendo el cuidado de rutina de los pies
- Visitas a psicólogos clínicos y Psiquiatra
- Visitas a quiroprácticos
- Visitas a un Doctor en Naturopatía
- Ginecólogos/Obstetras sin requerir referido o autorización previa del plan
- Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio
- Inyecciones intrarticulares, hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones

- por año póliza, por persona asegurada
- Servicios en las salas de emergencia de hospitales, materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura contratada con PALIC-PR. Cubre además medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura, suministrados en salas de emergencia debido a condiciones de accidente y enfermedad. Aplica copago por enfermedad y accidente. Para pruebas diagnósticas no rutinarias provistas en salas de emergencias, que no sean laboratorios y rayos-X, aplica los coaseguros y/o límites correspondientes al beneficio ambulatorio, incluyendo la interpretación de rayos-X; según especificado en esta Póliza.
- Criocirugía del cuello uterino, hasta un (1) procedimiento por año póliza, por persona asegurada
- Servicios por condiciones de tuberculosis
- Servicios de esterilización (*Los servicios de esterilización para la mujer, como servicio preventivo y para el hombre (la vasectomía) están cubierto con cero copago o coaseguro*)

Servicios preventivos cubiertos con cero copago o coaseguro, según requerido por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act* de 2010, *Public Law No.111-152 (HCERA)*

Laboratorios, Rayos X y Otras Pruebas Diagnósticas

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios – (*Los siguientes exámenes requieren un referido de su Médico de Atención Primaria y algunos de ellos requieren Pre Autorización.*)

Exámenes tales como:

- Laboratorio clínico
- Timpanometría, hasta una (1) prueba por año póliza, por persona asegurada
- Rayos-X
- Pruebas de medicina nuclear
- Tomografía computadorizada, hasta uno (1) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada
- Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT) Sonograma
- Estudio de resonancia magnética (MRA) Tiene que ser medicamento necesario
- Estudio de resonancia magnética (MRI), hasta uno (1) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada. Tiene que ser medicamento necesario
- PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año póliza, por persona asegurada, excepto para las condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, las cuales estarán cubiertas hasta dos (2) por año póliza, por persona asegurada sujeto a pre autorización.
- Electromiogramas, hasta dos (2) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada
- Pruebas para el Estudio de Velocidad de Conducción Nerviosa (NCV - *Nerve conduction velocity study*), hasta dos (2) pruebas, de cada tipo, por año póliza, por persona asegurada
- Endoscopias gastrointestinales
- Pruebas diagnósticas en oftalmología
- Electroencefalogramas
- Pruebas cardiovasculares invasivas y no invasivas
- Pruebas vasculares no invasivas
- Electrocardiogramas
- Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), hasta una (1) prueba, de cada tipo, por vida
- Otras pruebas diagnósticas
- Examen de refracción, cubierto cuando sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría y hasta un (1) examen por año póliza, por persona asegurada.

Cuidado de Maternidad

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios.

- Servicios sin periodos de espera para la esposa asegurada en contratos de familia, cohabitantes o parejas domésticas, para la empleada asegurada, la esposa e hijas del empleado asegurado.
- Servicios pre y postnatales recibidos por la persona asegurada.
- Hospitalización – Se requiere referido médico de Atención Primaria
- Servicios de obstetricia dentro del hospital
- Uso de Sala de Partos y producción de Monitoreo Fetal (*Fetal Monitoring*)
- Uso Sala para Recién Nacidos (*Well Baby Nursery*)
- Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para Infantes (*Step Down Unit*)
- Cubierta de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias como parte de la cubierta de hospitalización para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s).
- Se proveerá una cubierta mínima de cuarenta y ocho (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 noventa y seis (96) horas si el parto requiere Cesárea.
- Visitas para cuidado preventivo de recién nacidos (well baby care) durante el primer año de vida del niño asegurado
- Perfil Biofísico, para personas aseguradas con derecho al beneficio de maternidad, hasta un (1) servicio por embarazo - **Nota:** Para los servicios de maternidad el ginecólogo obstetra será el médico de Atención Primaria de la asegurada por el tiempo que dure el embarazo. Visitas al Ginecólogos/Obstetras no necesitan pre autorización

Cuidado de Alergias

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

- Pruebas de alergia, hasta cincuenta (50) pruebas por año póliza, por persona asegurada. Vacunas para la Alergias no están cubiertas -

Terapias de Tratamiento -

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

- Radioterapia -
- Quimioterapia inyectable y cobalto se 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.
- Tratamiento Ojo Vago (Orthoptic Training)
- Diálisis y Hemodiálisis: Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de:
 - a. la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta Póliza; o
 - b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.Esto aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica

Terapia Respiratoria administrada en oficina médica

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

- Terapia respiratoria hasta dos (2) sesiones por día que pueden ser como mínimo 20 y como máximo [de 21 hasta [XX] [ser ilimitada]] sesiones por año póliza, por persona asegurada ofrecida en la oficina del médico.

Terapias de Habilitación y Rehabilitación

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

- Las terapias de habilitación y rehabilitación que pueden ser como mínimo 20 y como máximo [de 21 hasta [XX] [ser ilimitada]] sesiones por cada una de las terapias o en combinación con otras terapias hasta alcanzar el máximo de sesiones permitidas.
- Terapias de Habilitación – Limite pueden ser como mínimo 20 y como máximo [de 21 hasta [XX] [ser ilimitada]] sesiones de terapia habilitación solamente o en combinación con otras terapias hasta alcanzar el máximo por año póliza.
- Terapias de Rehabilitación – Limite pueden ser como mínimo 20 y como máximo [de 21 hasta [XX] [ser ilimitada]] sesiones de terapia de rehabilitación o en combinación con otras terapias hasta alcanzar el máximo de sesiones permitidas por año póliza.
- **Nota:** *El total de las terapias son combinadas entre terapias de habilitación, rehabilitación, manipulación quiropráctica y terapia física. Las terapias que se ofrecen en el cuidado del hogar son aparte y no se toman en consideración cuando hablamos de terapias combinada*

Servicios de Quiropráctico y Terapia Física

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

- Las terapias físicas y las manipulaciones prestadas por quiroprácticos están cubiertas un mínimo de 20 y como máximo [de 21 hasta [XX] [ser ilimitada]] terapias físicas y de manipulaciones, en conjunto (*), por año póliza, por persona asegurada. En el caso de la terapia física, la supervisión no requiere la intervención directa (cara a cara) del médico pero sí su disponibilidad en el lugar para que, de ser necesario, pueda calcular o recomendar un cambio en el plan de tratamiento.
- Si la persona asegurada recibe servicios de quiroprácticos no participantes, se reembolsará el 100% de las tarifas establecidas por PALIC-PR, luego de descontar el copago correspondiente. Además, los servicios se podrán cubrir mediante Asignación de Beneficios

Nota: **Solo se aplica un copago por visita.*

Equipo Médico Duradero (DME)

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

- Compra o renta Ventilador Mecánico o la Bomba portátil de insulina y suplidos, sujeto a pre autorización
- Los servicios provistos por proveedores no participantes en Puerto Rico serán pagados a base de las tarifas establecidas por PALIC-PR, luego de descontar el coaseguro correspondiente al servicio recibido.
- Compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración
- Compra o renta de sillones de ruedas o camas de posición
- Compra o renta de respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria.
- Cubierta del equipo tecnológico necesario

1) Ventilador Mecánico

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

Incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento de terapia respiratoria, terapia física y ocupacional para asegurados.

Estos servicios estarán cubiertos sujeto a que el asegurado, o su representante, presenten evidencia de justificación médica y de inscripción del asegurado en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para estos propósitos. También se cubren los suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos relacionados con el Ventilador Mecánico.

La Ley Núm. 62 del 4 de mayo 2015 establece que se cubre el uso de equipos tecnológicos si son necesarios para que el usuario pueda mantenerse con vida para que se continúe con el beneficio de servicio a pacientes menores de 21 años y a los pacientes mayores de veintiún (21) años y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar. Se entenderá como beneficiario a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar.

Los servicios de enfermería diestra con conocimiento en terapia respiratoria, relacionados con el uso de ventilador mecánico así como las terapias físicas y ocupacionales, están cubiertos hasta un máximo de ocho (8) horas de servicio diario.

2) Bomba Portátil de Infusión de Insulina y suplidos para pacientes menores de veintiún (21) años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1

Incluye un monitor de glucosa cada tres (3) años y un mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y ciento cincuenta (150) lancetas cada mes, con el propósito del monitoreo de los niveles de glucosa en los pacientes diabéticos; ambas cubiertas para pacientes menores de veintiún (21) años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo.

Cuidado de Salud en el Hogar

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

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 éstos 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), limitados a 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, limitadas a un máximo de dos (2) visitas diarias.
- **Terapias Físicas, Ocupacionales, del Habla y de Lenguaje** – que son mínimo 40 y como máximo [de 41 hasta [XX] [ser ilimitada]] visitas en el hogar, por año póliza. Las Terapias para condiciones de Autismo están cubiertas y estas no tienen límites en las visitas.

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 uno como una visita en el hogar.

Servicios de Emergencia en facilidades no participantes en Puerto Rico se pagará directamente al proveedor a base de las tarifas establecidas y no por reembolso.

Nota: Este tipo de servicios deberán ser supervisados por un médico licenciado y su necesidad médica deberá ser certificada por escrito por el médico.

Servicios de Nutrición

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

Servicios de Nutrición por Obesidad Mórbida, Condiciones Renales y Diabetes:

PALIC-PR pagará por los servicios de nutrición, prestados en Puerto Rico, por médicos especialistas en nutrición o enfermedades metabólicas. Las visitas a estos especialistas, debidamente certificados por la entidad gubernamental designada para tales propósitos, estarán cubiertas siempre que sean médicamente necesarias y estén asociadas solo para el tratamiento de obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes. Las visitas estarán limitadas a un mínimo de 4 y como máximo [de 5 hasta [XX] [ser ilimitada]] por año Póliza, por persona asegurada. En el caso de los servicios de nutrición por condiciones renales, estarán cubiertos solo durante el periodo de los primeros 90 días a partir de: a) la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta Póliza o; b) la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicará cuando la diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.

- Procedimiento de Cirugía Bariátrica. Una (1) operación de por vida por persona asegurada

Otros servicios para el tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo de Autismo

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

Esta Póliza cubre los servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo de Autismo, sin límites, tales como:

- Exámenes y procedimientos neurológicos
- Inmunología
- Servicios de gastroenterología
- Pruebas genéticas
- Pruebas de laboratorio para autismo
- Servicios de nutrición
- Terapia física, ocupacional, del habla y de lenguaje
- Visitas al psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social.

CUBIERTA ESTANDAR DE VACUNACION PARA NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

La tabla en esta página resume la cubierta estándar de vacunas de PALIC-PR. Para mayor información sobre la cubierta llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al [(787) 620-1414]

A. VACUNAS PREVENTIVAS – Resumen de la cubierta estándar de vacunas

Las vacunas cubiertas en esta Póliza serán ofrecidas en el centro de servicios primarios o HMO. Si las vacunas no están disponibles en el centro de servicios primarios o HMO entonces es necesario un referido de su Médico de Atención Primaria para que pueda recibir estas vacunas en otro proveedor participante de la red de PALIC-PR. Cabe enfatizar que en el caso de niños y en algunos adolescentes, el médico de Atención Primaria es el Pediatra.

A continuación se incluyen las vacunas que se consideran como Preventivas, según estipulado por la Reforma de Salud Federal, las cuales estarán cubiertas con cero (\$0.00) copago.

Nota: *Vacuna incluye las de seguimiento “catch ups” y se cubre hasta que el individuo alcance la edad indicada.

Vacunas Preventivas Estándar con \$0 Co-pago

Desde 2 meses:

- **ROTA** (Rotavirus Vaccine)(90680) – Hasta los 8 meses
- **ROTA** (Rotavirus Vaccine, human - Rotarix) (90681) – Hasta los 8 meses
- **IPV*** (Inactivated Poliovirus Vaccine – injectable (90713) – Hasta los 18 años
- **Hib*** (Haemophilus Influenza B Vaccine) (90645; 90646; 90647, 90648) – Hasta los 6 años

Desde 2 años:

- **PPV** (Pneumococcal Polysaccharide Vaccine) (90732)
- **Menomune** (Meningococcal Polysaccharide Vaccine) (90733)
- **MCV4 - Meningitis** (Meningococcal Conjugate Vaccine - Menactra) (90734)

Hasta 5 años*:

- **PCV** (Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar) (90669)
- **PCV** (Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13) (90670)

Hasta los 7 años*:

- **DTaP** (Diphtheria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine) (90700)

Desde 11 años:

- **Tdap*** (Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis)(90715) – Hasta los 19 años
- **HPV*** (Human Papilloma Virus) (Gardasil-90649, Cervarix-90650) - (Desde los 9 años para casos de niñas y niños víctimas de abuso sexual quienes no han comenzado o completado las 3 dosis) Hasta los 27 años

Desde 60 años:

- **Zoster** (Zostavax) (90736)

Edades variables:

- **FLU** (Influenza Virus Vaccine)
 - (90654) Desde los 18 años hasta los 65 años*
 - (90655, 90657) Hasta los 3 años (2 dosis)
 - (90656, 90658) Desde los 3 años
 - (90660, 90672) (for intranasal use)
- **MMR** (Measles, Mumps and Rubella Vaccine) (90707) – sin límite de edad
- **VAR** (Varicella Virus Vaccine) (90716) – sin límite de edad
- **DT** (Diphtheria, Tetanus Toxoid) (90702) – Desde los 4 meses
- **HEP A** (Hepatitis A Vaccine):
 1. (90633, 90634) – Desde 1 año
 2. (90632) – Desde los 18 años
- **Td** (Tetanus and Diphtheria Toxoid Adsorbed) (90714; 90718) – sin límite de edad
- **HEP B** (Hepatitis B Vaccine):
 1. (90744) – Hasta los 20 años*
 2. (90746) – Desde los 20 años
 3. (90747) – sin límite de edad

Vacunas con \$0 Co-pago o Co-aseguro

- **Pentacel*** (90698) – Hasta los 5 años (**PPACA**)
- **DtaP-IPV-HEP B*** (Pediarix) (90723) Hasta los 7 años (**PPACA**)
- **Kinrix*** (90696) Hasta los 7 años (**PPACA**)
- **Tetanus Toxoid** (90703) – sin límite de edad

Vacunas con Copago o Coaseguro – Requiere referido médico de Atención Primaria.

- Inmunoprofilaxis para el virus **Syncitial** (Sincitial) respiratorio (**Palivizumab**), se cubre hasta los dos (2) años, sujeto a pre autorización y siguiendo el protocolo establecido por la Ley Número 165 del año 2006.
- Aquellas vacunas que no estén incluidas del listado PPACA o dentro de la Reforma de Salud Federal que no están dentro del cuadro de vacunas preventivas

Nota: Los códigos de las vacunas incluidas se presentan según publicadas por el Manual del CPT, (*Current Procedural Terminology Manual*), en su última revisión. Cualquier actualización posterior podría cambiar el código incluido. Para una versión actualizada, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

SERVICIO BASICO DE VISION

Servicio Básico Cubierto Pediátrico

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios

- Examen de rutina limitado a una (1) visita por año póliza.
PALIC-PR pagara por un (1) par de anteojos por año póliza incluyendo lentes y el marco por año póliza por niño asegurado. Los copagos o coaseguros son para el examen de la vista (no para lentes o marcos).

LIMITACIONES A LOS SERVICIOS DE VISION PEDIATRICA:

1. Este servicio se ofrece hasta el día que el asegurado cumpla veinte uno (21) años de edad.
2. Low Vision: Espejuelos para asegurados hasta los 21 años, un par (1) por año póliza, dentro de la colección contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para asegurados con pérdida significativa de la visión, pero no tienen ceguera total. Además cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para asegurados hasta los 21 años con pérdida significativa de visión, pero que no tienen ceguera total.
3. Estos servicios se ofrecen con cero copago o coaseguro para menores de 21 años

Servicio Básico Cubierto para Adulto

- Examen de rutina limitado a una (1) visita por año póliza.
PALIC-PR pagará un máximo de [\$100 o \$150] por anteojos (1) por año póliza. Referirse a la Tabla Copagos, Coaseguros y Deducibles. Los copagos o coaseguros son para el examen de la vista (no para lentes o marcos).

LIMITACIONES A LOS SERVICIOS DE VISION PARA ADULTO

- El examen de Refracción está limitado a uno (1) por año póliza por persona asegurada.

SERVICIOS MEDICOS - QUIRURGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

PALIC-PR se compromete a pagar, a base de las tarifas establecidas para tales propósitos, por los servicios cubiertos en esta Póliza que sean prestados a la persona asegurada durante periodos de hospitalización.. Sólo estarán cubiertos durante cualquier periodo de hospitalización los servicios de médicos que normalmente estén disponibles en el hospital [Nombre de Hospital] en que la persona asegurada se hospitalice. Si los servicios que el asegurado necesita no están disponibles en el hospital [Nombre del Hospital] el asegurado podrá buscar o escoger otro proveedor que participe de la red de proveedores de PALIC-PR siempre y cuando cumpla con los requisitos de referido por su Médico Primario y pre-autorizaciones aplicables.

Ninguna persona asegurada bajo esta póliza, que se hospitalice en una habitación semiprivada del hospital, estará obligada a pagar cantidad alguna a un médico participante por los servicios cubiertos por esta Póliza que el médico le preste. El pago de honorarios médicos en estos casos lo efectuará directamente PALIC-PR a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos. En adición, todos los aseguradores bajo planes médicos deberán estipular salvo en el caso de diferencias en el costo de la habitación, los proveedores de servicios médicos con quienes tienen contratos se abstengan de cobrar a pacientes recluidos en habitaciones privada , cantidades distintas a aquellas que tendrían derecho de cobrar si dichos pacientes estuviesen recluidos en habitaciones semiprivadas.

Descripción de los Beneficios

Servicios Médicos - Quirúrgicos

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

Durante periodos de hospitalización la persona asegurada tiene derecho a recibir los siguientes servicios médico-quirúrgicos, entre otros:

- Cirugías
- Servicios de diagnóstico
- Tratamientos
- Administración de anestesia
- Anestesia Epidural
- Consulta de especialistas
- Trasplantes de piel, hueso y córnea. Se necesita pre-autorización. También incluyen transportación de los materiales y cargos directamente relacionados con el servicio de trasplante, incluyendo: cuidado previo a la cirugía, post-cirugía y tratamiento relacionado a medicamentos inmunosupresores, a través de proveedores y en caso de que el proveedor no esté contratado se trabajará a través de reembolso.
- Endoscopias gastrointestinales
- Servicios de rinoplastia
- Servicios de esterilización (*Los servicio de esterilización para la mujer , como servicio preventivo y para el hombre (la vasectomía) están cubierto con cero copago o coaseguro*)
- Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal y su seguimiento después de dejar el hospital
- Servicios de Prueba y Procedimiento Neurológico
- PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año póliza, por persona asegurada, excepto para las condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, las cuales estarán cubiertas hasta dos (2) por año póliza, por persona asegurada sujeto a pre autorización.
- Electromiogramas, hasta dos (2) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada
- Pruebas para el Estudio de Velocidad de Conducción Nerviosa (NCV - *Nerve conduction velocity study*), *Nerve conduction velocity study*, hasta dos (2) pruebas, de cada tipo, por año póliza, por persona asegurada

- Medicamentos de quimioterapia inyectable y radioterapia si está hospitalizado
- Cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar). Se excluyen los gastos por implantes relacionados a la cirugía ortognática. Se requiere pre-autorización para este beneficio.
- Cirugía de bypass gástrico- Este plan médico cubre solo cirugía de bypass gástrico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una (1) cirugía de por vida, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico. Requiere pre-autorización. La cirugía bariátrica puede tener periodo de espera; se evalúa cada caso y si cumple con los criterios se autoriza

SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL, FACILIDADES O CLINICAS DE CUIDADO URGENTE U OTRA FACILIDAD, Y SERVICIOS DE AMBULANCIA

Es requisito que la persona asegurada a hospitalizarse por razón de lesiones o enfermedad pague al hospital participante, al momento de su ingreso, el copago de admisión establecido. Además, deberá pagar el coaseguro por los servicios hospitalarios que apliquen. Esta cantidad no es reembolsable por PALIC-PR. Estos servicios requieren referido de su Médico de Atención Primaria y pre autorización siempre y cuando el asegurado no haya sido admitido por una emergencia.

Para el cómputo de cualquier periodo de hospitalización se cuenta el día de ingreso, pero no se cuenta el día en que el paciente es dado de alta por el médico a cargo del caso. PALIC-PR no será responsable por los servicios recibidos por cualquier persona asegurada si ésta permanece en el hospital, después de haber sido dada de alta por el médico a cargo del caso, ni tampoco será responsable por cualquier día o días de pase que le sean concedidos al paciente para ausentarse del hospital durante el mismo periodo de hospitalización.

Los servicios de hospitalización se extenderán en caso de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo.

Los servicios en Centros de Cirugía Ambulatoria estarán cubiertos conforme a esta póliza bajo la sección Servicios Médicos-Quirúrgicos y de Diagnostico en forma Ambulatoria.

Cuando una persona asegurada utilice una habitación privada en un hospital participante, el hospital puede cobrar al paciente la diferencia entre el costo contratado por PALIC-PR normal de la habitación semi-privada y la habitación privada. Los demás gastos de hospitalización de la persona asegurada, cubiertos por esta Póliza, están incluidos en el copago del hospital participante y PALIC-PR y por ello no puede cobrar diferencia alguna a la persona asegurada. En adición, todos los aseguradores bajo planes médicos deberán estipular salvo en el caso de diferencias en el costo de la habitación, los proveedores de servicios médicos con quienes tienen contratos se abstengan de cobrar a pacientes recluidos en habitaciones privada, cantidades distintas a aquellas que tendrían derecho de cobrar si dichos pacientes estuviesen recluidos en habitaciones semiprivadas.

Cuando se utilizan las Facilidades de Cuidado o Atención Médica Urgente- La persona asegurada utiliza Facilidades de Cuidado Urgente cuando el servicio médico que necesita es por una enfermedad, herida o afección que es lo suficientemente grave como para que la persona busque atención inmediata pero no lo suficientemente grave como para acudir a la sala de emergencia.

Descripción de los Beneficios

Servicios Médicos - Quirúrgicos

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

Hospitalizaciones

PALIC-PR paga por los servicios contratados con la institución hospitalaria correspondiente durante la hospitalización de la persona asegurada, durante la vigencia del seguro de la persona elegible, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico a cargo del caso y que la misma sea médicamente

necesaria. Los servicios básicos contratados con un hospital participante incluyen:

- Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones regulares.
- Facilidad Ambulatoria y Cirugía Ambulatoria
- Comidas y dietas especiales
- Uso de servicios de telemetría
- Uso de Sala de Recuperación
- Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para Infantes (*Step Down Unit*)
- Servicio general de enfermería
- Administración de anestesia por personal no médico
- Servicios de laboratorios clínicos
- Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos relacionados con hiperalimentación y materiales de anestesia
- Producción de electrocardiogramas
- Producción de estudios radiológicos
- Servicios de terapia física y rehabilitación
- Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes
- Servicios de terapia respiratoria
- Uso de Sala de Emergencia cuando el asegurado sea admitido al hospital
- Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital que sean ordenados por el médico de cabecera y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital
- Uso de las unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología
- Facilidades de hemodiálisis. Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de:
 - a. la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta Póliza; o
 - b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.

Esto aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.

- Sangre para transfusiones
- Servicios de esterilización (*Los servicios de esterilización para la mujer, como servicio preventivo y para el hombre (la vasectomía) están cubierto con cero copago o coaseguro*)
- Medicamentos de quimioterapia inyectable y radioterapia
- Procedimiento de litotricia (*ESWL*), requiere pre autorización.
- Facilidades o Clínicas de Cuidado Urgente

Unidad de Cuidado de Enfermería Diestro (SNF)

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria

Estos servicios estarán cubiertos si éstos 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.

Están cubiertos hasta un máximo de ciento veinte (120) días por año póliza, por persona asegurada.

Servicios de Emergencia en facilidades no participantes en Puerto Rico se pagarán a base de las tarifas establecidas para el servicio recibido.

Nota: Estos servicios deberán estar supervisados por un médico- cirujano y su necesidad médica deberá ser certificada por escrito.

Ambulancia

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios

La Ley Núm. 383 del 6 de septiembre de 2000 prohíbe a los planes de salud restringir el uso de sistema de emergencia 9-1-1.

- Esta ley prohíbe a planes de salud, a organizaciones sin fines de lucro que ofrezcan servicios de salud, a organizaciones para mantenimiento de la salud (HMO) y a aseguradores a utilizar exclusivamente otros medios de transportación en una emergencia médica;
 - que le requieran a sus asegurados o clientes una pre-autorización para contactar determinado sistema de emergencias médicas en ciertas circunstancias;
 - prohibir a planes de salud, a organizaciones sin fines de lucro que ofrezcan servicios de salud, a organizaciones para mantenimiento de la salud (HMO) y a aseguradores utilizar lenguaje falso o engañoso en los materiales destinados a sus asegurados o clientes;
 - proveer el reembolso de gastos médicos necesarios; definir términos y disponer de asuntos relacionados al acceso de asegurados y clientes al servicio de emergencias 9-1-1.
 - Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico, sujeto a la necesidad médica del mismo
- **Servicios de Ambulancia:** El servicio de ambulancia terrestre está cubierto a base de las tarifas correspondientes determinadas por PALIC-PR, conforme con la distancia recorrida.

PALIC-PR pagara directamente a los proveedores de servicios, con excepción de los deducibles y porcentos de copago, los servicios médicos necesarios que hayan sido provistos a un asegurado o cliente que utilice el sistema 9-1-1 por motivo de una emergencia médica.

- Sistema 9-1-1” significa el sistema de respuesta de llamadas de emergencias de seguridad pública vía el número 9-1-1, creado en virtud de la Ley Núm. 144 de 22 de diciembre de 1994, según enmendada, conocida como “Ley para la Atención Rápida a Llamadas de Emergencias de Seguridad Pública” o “Ley de Llamadas 9-1-1

Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:

- desde la residencia o lugar de la emergencia hacia el hospital o institución de cuidado de enfermería diestra (*Skilled Nursing Facilities*);
- entre hospital y hospital o *Skilled Nursing Facility* - esto en casos donde la institución que transfiere o autoriza el alta, no es la apropiada para el servicio cubierto;
- desde el hospital hasta la residencia, si la condición del paciente dado de alta así lo requiere.
- Entre instituciones de proveedores de servicios de salud en caso de emergencias psiquiátricas por ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud.

En caso que no sea de emergencia, este beneficio se cubre por reembolso. El asegurado paga el costo total y PALIC-PR le reembolsara hasta un máximo de \$80.00 por caso.

Nota: * Todas las compañías de ambulancia deberán estar autorizadas por la Comisión de Servicio Público de Puerto Rico, conforme a la Carta Normativa N-C-8-71-95 de 13 de octubre de 1995

SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

El beneficio o cubierta de Salud Mental y Abuso de Sustancia no tiene límites conforme “The Mental Health parity and Addiction Equite Act (MHPAEA)

Descripción de los Beneficios

Condiciones Mentales Generales

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para hospitalización con pre autorización, sin pre autorización o hospitalización parcial.- Se requiere referido médico de Atención Primaria para todos los beneficios

Servicios para el tratamiento de condiciones mentales:

- Servicios de enfermeras especiales durante hospitalizaciones por condiciones mentales
- Hospitalizaciones regulares
- Hospitalizaciones parciales
- Terapias electroconvulsivas por condiciones mentales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada y a los estándares del *American Psychiatric Association (APA)*
- Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra o psicólogo clínico participante, de acuerdo a la necesidad médica justificada.
- Visitas de familiares inmediatos (colaterales), de acuerdo a la necesidad médica justificada
- Visitas de terapia en grupo (de pacientes), de acuerdo a la necesidad médica justificada.

Otras Evaluaciones Psicológicas

- Evaluación Psicológica para adultos

Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para hospitalización con pre autorización, sin pre autorización o hospitalización parcial. - Se requiere referido médico de Atención Primaria para todos los beneficios

- Hospitalizaciones regulares
 - Hospitalizaciones parciales
- Las hospitalizaciones por drogadicción y alcoholismo, incluyendo tratamiento de desintoxicación y hospitalizaciones parciales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada.

Nota: Los servicios médico-quirúrgicos durante periodos de hospitalización por drogadicción y alcoholismo serán cubiertos de acuerdo a la necesidad médica justificada.

- Dos (2) hospitalizaciones parciales equivalen a 1 día de hospitalización regular
 - Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra o psicólogo clínico participante, de acuerdo a la necesidad médica justificada.
 - Visitas de familiares inmediatos (colaterales), de acuerdo a la necesidad médica justificada.
 - Visitas de terapia en grupo (de pacientes), de acuerdo a la necesidad médica justificada.

No están cubiertos los gastos por servicios derivados de la administración de un programa de detección de drogas del Patrono. Una vez que el asegurado termina el programa, cualquier otro servicio será cubierto si el servicio está relacionado con este programa.

Tratamiento Residencial (*Residential Treatment*)

Cubre tratamiento residencial para salud mental, drogadicción, salud mental y alcoholismo y desintoxicación con justificación médica y sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico.

Cesación de Tabaco

El programa de Cesación de Tabaco cubre medicamentos para dejar de fumar, recetados y sin leyenda federal (OTC) aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco. Este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por años. Para más información consulte su beneficio de medicamentos recetados. Para mayor información consulte su beneficio de medicamentos recetados.

BENEFICIO DENTAL

La Ley 352 del 22 de diciembre de 1999 requiere que las compañías y aseguradoras de servicio de salud que proveen cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios de anestesia dental en el contrato de servicios a un asegurado, que honren la cubierta de anestesia general y servicios de hospitalización en determinados casos de procedimientos dentales para infantes, niños, niñas, adolescentes o personas con impedimentos físicos y mentales.

Cubierta de Anestesia y Hospitalización en Procedimientos Dentales

La compañía o aseguradora de servicios de salud que provea cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios dentales en el contrato de servicios a un asegurado, no podrá excluir o negar cubierta para anestesia general a ser administrada por un anesthesiólogo y servicios de hospitalización 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;
- (b) 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.

Pre-autorización

Toda compañía o aseguradora de servicios de salud que requiera al asegurado una pre-autorización para proveer la cubierta de anestesia general y servicios de hospitalización, según lo determine un dentista pediátrico, cirujano oral o maxilofacial, deberá aprobar o denegar la misma dentro de dos (2) días contados a partir de la fecha en que el asegurado someta todos los documentos requeridos por la compañía o aseguradora de servicios de salud.

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 de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 1 de esta Ley.

Servicios Básicos

Los Servicios Básicos Dentales de PALIC-PR está diseñada para proveer los servicios que sean necesarios y en cumplimiento con las leyes federales y forman parte de la cubierta básica.

Servicios Cubiertos:

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios Se requiere referido médico de Atención Primaria para todos los beneficios

A. Servicios Diagnósticos y Preventivos

1. Examen comprensivo inicial por generalista o especialista -Limitado a 1 cada tres (3) años.
2. Exámenes periódicos de rutina -Limitado a Dos (2) Exámenes anuales separados por intervalos de seis meses.
3. Examen de emergencia-Limitado a Dos (2) Exámenes anuales separados por intervalos de seis meses.
4. Radiografías de mordida "bitewings", periapicales y oclusales – Limitado 1 cada tres años
5. Radiografías panorámicas o "fullmouth" serie completa de radiografías
6. Prueba de vitalidad
7. Profilaxis dentales (limpieza) -Limitado a Dos (2) Exámenes anuales separados por intervalos de seis meses.
8. Aplicaciones (tópicas) de fluoruro a niños menores de diecinueve (19) años de edad-Limitado a Dos (2) Exámenes anuales separados por intervalos de seis meses.
9. Aplicaciones (tópicas) de fluoruro sólo para adultos con condiciones especiales-Limitado a Dos (2) Exámenes anuales separados por intervalos de seis meses.
10. Mantenedores de espacio fijos (unilateral, bilateral)
11. Sellantes de fisuras en dientes posteriores permanentes a niños menores de 14 años

Nota: *Mantenedores de espacio fijos: 20% de coaseguro*

B. Servicios Generales

1. Visita al hospital
2. Aplicación de medicamento desensibilizante
3. Tratamiento de las complicaciones (post-quirúrgicas) reportadas por circunstancias inusuales
4. Procedimiento adyuvante no específico no reportado

LIMITACIONES A LOS SERVICIOS BÁSICOS:

1. El examen comprensivo inicial está limitado a uno (1) cada tres (3) años.
2. Los servicios de examen periódico de rutina, de emergencia y profilaxis dentales (limpieza) están limitados a dos (2) por año póliza cada uno, por asegurado y a intervalo de no menos de seis (6) meses desde la última fecha de servicio.

3. La serie completa de radiografías o la panorámica están limitadas a no más de una cada tres (3) años póliza por asegurado, ni más de un par de radiografías de mordida por cada año póliza por asegurado.
4. El tratamiento de fluoruro tópico está limitado a dos (2) por año póliza a un intervalo no menos de seis (6) meses, hasta el día que el asegurado cumpla diecinueve (19) años de edad.

BENEFICIOS DE FARMACIA

Beneficios

Este beneficio se rige por las guías de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). Estas incluyen, dosificación, equivalencia de medicamentos, clasificación terapéutica, entre otros.

En esta cubierta el despacho de medicamentos genéricos será la primera opción, cuando exista un medicamento genérico.

Estarán cubiertos los medicamentos genéricos, medicamentos de marca que en su etiqueta contengan la frase «Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica), medicamentos especializados, insulina y los medicamentos de mantenimiento por correo (*mail order*) o del programa de despacho de medicamentos a 90 días en farmacias.

Estarán cubiertos los servicios preventivos requeridos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF siglas en inglés)*. La persona asegurada no pagará por los medicamentos requeridos por las leyes federales, incluyendo anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico, así como el suplemento de ácido fólico para aseguradas embarazadas, aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares, Vitamina D y suplementos de hierro para evitar la anemia en niños de 6 a 12 meses.

Medicamentos Recetados

PALIC-PR 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 una persona asegurada y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado.

En cumplimiento con la ley 203 del 2012 que enmienda el Código de Salud de Puerto Rico, PALIC-PR proveerá para el despacho de los medicamento cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación

de la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. Además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

Procedimientos para el Manejo de los Beneficios de Medicamentos Recetados

El comité de farmacia y terapéutica se encarga de crear, manejar y actualizar el formulario de medicamentos de nuestra compañía. Este comité se compone de médicos que practican activamente, farmacéuticos, enfermeros y otros profesionales de la salud que participan en el proceso de manejo de utilización de medicamentos. El comité debe servir como evaluador, educador y consultor a PALIC-PR en todos los asuntos relacionados al uso de medicamentos. Algunas de sus funciones son: analizar la utilización de los medicamentos que utilizan los asegurados de PALIC-PR, realizar monitoreo de posibles terapias duplicadas o adversas en los medicamentos que utilizan los asegurados, implementación de regulaciones relacionadas al uso de medicamentos y creación de reportes. Las decisiones tomadas por este comité y sus recomendaciones están sujetas a la aprobación del comité médico y de la administración de PALIC-PR.

A. PALIC-PR garantizará que todo comité de farmacia y terapéutica establezca políticas y requisitos de divulgación en los que se contemple la identificación de posibles conflictos de interés entre los miembros de los comités y los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta. Ningún miembro del comité de farmacia y terapéutica tendrá relación o interés alguno, financiero o de otra índole, con los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta.

B. PALIC-PR garantizará que todo comité de farmacia y terapéutica establezca por escrito y siga un procedimiento para evaluar la evidencia médica y científica relacionada con la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta, incluyendo la información comparativa sobre medicamentos de receta similares y bioequivalentes, al decidir cuáles de los medicamentos de receta se incluirán en el formulario y al desarrollar otros procedimientos de manejo. PALIC-PR también garantiza que el comité de farmacia y terapéutica establezca procedimientos para el análisis, y posible inclusión en el formulario, de medicamentos para un uso no indicado ("off label use"), en aquellas condiciones de salud donde se haya probado, mediante evidencia médica o científica, la eficacia del medicamento.

Todo comité de farmacia y terapéutica mantendrá la documentación del proceso según se requiere en este inciso y suministrará todos los registros y documentos a solicitud de PALIC-PR.

C. PALIC-PR requerirá que todo comité de farmacia y terapéutica adopte y observe un procedimiento, el cual constará por escrito, para considerar e implantar actualizaciones y cambios en el formulario u otro procedimiento de manejo, de manera oportuna, a base de:

- (1) Nueva evidencia científica y médica u otra información relacionada con los medicamentos de receta que figuren en el formulario o estén sujetos a otro procedimiento de manejo y nueva evidencia científica y médica sobre medicamentos de receta recién aprobados y de otra índole que no figuren en el formulario o estén sujetos a algún otro procedimiento de manejo, para determinar si se debe hacer un cambio al formulario o procedimiento de manejo;
- (2) si fuera aplicable, información que reciba PALIC-PR respecto a solicitudes de excepción médica para permitir que el comité de farmacia y terapéutica evalúe si los medicamentos que figuran en el formulario o que están sujetos a otro procedimiento de manejo, cumplen con las necesidades de las personas cubiertas o asegurados; e
- (3) información sobre la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta que figuran en el formulario o están sujetos a otro procedimiento de manejo, información sobre medicamentos de receta que sean clínicamente similares o bioequivalentes pero que no figuran en el formulario ni están sujetos a otro procedimiento de manejo, información que surja de las actividades de garantía de calidad de

PALIC-PR, o información incluida en reclamaciones recibidas después de la revisión más reciente del comité de farmacia y terapéutica de dichos medicamentos de receta.

- (4) PALIC-PR requerirá que el comité de farmacia y terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) en un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de que el nuevo medicamento recetado entre al mercado, el comité de farmacia y terapéutica deberá emitir su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho nuevo medicamento recetado.
- (5) Los cambios en el formulario u otro medicamento recetado solo se realizara el proceso de gestión durante la vigencia de la Póliza, Certificado o contrato si tal se está haciendo el cambio por razones de seguridad ya que el medicamento recetado no puede ser suministrado o ha sido retirados del mercado por el fabricante de la droga, o si tal cambio implica la inclusión de los medicamentos recetados en el formulario

El proveedor de atención médica puede recetarle recargas para medicamentos de mantenimiento hasta un plazo que deberá no excederá de ciento ochenta (180) días en la medida en que no ponga en peligro la salud del paciente, y a discreción del cuidado de la salud proveedor, sujeto a las limitaciones de la cobertura del plan de salud

Información para las Personas que Expiden Recetas de Medicamentos, Farmacias, Personas Cubiertas o Asegurados y Posibles Personas Cubiertas o Asegurados

A. PALIC-PR cumplirá con los siguientes requisitos:

- (1) PALIC-PR mantendrá y facilitará a las personas cubiertas o asegurados, a las personas que suscriben recetas y a las farmacias, o que proveen servicios de cuidado de salud a las personas cubiertas o asegurados, por medios electrónicos o, a solicitud de la persona cubierta o asegurado o de la farmacia, por escrito, lo siguiente:
 - (a) Su formulario (lista de medicamentos de receta) organizado por categorías terapéuticas;
 - (b) información sobre los medicamentos recetados, si alguno, que estén sujetos a un procedimiento de manejo desarrollado y mantenido.
 - (c) información sobre la documentación que debe presentar la persona cubierta o asegurado o su representante personal para solicitar una excepción médica y la manera en que se debe presentar dicha documentación.
- (2) PALIC-PR sólo podrá hacer, durante la vigencia de la Póliza, Certificado o contrato, cambios en el formulario o en otros procedimientos de manejo de medicamentos de receta, si el cambio obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. A estos efectos notificará, o bajo su responsabilidad hará las gestiones para que algún tercero notifique dicho cambio a:
 - (a) Todas las personas cubiertas o asegurados y
 - (b) las farmacias participantes, solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamento de receta en el formulario. En este caso, el asegurador deberá dar notificación con (30) días de antelación a la fecha de efectividad de inclusión.

Requisitos y Procedimientos para la Aprobación de Excepciones Médicas

- A. PALIC-PR establecerá y mantendrá un procedimiento para solicitar excepciones médicas que permita que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, solicite la aprobación de:
- (1) Un medicamento recetado que no está cubierto según el formulario;
 - (2) cubierta continuada de determinado medicamento recetado que PALIC-PR habrá de discontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o
 - (3) una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento recetado no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.
- B. (1) La persona cubierta o asegurado, 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 recetado solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado porque:
- (a) No hay ningún medicamento recetado en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado;
 - (b) el medicamento recetado alternativo que figura en el formulario:
 - (i) Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento recetado, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento recetado o el cumplimiento por parte del paciente; o
 - (ii) ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona cubierta o asegurado; o
 - (iii) la persona cubierta o asegurado 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.
 - (c) La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento recetado ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento recetado, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento recetado o el cumplimiento por parte del paciente.
- (2) (a) PALIC-PR podrá requerir que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, provea una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación que se hizo conforme al inciso (1).
- (b) PALIC-PR sólo podrá requerir que dicha certificación incluya la siguiente información:
- (i) Nombre, número de grupo o contrato, número de asegurado;
 - (ii) historial del paciente;

(iii) diagnóstico primario relacionado con el medicamento recetado objeto de la solicitud de excepción médica;

(iv) razón por la cual:

(I) El medicamento recetado que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular;

(II) el medicamento recetado que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular; o

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

(v) 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.

C. (1) Al recibo de una solicitud de excepción médica hecha conforme a esta sección, PALIC-PR se asegurará de que la solicitud sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al hacer su determinación sobre la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona cubierta o asegurado para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

(a) Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y

(b) 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 la organización de seguros de salud o asegurador u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.

(2) Los profesionales de la salud designados por PALIC-PR para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona cubierta o asegurado. Los profesionales de salud designados para revisar las solicitudes de excepción médica 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.

D. (1) PALIC-PR tomará la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha determinación a la persona cubierta o asegurado, o a su representante personal, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, 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 PALIC-PR solicite la misma conforme al apartado B(2), cual fuere posterior de las fechas. En el caso de medicamentos controlados este término no podrá exceder 36 horas.

(2) (a) Si PALIC-PR no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:

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

(ii) PALIC-PR tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona cubierta o asegurado termine de consumir el medicamento suministrado.

(b) Si PALIC-PR no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona cubierta o asegurado termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona cubierta o asegurado 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.

E. (1) Si se aprueba una solicitud de excepción médica hecha conforme a esta sección, PALIC-PR proveerá cubierta para el medicamento de receta objeto de la solicitud y no requerirá que la persona cubierta o asegurado solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos de receta del plan médico, siempre y cuando:

(a) La persona que le expidió la receta a la persona cubierta o asegurado siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica; y

(b) se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado.

(2) PALIC-PR no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de excepción médica.

F. (1) Toda denegación de una solicitud de excepción médica hecha por PALIC-PR:

(a) Se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona cubierta o asegurado ha acordado recibir la información por esa vía;

(b) Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito; y

(c) Se podrá apelar mediante la presentación de una querrela a tenor con la sección sobre Procedimientos Internos de Querellas de PALIC-PR en esta Póliza.

(2) La denegación expresará de una manera comprensible a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal:

(a) Las razones específicas de la denegación;

(b) 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;

(c) instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación; y

(d) una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querrela para apelar la denegación conforme a los Procedimientos Internos de Querellas de PALIC-PR que se encuentran en esta Póliza, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

Requisitos de Divulgación

- A. En las pólizas, certificados, folletos informativos, resúmenes de cubierta, evidencia de cubierta o cualquier otro documento que PALIC-PR provea a las personas cubiertas o asegurados, que utilicen formularios u otro tipo de procedimiento de manejo de medicamentos de receta:
- (1) PALIC-PR divulgará la existencia del formulario y otro procedimiento de manejo y el hecho de que puede haber otras limitaciones o requisitos en el plan que pudieran afectar la cubierta de determinados medicamentos de receta en específico;
 - (2) Describirá el proceso de solicitud de excepción médica que se puede usar para solicitar la cubierta de medicamentos de receta que no figuran en el formulario o para solicitar una excepción a los requisitos de limitación de dosis; y
 - (3) Describirá el proceso para presentar una querrela, tal como se dispone en sección sobre Procedimientos Internos de Querellas de PALIC-PR en esta Póliza, para apelar la denegación de una solicitud de excepción médica.
- B. En las pólizas, certificados, folletos informativos, resúmenes de cubierta, evidencia de cubierta o cualquier otro documento que PALIC-PR provea a las personas cubiertas o asegurados se explicará y se incluirá una descripción, de manera comprensible del formulario de medicamentos y de cada uno de los procedimientos de manejo de medicamentos de receta. La explicación indicará, además, que PALIC-PR proveerá a la persona cubierta o asegurado copia del formulario, junto con información sobre cuáles medicamentos de receta están sujetos a los procedimientos de manejo.

Los beneficios se cubrirán de la siguiente manera:

1. Servicios prestados por farmacias participantes:

La farmacia participante proveerá, a la presentación de la tarjeta de asegurado de PALIC-PR y de una receta, los medicamentos cubiertos que especifique dicha receta; y no efectuará cargo ni cobrará cantidad alguna al asegurado que resulte en exceso del copago o coaseguro.

2. Servicios prestados por farmacias no participantes en Estados Unidos de América:

Si los medicamentos cubiertos los provee una farmacia no participante en los Estados Unidos de América, la persona asegurada tendrá derecho al reembolso del gasto incurrido, de acuerdo a lo establecido en la sección de Limitaciones de esta cubierta. A esta cantidad se le descontará el copago o coaseguro aplicable, según se establece en la columna de Usted paga. Estos servicios están cubiertos si son provistos en farmacias localizadas en Estados Unidos de América excepto en Puerto Rico, según se establece en la sección de Exclusiones.

Suministros y Medicamentos Cubiertos:

El beneficio de medicamentos tiene los siguientes límites por despacho:

- **Formulario de Medicamentos** - *Este plan médico tendrá un Formulario que contiene una lista específica de medicamentos cubiertos y que será entregada al asegurado y estará disponible llamando al teléfono Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de PALIC-PR al (787) 620-1414. Este formulario incluye medicamentos de marca preferida y marca no preferida. Definimos **Formulario** a una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por la organización de seguros de salud o asegurador, o su designado, y la cual regularmente se evalúa para añadir o excluir medicamentos de receta, a la cual se refieren para determinar los beneficios en la cubierta de farmacia.*
- **Formulario sin Terapia Escalonada** - *Un **Formulario sin Terapia Escalonada** es un listado de medicamentos diseñado por la organización de seguros de salud o asegurador que busca darle una amplia cubierta de medicamentos a sus asegurados de manera segura, efectiva y costo efectiva. Este formulario no requiere el uso de ciertos medicamentos previo a utilizar el medicamento que fue recetado por su doctor.*

- **Regla de Despacho Medicamento - MAC-A** El beneficio de medicamentos recetados de esta Póliza requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos bioequivalentes o genéricos como primera opción.

Si el medicamento no tiene bioequivalente o genéricos, a la persona asegurada se le despachará el de marca y pagará el copago o coaseguro del medicamento de marca correspondiente.

MAC B – Si existe un bioequivalente o genérico pero el Médico y/ o asegurado solicita una receta de marca existiendo un bioequivalente o genérico disponible, el asegurado debe asumir la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el bioequivalente o genérico más el copago o coaseguro de marca correspondiente.

Si el medicamento no tiene bioequivalente o genéricos, a la persona asegurada se le despachará el de marca y pagará el copago o coaseguro del medicamento de marca correspondiente.

- **Medicamentos fuera del Recetario (Over the Counter, OTC por sus siglas en Inglés)** - Aplica copago o coaseguro correspondiente. Los medicamentos OTC no contienen leyenda federal, es necesario que el médico le provea una receta que indique "OTC" e incluya los medicamentos fuera del recetario que usted necesite para el cuidado de su salud. La receta debe indicar "OTC:" para que el farmacéutico pueda procesar el despacho de los medicamentos correctamente, a través de su sistema de pago electrónico.
- **Red de Farmacia Preferida** - Red de farmacias contratadas en las cuales sus co-pagos o coaseguros pueden ser menores a los que tendrá en una farmacia No Preferida. Esto porque su plan se ha puesto de acuerdo con esta farmacia para que su costo sea menor.
- **Red de Farmacia NO Preferida** - Una farmacia de la red que ofrece los medicamentos cubiertos a los asegurados del plan a costos directos de su bolsillo más altos que lo que pagaría el miembro en una farmacia preferida de la red.

El beneficio de medicamentos recetados tiene los siguientes límites por despacho:

- **Medicamentos de Mantenimiento despachados en una farmacia al detal** - Los 30 primeros días y 5 repeticiones de 30 adicionales hasta llegar a los 180. Para medicamentos de mantenimiento, en cumplimiento con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, artículo 4.120, cuando el historial del asegurado 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 ciento ochenta días (180) días, sujeto a las limitaciones de la cubierta del plan médico.
- **Medicamentos de Mantenimiento, por correo (voluntario)** - 90 días y 3 repeticiones. Despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos a 90 días en Farmacias.
- **Medicamentos Especializados** - Despacho solamente en farmacias participantes en Programa de Medicamentos Especializados

Los medicamentos cubiertos bajo esta Póliza son:

- **Medicamentos Genéricos**
- **Medicamentos de Marca Preferida**
- **Medicamentos de Marca No-Preferida**
- **Medicamentos Especializados** (Requieren pre autorización previo al despacho. Ver Programa de Medicamentos Especializados)

Medicamentos cubiertos sin leyenda federal

- **Insulina** - *Insulina y jeringuillas para la administración de insulina*
- **Medicamentos fuera del Recetario (Over the Counter, OTC por sus siglas en Inglés)** - *Ver formulario para detalles de medicamentos cubiertos*

Programa de Medicamentos Especializados

Los medicamentos especializados son utilizados para condiciones crónicas y requieren precauciones especiales al momento de ser administrado. Estos medicamentos requieren pre autorización. El programa junto a su médico realiza revisiones clínicas para coordinar el manejo adecuado de su tratamiento. Todas las determinaciones estarán administradas por un especialista clínico y las decisiones se basarán en las directrices específicas para el uso del medicamento de acuerdo a las leyes y/o regulaciones de FDA.

El programa provee para que usted pueda recibir un despacho inicial de 30 días por receta del medicamento especializado y los suplidos subsiguientes en cualquier farmacia contratada dentro de la red de farmacias de PALIC-PR. Si al asegurado se le está recetando un medicamento especializado por primera vez, el asegurado puede dirigirse a una farmacia contratada y esta se estará comunicando con nosotros para coordinar la pre autorización necesaria para proveerle el despacho inicial de estos medicamentos. Para los próximos despachos o si su receta expiro, es necesario que su doctor emita una nueva receta. PALIC-PR no cubrirá por medicamentos que no hayan sido debidamente pre-autorizados.

De requerir información adicional o presentarse alguna situación de emergencia, le exhortamos a que se comunique con nuestra Unidad de Pre Autorizaciones al [787-999-7981]. Los medicamentos especializados no son considerados despachos de emergencia, pero en caso de surgir uno, el proceso de evaluación para la autorización será atendido dentro de las primeras 24 a 72 horas de habernos llegado su solicitud.

Descripción de Beneficios de Farmacia

Tipo de Cubierta

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios

Beneficio Inicial: Gold HMO Solution - Plan 2

El miembro paga un copago que va de \$0 hasta \$1,000.

A partir \$1,001 en adelante el miembro paga el 85% de coaseguro para medicamento [genérico, marca preferida, marca no preferida, especializados y biotécnicas] hasta alcanzar el beneficio máximo (MOOP)

- **Farmacia para Medicamentos Genéricos Bio-equivalente (Nivel 1)** – *Referirse a la tabla para copago y coaseguro dentro de la institución de Atención Medica Administrada (HMO) y fuera de la facilidad HMO*
- **Farmacia para Medicamentos de Marca Preferida. (Nivel 2)** - *Referirse a la tabla para copago y coaseguro dentro de la institución de Atención Medica Administrada (HMO) y fuera de la facilidad HMO*
- **Farmacia para Medicamentos de Marca No-Preferida. (Nivel 3)** – *Referirse a la tabla para copago y coaseguro dentro de la institución de Atención Medica Administrada (HMO) y fuera de la facilidad HMO*
- **Farmacia para Medicamentos Especializados o Biotécnico. (Nivel 4)** – *Referirse a la tabla para copago y coaseguro dentro de la institución de Atención Medica Administrada (HMO) y fuera de la facilidad HMO*
- **Farmacia para Medicamentos Sin Receta Médica. (OTC) (Nivel 10)**– *Referirse a la tabla para copago y coaseguro*

- **Programa de medicamentos por correo o programa de despacho de medicamentos a 90 días en farmacias** - *El programa tiene las siguientes características: Abastecimiento de noventa (90) días para algunos medicamentos de mantenimiento como medicamento para condiciones cardíacas, tiroides, diabetes, entre otros; despachados a través del programa de envío de medicamentos por correo (mail order) o del programa de despacho de medicamentos a 90 días en farmacias.*

Nota: *Este programa cubre únicamente algunos medicamentos de mantenimiento como medicamento para condiciones cardíacas, tiroides, diabetes, entre otros y excluye los medicamentos especializados. Las exclusiones y limitaciones mencionadas anteriormente aplican a este programa.*

Abastecimiento de Medicamentos en General

1. La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original estará limitada a un abastecimiento de quince (15) días consecutivos para medicamentos agudos y treinta (30) días para días para los medicamentos para la diabetes, incluyendo insulina, medicamentos para tiroides y sus derivados, nitroglicerina, diuréticos, preparaciones de digital, hipotensores, bloqueadores, anticoagulantes, anticonvulsivos, antiartríticos, vasodilatadores, medicamentos para el asma, colesterol, Parkinson y medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiazepinas.
2. Abastecimiento de treinta (30) días consecutivos para los medicamentos de mantenimiento y para los medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiazepinas. Refiérase a la sección de Limitaciones.
3. La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original estará limitada a un (1) despacho y hasta cinco (5) repeticiones para los medicamentos con abastecimiento de treinta (30) días. Las recetas tienen que indicar por escrito que el médico autoriza las repeticiones.
4. Las recetas expedidas por médicos en donde no estén especificadas las indicaciones para su uso, ni la cantidad del medicamento, solamente se podrán despachar para un abastecimiento de cuarenta y ocho (48) horas. Ejemplo: cuando un médico escribe en sus indicaciones: "para administrarse cuando sea necesario (PRN, por sus siglas en latín)".
5. Los medicamentos con repeticiones no podrán ser provistos antes de transcurrir el 75% del abastecimiento a partir de la fecha del último despacho, ni luego de transcurrir seis (6) meses desde la fecha original de la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de sustancias controladas.
6. Abastecimiento de noventa (90) días para algunos medicamentos de mantenimiento como medicamentos para condiciones cardíacas, tiroides, diabetes, entre otros; despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos a 90 días en Farmacias. No aplica a los Productos Especializados.

Limitaciones

1. La persona asegurada tendrá derecho al reembolso de una cantidad que no exceda el 70% de la tarifa establecida por PALIC-PR para los medicamentos cubiertos despachados por farmacias no participantes en los Estados Unidos de América y sus posesiones, excepto en Puerto Rico, según se establece en la sección de Exclusiones. A esta cantidad se le descontará lo establecido en la sección de Copago, Coaseguro o Deducible.
2. Los medicamentos cuyo abastecimiento es de treinta (30) días estarán limitados a: productos para la diabetes incluyendo insulina, medicamentos para tiroides y sus derivados, nitroglicerina, diuréticos, preparaciones de digital, hipotensores, bloqueadores, anticoagulantes, anticonvulsivos, antiartríticos, hemorreológicos, hormonas de sexo, vasodilatadores, cáncer orales, úlceras, antiasmáticos, colesterol,

3. *Parkinson* y glaucoma, entre otros. Los medicamentos para el tratamiento de úlceras están limitados a *Tagamet*®, *Zantac*®, *Pepcid*®, *Axid*® y *Carafate*®.
4. Se despacharán los medicamentos genéricos como primera opción, excepto cuando los mismos no existan en el mercado.
5. Los medicamentos despachados a través del programa de Envío de Medicamentos por Correo (*mail order*) o Despacho de Medicamentos a 90 días en farmacias estarán limitados a ciertos medicamentos de mantenimiento. No aplica a los productos especializados.
6. Los medicamentos *Over-the-Counter* (*OTC*) cubiertos incluyen: *Prilosec OTC*®, *Claritin*® *OTC*, *Zyrtec*® *OTC*, *Zaditor*® *OTC*, *Motrin*® *OTC*, *Advil*® *OTC*, *Aleve*® *OTC*, *Ecotrin*® *OTC*, *Bayer*® *OTC*, *Lamisil*® *OTC*, *Miralax*® *OTC* y los genéricos de éstos; y cualquier otro medicamento *OTC* que PALIC-PR desee incluir. Además, se cubren algunas dosis de aspirina para asegurados mayores de 18 años de edad. Los mismos están incluidos en la Lista de Medicamentos. Para poder obtener el medicamento a través de su cubierta de farmacia, se requiere que el asegurado presente en la farmacia una receta del médico que indique la selección del medicamento *OTC*. Los demás medicamentos *OTC* permanecen excluidos.

Algunos medicamentos con receta médica están sujetos a un procedimiento de manejo. PALIC-PR proveerá a sus asegurados, y como parte de la información provista de esta Póliza, la Lista de Medicamentos o Formulario que ofrece información detallada sobre cuáles medicamentos de receta están sujetos a los procedimientos de manejo.

Las siguientes guías de referencia establecen los distintos tipos de manejo que pudiesen aplicar:

A. Medicamentos que requieren pre autorización (PA):

Ciertos medicamentos necesitan una pre-autorización para ser obtenidos por el paciente. Los mismos se identifican en la Lista de Medicamentos o Formulario con PA (requiere Pre-autorización), en cuyo caso, la farmacia gestiona la pre-autorización antes del despacho del medicamento al asegurado. La farmacia también nos contactará para obtener autorización por cambios en dosis y cuando los cargos exceden los \$1,500 por receta despachada para evitar errores de facturación.

Los medicamentos que requieren pre-autorización usualmente son aquellos que presentan efectos adversos, son candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado.

Aquellos medicamentos que han sido identificados que requieren pre-autorización deben satisfacer los criterios clínicos establecidos según lo haya determinado el Comité de Farmacia y Terapéutica. Estos criterios clínicos se han desarrollado de acuerdo a la literatura médica actual.

B. Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):

Ciertos medicamentos tienen un límite en la cantidad a despacharse. Estas cantidades se establecen de acuerdo a lo sugerido por el fabricante, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.

Disposiciones Generales

Sera requisito presentar la tarjeta de asegurado de PALIC-PR a cualquier farmacia participante al momento de solicitar los beneficios para que los mismos estén cubiertos por esta cubierta. Al recibir los medicamentos la persona asegurada tendrá que firmar por los servicios recibidos y presentar una segunda identificación con fotografía.

Si su médico le recetó un medicamento no cubierto por su beneficio de farmacia, el mismo puede hacerle una receta nueva con un medicamento que esté cubierto. Esto aplica cuando la clasificación terapéutica esté cubierta y existan otras alternativas de tratamiento.

El uso de medicamentos de forma continua para tratar condiciones crónicas, bajo los estándares de la buena práctica de la medicina, no se interpretará como abuso de los mismos. PALIC-PR se reserva el derecho de cancelar el contrato o a recobrar los gastos incurridos a cualquier persona asegurada cuando se identifique que la utilización de un medicamento está destinada a mantener alguna condición considerada como adicción o cuando el uso de dicho medicamento constituye un abuso del mismo, de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica, aun cuando dichos medicamentos hayan sido ordenados por un médico-cirujano o un cirujano-dentista y esté de acuerdo a los demás términos de la cubierta.

La red de farmacia de PALIC-PR, proveerá servicios cubiertos a todos los asegurados elegibles de acuerdo a las tarifas contratadas por el administrador del manejo del programa de farmacia. Una farmacia no está obligada a proveer una receta ordenada si por alguna razón de acuerdo a su juicio profesional no debe ser provista. Esto no aplica a decisiones tomadas por farmacias, por concepto de tarifa aplicada por PALIC-PR.

Exclusiones Generales de la Cubierta Básica

Este plan médico no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Servicios que se presten mientras el seguro de la persona no esté en vigor.
2. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, responsabilidad del Patrono, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona asegurada no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquier otro país, por la persona cubierta excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
4. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
5. Gastos o servicios de comodidad personal como teléfono, televisión o servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio.
6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto enfermeras, asistentes médicos, audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos clínicos, quiroprácticos, doctores de neuropatía y otros especificados en esta Póliza.
7. Gastos por exámenes físicos requeridos por el Patrono del empleado asegurado.
8. Rembolso de gastos ocasionados por pagos que una persona asegurada le haga a cualquier médico o proveedor participante sin estar obligada por esta Póliza a hacerlos.
9. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
10. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto PALIC-PR determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta Póliza. Tampoco están cubiertos los gastos médicos relacionados con estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los

Gastos médicos que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio (*clinical trials*) para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En este caso, PALIC-PR cubrirá los “gastos médicos rutinarios del paciente”, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios de paciente”, aquellos 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. Una vez estos servicios sean incluidos en la cubierta, PALIC-PR pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dichos servicios médicos se hubiesen prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.

11. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento o cirugía oral, excepto aquellas que son resultado de un accidente, tratamientos para corregir defectos de apariencia física, mamoplastias o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno), septoplastias, rinoseptoplastias, blefaroplastias, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto la obesidad mórbida tratada en Puerto Rico; tratamientos de liposucción, abdominoplastia y ritidectomía abdominal e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstas, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
12. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) y otros instrumentos artificiales. Estarán cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
13. Intervenciones quirúrgicas cuyo propósito sea el de restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear. Además, se excluyen los servicios hospitalarios y las complicaciones asociadas con éstas.
14. Servicios por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, los servicios médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas con éstos excepto pruebas para detectar infertilidad.
15. Gastos por servicios de escalenotomía - división del músculo escaleno anticus sin resección de la costilla cervical.
16. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos de corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea. Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados a los trasplantes mencionados en esta exclusión. Estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyan en esta Póliza.
17. Gastos por servicios médicos en tratamientos de acupuntura.
18. Gastos por servicios de medicina deportiva, medicina natural, música terapia, psicoanálisis y rehabilitación cardiaca.
19. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista excepto las anestias conforme a la Ley Núm. 352 del 22 de diciembre de 1999.
20. Servicios necesarios para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada), ya sea mediante la aplicación de aparatos prostéticos o de cualquier otro método

21. Gastos por servicios de escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente; servicios necesarios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares, etc.).
22. Gastos por implantes relacionados a la cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar).
23. Gastos por inmunoterapia para alergia (vacunas de alergia).
24. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
25. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
26. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
27. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, así como cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que el asegurado resulte positivo en el mismo. Luego de que el asegurado participe en cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que resulte positivo en ese programa de detección patronal, es elegible al beneficio de tratamiento de rehabilitación cubierto por esta póliza.
28. Gastos ocasionados por 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 asegurada estuvo activa en el ejército (service connected), en cuyo caso la compañía recobra a la Administración de Veteranos.
29. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio serán evaluadas de forma individual, previa a ser reconocidas para pago y PALIC-PR determine su inclusión o exclusión en la cubierta ofrecida bajo esta póliza. PALIC-PR determinará las pruebas de laboratorio cubiertas bajo esta póliza. Las pruebas de laboratorio, consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por PALIC-PR.
30. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.
31. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima.
32. Servicios prestados por facilidades de Tratamiento Residencial fuera de Puerto Rico, independientemente exista o no justificación médica para el tratamiento.
33. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o bypass gástrico no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo. Requiere pre-autorización.
34. Gastos por remoción de skin tags, reparación de ptosis e inyección en tendón/puntos de gatillo.
35. Gastos por pruebas de laboratorios citogénicas y cromosomas genéticos, *heavy metals*, dopaje, *unlisted codes*, *HLA Typing*.
36. Gastos por aparatos prostéticos e implantes como tampoco Ortopedia, equipos de ortopédicos u ortóticos y rehabilitación cardíaca.

Exclusiones de Beneficios Dentales

Las exclusiones de la Póliza de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.

PALIC-PR no pagará por los siguientes gastos o servicios, excepto que se disponga lo contrario:

1. Todo servicio no incluido como servicio cubierto en la descripción de esta cubierta.
2. Servicios para las reconstrucciones orales totales (*Full Mouth Reconstruction*).
3. Tratamientos de endodoncia en dientes primarios (deciduos).
4. Servicios dentales básicos, prótesis y de periodoncia prestados por cirujano- dentistas no participantes en Puerto Rico.
5. Todo servicio dental que se preste con fines puramente cosméticos.
6. Gastos por servicios de prótesis, endodoncia, periodoncia y ortodoncia.
7. Servicios de apicectomia y tratamiento de canal en dientes molares.
8. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
9. Gastos por servicio de reemplazo o reparación de aparatos provistos bajo los servicios de ortodoncia.
10. Programa de control de la placa.
11. Instrucción de higiene oral.
12. Instrucciones dietéticas.
13. Productos que se compran sin receta médica tales como blanqueadores de dientes, pasta de dientes, hilos dentales.
14. Servicios provistos por proveedores que están fuera de la red de proveedores de Palic-PR.
15. Óxido nitroso

Exclusiones de los Beneficios de Farmacia

Las exclusiones de la Póliza de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.

PALIC-PR no será responsable por los gastos correspondientes a los siguientes beneficios:

1. Medicamentos que no contengan la leyenda: "Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription (Over-the-Counter (OTC))", excepto los medicamentos indicados en la sección de Limitaciones.
2. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas o instrumentos similares aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
3. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cubierta de farmacia, irrespectivo a que contengan la leyenda federal: "Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription"
 - a. Cualquier medicamento con fines cosméticos o mezclas con el mismo fin.

- b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para niños entre las edades de 6 meses a 6 años) y condiciones dermatológicas como pediculosis y escabicidas, productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú, lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie), medicamentos para el dolor (*Nubain®* y *Stadol®*); y los productos *Rogaine®*, *Retin-A®* y *Accutane®*.
 - c. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento excepto en casos de obesidad mórbida tratada en Puerto Rico.
 - d. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad, fertilidad, impotencia o implantes.
 - e. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos.
 - f. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral, excepto algunas dosis de ácido fólico para mujeres, Vitamina D y algunas presentaciones de suplementos de hierro para niños entre los 6 y 12 meses de edad.
 - g. Hormonas de crecimiento.
 - h. Medicamentos para trasplantes de órganos y tejidos excepto aquellos medicamentos que son necesarios para el trasplante de piel, hueso y cornea.
 - i. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa.
4. Productos considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones, para los cuales la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*) no ha autorizado su uso. Tampoco están cubiertos los gastos médicos o de farmacia relacionados con estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos médicos o de farmacia que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio (*clinical trials*) para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial.
 5. Cualquier gasto por medicamentos que formen parte de las exclusiones acá mencionadas no estará cubierto bajo ningún concepto a menos que se necesite hacer cambios en esta sección y en el formulario de medicina o en otros procedimientos de manejo de medicamentos de recetas si estos obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento no lo pueda suplir o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de recetas o de medicamentos que se encuentren en esta sección.
 6. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.
 7. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.

Referidos

Su seguro de salud le da acceso directo a su Médico de Atención Primaria. Este médico es responsable de proveer cuidados preventivos y rutinarios que sean necesarios para el manejo de su salud. También es responsable de ayudarle a coordinar los servicios que usted necesite a través de proveedores especialistas y sub especialistas mediante un Referido de Servicios Profesionales. Este referido también aplica a ciertos servicios identificados en su póliza.

Su Médico de Atención Primaria referirá al asegurado al proveedor de salud que usted necesite, ya sea un proveedor participante del HMO o Centro de Servicios Primarios, o un proveedor participante de la red de proveedores de PALIC-PR. Su Centro de Servicios Primarios, HMO, Red de Proveedores cuenta con proveedores participantes con especialidades en Medicina General, Medicina Interna, Medicina de Familia, Obstetricia / Ginecología y Pediatría.

Pre Autorizaciones

El proceso de pre autorización le garantiza a usted y a su familia que recibirá un nivel de cuidado adecuado para su condición de salud. El objetivo de una pre-autorización es establecer medidas de cuidado coordinado que aseguren que los servicios hospitalarios y ambulatorios se brinden en el lugar, en el momento y por el profesional

adecuado. Además, verificar la elegibilidad del asegurado para el servicio que se está solicitando. El médico, hospital o facilidad están orientados sobre qué servicios deben ser pre-autorizados. Las preautorizaciones puede ser hospitalaria o para sus servicios ambulatorios.

Las pre autorizaciones para estudios y procedimientos serán tramitadas por el médico que lo atiende, el personal clínico que él designe o la facilidad donde se vaya a tratar, llamando a Pre autorizaciones PALIC-PR, el centro de llamadas de PALIC-PR que atiende estos casos de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.

Algunos de los servicios para los cuales usted o su médico debe tramitar la pre autorización directamente con PALIC-PR; siempre y cuando su cubierta incluya ese beneficio, son:

- **Servicios en Estados Unidos**
- **Osteotomía maxilar o mandibular**
- **Trasplante de Órganos de Piel, Cornea o Hueso.**

Para pre-autorizaciones o si al momento de necesitar algún servicio médico tiene alguna duda de si usted debe o no tramitar una pre autorización, o si necesita información adicional, llámenos al Departamento de Servicio al Cliente al [(787) 620-1414.]

Puede someter la información requerida vía fax o por correo.

Oficina Central: [(787) 620-414]

Fax Centros de Servicios:

[(787) 999-1251

(787) 999-8834]

Correo:

Pan-American Life Insurance Company of PR

Departamento de Pre-Autorización

[P.O. Box 369865

San Juan, Puerto Rico 00936-9865]

Procedimiento de Trámite de Pre Autorizaciones

1. PALIC-PR tiene un período de 15 días luego del recibo de la solicitud de pre autorizaciones de procedimientos electivos para lo siguiente:
 - a. Notificarle su determinación; o
 - b. Solicitarle información adicional.
Usted tendrá hasta 45 días para proveer la información solicitada.
 - c. Indicarle que necesita más tiempo para tomar su decisión. Esta extensión puede ser de hasta quince (15) días adicionales.

PRE AUTORIZACIONES EN CASOS URGENTES

De tener la necesidad de que se considere una solicitud de pre-autorización de forma urgente. Debido a una condición de salud que, bajo el criterio del médico que le esté atendiendo, pusiera en un serio riesgo la vida, salud o capacidad para recuperar su función máxima, o porque someterle a los términos de tiempo regulares para contestar una solicitud de pre autorización le expondría a sufrir dolor severo, el cual no se puede manejar adecuadamente sin el tratamiento para el cual se esté solicitando la pre-autorización.

En tal caso, el médico deberá certificar el carácter de la urgencia. La solicitud para estos casos podrá hacerse de forma oral o escrita. PALIC-PR deberá notificar de su decisión dentro de 72 horas a partir del recibo de la solicitud. En caso de que PALIC necesite información adicional para prestar su determinación, deberá notificarle dentro de las 24 horas del recibo de la solicitud. El asegurado o el médico tendrán hasta 48 horas a partir de la notificación para someter cualquier información adicional solicitada. Una vez recibida la información adicional, PALIC-pr deberá contestar la solicitud dentro de 48 horas. De no recibirse la información adicional solicitada en el término antes señalado, PALIC-PR podrá hacer su determinación con la información suministrada hasta el momento. Al igual que con cualquier otra solicitud de pre autorización, PALIC-PR determinará su solicitud con carácter de urgencia a base de los términos de su cubierta.

APELACIONES EXPÉDITAS (RÁPIDAS) DE PRE AUTORIZACIONES DENEGADAS EN CASOS DE URGENCIA

Si usted no está de acuerdo con la determinación inicial en casos de pre autorizaciones urgentes puede solicitar una apelación expedita. Usted o su representante deberá presentar los argumentos de por qué entiende que su pre autorización debe concederse bajo los términos de su póliza y presentar la evidencia documental que PALIC-PR le solicite o aquella bajo la cual fundamenta sus argumentos. PALIC-PR deberá contestar su apelación dentro de 48 horas de haber recibido su solicitud.

[CONTACTOS]

Página de Internet [www.palig.com]

Página de Registro al portal [www.mypalig.com] *(Por favor referirse a la página 145 para instrucciones de como registrarse).*

Servicio al Cliente

Departamento de Servicio al Cliente
[PO Box 369865
San Juan, PR 00936-9865]

Pre Autorizaciones

PALIC-PR

Departamento de Pre Autorizaciones
[PO Box 369865
San Juan, PR 00936-9865]

Números de teléfono de contacto y número de facsímile

Servicio al Cliente [787-620-1414]

**Horario de Operaciones del
Centro de Llamadas:**

[Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m.
Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. Domingo: 11:00
a.m. - 5:00 p.m.]

Fax – Servicio al Cliente [787-999-1255 / 787-999-8834]]

COMO REGISTRARSE A SU PORTAL WWW.MYPALIG.COM

Todo nuevo Usuario tendrá que registrarse para tener acceso al portal en la web donde podrá administrar su cuenta. Una vez registrado podrá tener acceso a sus documentos tales como: Certificado de póliza, Beneficios recibidos, Solicitar copia de su tarjeta de identificación, Tener acceso a su explicación de beneficios entre otros.

Para registrarse favor de seguir los pasos a continuación:

1. Acceder al portal: www.mypalic.com
2. Una vez tiene acceso al portal debe seleccionar el idioma de su preferencia
3. Oprimir el enlace de Registro, Completar la información solicitada y Responder las preguntas de seguridad para registrarse correctamente
<https://www.mypalic.com/>

Asegurado debera acceder la pagina/ Seleccionar el Idioma

English | Español

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP

Login

[I forgot my password](#)

[I forgot the e-mail address I registered](#)

Register

For assistance, please contact Customer Service.

A.M. Best and Fitch Ratings - two of the most important rating companies in the industry have rated Pan-American Life Insurance Company's financial strength as:

A.M. Best "A" (Excellent) with Stable Outlook as of November 2015	Fitch Ratings "A" (Strong) with Stable Outlook as of November 2015
---	--

© Copyright 2016 – [Pan-American Life Insurance Group](#) | [Privacy Policy](#) | [Terms of Use](#) | Products Issued by Pan-American Life Insurance Company

Nuevo al Portal de Información de Pan American Life? Por favor, díganos quién es.

Miembro / Asegurado

Elija esta opción si usted es un participante cubierto por un plan de Pan-American Life.

Proveedor

Seleccione esta opción si usted es un proveedor.

Empleador/Negocio

Por favor, comuníquese con su ejecutivo de cuenta para el acceso al Portal De Información de Pan American Life

Productor

Por favor, comuníquese con su ejecutivo de cuenta para el acceso al Portal De Información de Pan American Life

Hacer Click : Member/Policy Holder Portal

Bienvenido a MyPalic.com!

A donde voy desde aquí?

Conectarse a un portal

- [Miembro/ Portal del Asegurado](#)
- [Portal del Grupo para Mercado Doméstico](#)
- [Portal de Calificación y Cotización](#)

Mantenimiento de Cuenta

- [Administrar Mi Cuenta](#)

Para obtener ayuda, póngase en contacto con Servicio al Cliente al 1-877-569-3075 (seleccione por favor la opción 1)

- Una vez registrado el Usuario administra la cuenta de acuerdo a sus necesidades tales como copia de su certificado de póliza, solicitar copia de tarjetas etc.