

Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico
Metro Office Park No. 2 Calle 1 Suite 101
Guaynabo, Puerto Rico 00968-1705

CUBIERTA BÁSICA PARA GRUPOS PEQUEÑOS

POLIZA PPO

Nombre del Cliente: [Nombre del Cliente]

Número de Grupo: [XXXXX]

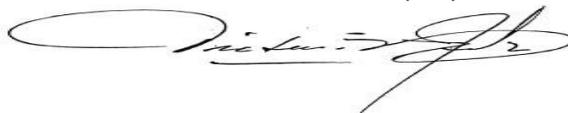
Día Efectivo: [xx de xx de 20xx]

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 directos [y colaterales] elegibles de dichos empleados de conformidad con las disposiciones de esta póliza que más adelante se denominara como 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 el 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 asegurado 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.

**AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON
MEDICARE**

ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE *MEDICARE*

**Este no es un seguro
Complementario a *Medicare***

Este seguro provee beneficios limitados, si usted cumple con las condiciones de Póliza para gastos relacionados a los servicios específicos enumerados en la Póliza. No paga sus copagos o coaseguros de *Medicare* y no es un sustituto para seguro complementario a *Medicare*.

Este seguro duplica beneficios de *Medicare* cuando:

- Algunos de los servicios cubiertos por la Póliza también están cubiertos por *Medicare*.

Medicare paga beneficios extendidos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:

- Hospitalización
- Servicios médicos
- Otras partidas y servicios aprobados

Antes Que Usted Compre Este Seguro

Coteje la cubierta en todas las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.

Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare disponible a través de la compañía de seguros.

Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

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 dependientes directos [y colaterales] elegibles, asegurados incluyendo el beneficio de maternidad que está disponible para la empleada asegurada, la esposa asegurada, la pareja cohabitante y las hijas dependientes directos [y colaterales] 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. 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: \$6,000 para el plan Platinum Elite y \$6,350 para los planes Platinum, Gold, Platinum Privilege and Gold Solution por año calendario

Límite máximo anual de costos compartidos en cubierta de pareja o de familia: \$12,000 para el plan Platinum Elite y \$12,700 para los planes Platinum, Gold, Platinum Privilege and Gold Solution 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, nunca serán mayores 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 una pre-autorización de PALIC-PR. El empleado asegurado, médico y proveedor participante serán orientados sobre los procedimientos a pre-autorizar. Los servicios recibidos como consecuencia de una emergencia médica en una Sala de Emergencia no requerirán pre-autorización.

En los casos en que PALIC-PR requiera 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 o 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 [y colaterales] 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 o 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 enlace (haga clic en sobre el enlace):

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

SERVICIO PREVENTIVO PARA ADULTOS

- **Cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA)** - *Un (1) servicio por ultrasonografía para el cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA) en personas aseguradas de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores en algún momento*
- **Cernimiento de glucosa en la sangre y diabetes mellitus Tipo 2** - *Cernimiento para niveles de azúcar en la sangre anormales como parte de la evaluación de riesgo cardiovascular en adultos entre las edades de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o referir a las personas aseguradas con niveles de azúcar en la sangre anormales a intervenciones de consejería conductual intensivas para promover una dieta saludable y actividad física. Además, cernimiento de diabetes Tipo 2 para adultos que no tienen síntomas, pero tienen una presión arterial sostenida (independientemente esté en tratamiento) mayor de 135/80 mm/Hg.*
- **Abuso de alcohol Cernimiento y consejería** - *Cernimiento clínico a adultos de 18 años en adelante por abuso de alcohol, así como intervención de consejería conductual para reducir el uso de alcohol para asegurados que tienen un patrón de riesgo o un consumo peligroso de alcohol.*
- **Suplido de aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal: medicina preventiva** - *Uso de dosis baja de aspirina para adultos entre las edades de 50 a 59 años como prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal que tienen un 10% o más de 10 años de riesgo cardiovascular, no tienen un riesgo alto de sangrado, tienen una expectativa de vida de al menos 10 años y están dispuestos a tomar aspirinas en dosis menores diariamente por al menos 10 años.*
- **Cáncer colorrectal** - *Cernimiento de cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia, colonoscopia o prueba serológica en adultos de 50 a 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían.*
- **Depresión** - *Cernimiento de depresión en adultos, incluyendo personas aseguradas durante su embarazo o post-parto. El cernimiento debe realizarse en un sistema adecuado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.*
- **Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física** - *Ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante que están a riesgo de sufrir caídas.*
- **Dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares en adultos con riesgo cardiovascular: Consejería Conductual** - *Ofrecer y referir a los adultos con sobrepeso u obesidad y con factores adicionales de riesgo de enfermedad cardiovascular a intervención de consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares.*
- **Infección del virus de la Hepatitis B: cernimiento en adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo** - *Cernimiento de Hepatitis B para adultos con alto riesgo de infección.*
- **Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C: adultos** - *Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C para adultos con alto riesgo de infección y una prueba para adultos nacidos entre 1945 y 1965.*
- **Hipertensión** - *Cernimiento de hipertensión para adultos de 18 años en adelante. Se deben obtener las medidas fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.*

- **Prueba de Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo** - *Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para adultos de 15 a 65 años, así como adolescentes menores y adultos mayores con alto riesgo. Según requerido por la ley 45-2016, incluye una prueba de VIH por año como parte de la evaluación médica de rutina, excepto para personas aseguradas durante su embarazo a las cuales les aplican los requisitos del USPSTF.*
- **Inmunización Vacunas** - *Las dosis, edades y población recomendada varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Virus de Papiloma Humano, Influenza, MMR, Meningococo, Neumococo, Tétano, Difteria, Tos Ferina y Varicela. Las vacunas de seguimiento (catch up) están cubiertas.*
- **Cernimiento de cáncer del pulmón** - *Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computadorizada para adultos entre las edades de 55 a 80 años con historial de fumador de 30 años o más, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años. El cernimiento se discontinuará una vez la persona haya dejado de fumar por 15 años consecutivos o desarrolle un problema de salud que sustancialmente limite la expectativa de vida o la habilidad o probabilidad de tener una cirugía pulmonar para curar la enfermedad.*
- **Obesidad Cernimiento de obesidad para adultos** - *Los médicos pueden ofrecer o referir pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés) de 30kg/m² o más a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes.*
- **Enfermedades de transmisión sexual** - *Consejería conductual intensiva para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual.*
- **Cáncer de piel: Consejería** - *Consejería a menores, adolescentes y adultos jóvenes de 6 meses a 24 años que tengan una piel blanca a que reduzcan la exposición a la radiación ultravioleta para disminuir el riesgo de cáncer de la piel.*
- **Cernimiento para la prevención de eventos de ECV (CVD) -Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares en adultos** - *Medicamentos Preventivos Para los adultos sin historial de enfermedad cardiovascular (por ejemplo, enfermedad arterial coronaria sintomática o accidente cerebrovascular isquémico) a utilizar dosis baja o moderada de estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares y mortalidad cuando todos los siguientes criterios se cumplen:*
 - *entre 40 a 75 años*
 - *tienen uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar), y*
 - *tienen un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. La identificación de dislipidemia y el cálculo de 10 años del riesgo del evento cardiovascular requieren un cernimiento de lípidos universal para adultos entre las edades de 40 a 75 años.**Las estatinas se cubren por la cubierta de farmacia; hacer referencia a la sección Beneficios de Farmacia.*
- **Sífilis en adultos y adolescentes que no estén en estado de embarazo** - *Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas aseguradas que tengan un riesgo alto de infección*
- **Cesar el uso de tabaco y medicinas: adultos que no están en estado de embarazo** - *El USPSTF recomienda que los médicos deben preguntar a todos los adultos sobre el uso del tabaco, aconsejar dejar el tabaco, ofrecer intervenciones de conducta y los medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la FDA por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.*
- **Cernimiento de Tuberculosis:adultos** - *Cernimiento de infección de tuberculosis en poblaciones de alto riesgo*

SERVICIO PREVENTIVO PARA MUJERES. INCLUYENDO MUJERES EMBARAZADAS

- **Anemia** - Cernimiento rutinario para mujeres embarazadas asintomáticas por deficiencia de hierro
- **Bacteriuria (o infección en el tracto urinario)** - Cernimiento para personas aseguradas durante su embarazo que no muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las 12 y 16 semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término de embarazo.
- **BRCA-Cáncer: Evaluación de Riesgo y Consejería Genética/Prueba** - Los proveedores de atención primaria deben realizar un cernimiento a personas que han tenido familiares con cáncer de seno, ovario, trompas o peritoneal, a través de herramientas diseñadas para identificar historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales en los genes de susceptibilidad al cáncer de seno (BRCA1 o BRCA2). Las personas aseguradas que tengan un resultado positivo deben recibir consejería genética y, si es indicado luego de la consejería, la prueba BRCA.
- **Cernimiento de cáncer de seno - Mamografía de cernimiento**, con o sin examen clínico de seno, cada uno (1) o dos (2) años para personas aseguradas mayores de 40 años. El USPSTF recomienda bianual para personas aseguradas entre 50 y 75 años de edad.
- **Cáncer de seno: medicamentos preventivos** - Orientación clínica a pacientes de alto riesgo. El USPSTF recomienda que los médicos involucren a sus pacientes de alto riesgo de cáncer de seno en la determinación de utilizar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico debe ofrecer el recetar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como tamoxifen o raloxifene, para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
- **Lactancia** - Apoyo y consejería a través de un proveedor adiestrado en lactancia, durante el embarazo y/o en el periodo post parto, así como acceso al equipo de lactancia y los suplidos, por nacimiento. Intervenciones durante el embarazo y luego del nacimiento para apoyar la lactancia.
- **Cernimiento de cáncer cervical** - Cernimiento de cáncer cervical en personas aseguradas entre las edades de 21 y 65 años con la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años o para personas entre las edades de 30 a 65 años que quieran hacerse la prueba menos frecuente en combinación con una prueba del virus de papiloma humano (HPV) cada cinco (5) años. La Fuerza de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU USPSTF actualiza sus recomendaciones de 2012 para el cribado del cáncer cervicouterino, con una novedad importante: es la primera vez que recomiendan un método de detección que no incluye la prueba de Papanicolaou para las mujeres de 30 a 65 años. En cambio, el USPSTF sugiere que se realice la prueba primaria de alto riesgo del virus del papiloma humano (hrHPV) y solo cada cinco años. Como opción alternativa se pueden realizar ambas pruebas juntas cada tres años.
- **Cernimiento de clamidia y gonorrea** - Cernimiento de clamidia y gonorrea en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección
- **Métodos Anticonceptivos** - Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización, consejería y educación para todas las personas aseguradas con capacidad reproductiva según prescrito. Se cubre la inserción y remoción de cualquier dispositivo. La esterilización quirúrgica de implantes y cirugías de esterilización se cubren por la cubierta básica. Los demás métodos anticonceptivos se cubren por farmacia.
- **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.

- **Diabetes Mellitus gestacional** - Cernimiento para diabetes mellitus gestacional en personas embarazadas que no tienen síntomas después de las 24 semanas de gestación y para aquellas identificadas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
- **Hepatitis B** - Para personas aseguradas embarazadas, cernimiento de infección del virus de Hepatitis B en la primera visita prenatal y a personas de alto riesgo de infecciones. A parte de las mujeres embarazadas, también aplica a adultos y adolescentes que no están embarazadas
- **Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)** - Personas aseguradas durante su embarazo. Los médicos deben realizar un cernimiento de HIV a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y que se desconoce su estatus de VIH. Se cubre sin copago para las personas embarazadas las siguientes pruebas:
 - a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación en la primera visita prenatal, y
 - b. Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).
- **Prueba de ADN del virus del Papiloma Humano** - Prueba de ADN de alto riesgo del virus de papiloma humano a personas aseguradas 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 (3) años
- **Cernimiento para la violencia doméstica** - Personas aseguradas en edad reproductiva
Cernimiento de violencia en la relación íntima de pareja a las personas aseguradas en edad reproductiva, tales como violencia doméstica y ofrecer y referir a las personas que den positivo al cernimiento a los servicios de intervención. Esta recomendación aplica a las personas aseguradas que no presenten signos o síntomas de abuso.
- **Cernimiento de preclamsia** - Cernimiento de preclamsia para personas aseguradas durante su embarazo, con mediciones de presión arterial durante todo el embarazo
- **Cernimiento o Rastreo de Osteoporosis-Recomendaciones para prevenir fracturas para mujeres menores de 65 años y para mujeres de 65 años o mayores con mayor riesgo de osteoporosis** - La Fuerza de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USTSPS) recomienda el Cernimiento para osteoporosis con pruebas de medición ósea en personas aseguradas de 65 años de edad o mayores y en posmenopáusicas menores de 65 años de edad con mayor riesgo de osteoporosis para prevenir fracturas según algunas herramientas predictivas disponibles
- **Dosis baja de aspirina para la prevención de mortalidad y morbilidad por preclamsia: medicamento preventivo** - Uso de aspirina de dosis baja (81mg/d) como medicamento preventivo después de las 12 semanas de gestación en personas aseguradas con alto riesgo de preclamsia.
- **Incompatibilidad Rh(D)** - Pruebas del tipo de sangre Rh(D) y de anticuerpos para todas las personas aseguradas durante su embarazo en la primera consulta prenatal. Incluye repetir la prueba de anticuerpos a personas aseguradas durante su embarazo con pruebas RH(D) negativo no sensibilizado entre las 24 a 28 semanas de gestación, a menos 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. Los médicos deben preguntar a todas las personas aseguradas durante su embarazo sobre el uso del tabaco, aconsejar detener el uso del tabaco y proveer intervenciones conductuales para el cese del mismo a las personas aseguradas que usen 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 sífilis durante el embarazo** - Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas aseguradas durante su embarazo. USPSTF recomienda la detección temprana de la infección por sífilis en todas las personas embarazadas.
- **Visitas Preventivas de Mujeres a servicios de ginecología y obstetricia** - Visita anual preventiva (dependiendo de la salud, necesidades de salud y otros factores de riesgo de la persona asegurada) para que las personas aseguradas adultas obtengan sus servicios preventivos recomendados que sean apropiadamente desarrollados para su edad, incluyendo cuidado prenatal y servicios necesarios para el cuidado prenatal. Esta visita anual preventiva debe, cuando sea apropiado, incluir otros servicios preventivos enumerados. Si el médico determina que el paciente requiere visitas adicionales, las mismas se cubrirán sin copago. Visitas preventivas para obtener los servicios preventivos recomendados no necesitan referido o pre autorización, a servicios de ginecología y obstetricia.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS

- **Abuso de Alcohol – Cernimiento y Consejería** - Se recomienda a los médicos que proveen asesoramiento a para adolescentes de diez y ocho (18) años en adelante 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.
- **Anemia/Hierro** - Suplemento de hierro para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia
- **Tabaco, Alcohol o Drogas** - Evaluaciones para adolescentes y niños de entre las edades de 11 a 21
- **Uso de tabaco en menores y adolescentes** - Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores en edad escolar y adolescentes para prevenir el inicio del uso de tabaco.
- **Certinimiento de 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 personas aseguradas sexualmente activas
- **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) para un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
- **Cernimiento de desarrollo y vigilancia** - 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 USPSTF 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.
- **Cernimiento del virus de Hepatitis B** en asegurados con alto riesgo de infección
- **Cernimiento de Hepatitis B** en adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo
- **Hipertensión** Cernimiento para personas aseguradas de 18 años en adelante. Se deben obtener las medidas fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
- **Hemoglobinopatías o Enfermedad de Células Falciformes** - Cernimiento para la detección de células falciformes para los recién nacidos
- **Prueba del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en adolescente y adultos (personas no embarazadas)** - Cernimiento para adolescentes y adultos de 15 a 65 años, así como para personas más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo. Según requerido por la Ley 45 2016 se cubre una prueba al año como parte de la prueba de evaluación médica de rutina, excepto personas embarazadas a las cuales les aplica los requisitos del USPSTF
- **Hipotiroidismo** - Cernimiento de hipotiroidismo congénito para recién nacidos
- **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”). Las vacunas de seguimiento están cubiertas. HPV comienza desde los 9 años en menores y adolescentes con historial de abuso sexual o asalto quienes no han iniciado o completado las 3 dosis (recomendación Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP))
- **Enfermedad de transmisión sexual** Consejería conductual intensiva para adolescentes sexualmente activos y adultos que tengan un alto riesgo de infecciones transmitidas sexualmente
- **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 todos niño durante el desarrollo; entre las edades de 0-11 meses, 1-4 años, 5 – 10 años, 11-14 años, 15-21 años
- **Obesidad en menores y adolescentes** - Para niños y de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso del menor.
- **Cernimiento de caries dentales en menores hasta los 5 años** Suplementos orales de fluoruro a partir de los 6 meses para menores cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro. Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a dientes primarios para infantes y menores desde la erupción de los dientes primarios.
- **Salud Oral** - Asesoramiento y evaluación de riesgo para niños pequeños de entre las edades de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, y de 5 a 10 años.

- **Infección de Sífilis en adultos y adolescentes (no embarazados)** - *El USPSTF 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.*
- **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 21 años.*
- **Cernimiento de visión: menores** - *Cernimiento de visión, por lo menos una (1) vez, para todos los menores entre las edades de 3 y 5 años para detectar ambliopía o factores de riesgo.*
- **Consejería para la prevención del cáncer de la piel** – *Consejería y asesoramiento para adultos, jóvenes, adolescentes y adultos jóvenes de menores entre 6 meses a 24 años 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*
- **Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)** - *Cernimiento en recién nacidos para desórdenes genéticos*
- **Prueba de cernimiento del Virus de la Hepatitis B (HDV) – Hepatitis B virus infection screening** – *Se recomienda una evaluación y asesoramiento para 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 2 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. El médico especialista en endocrinología también podrá ordenar el uso del monitor de glucosa con sus aditamentos en aquellos pacientes que presenten un cuadro clínico de predisposición o mayor cantidad de factores de riesgo de desarrollar la condición de diabetes mellitus tipo 2. Si el médico especialista (endocrinólogo), ordena un glucómetro en específico debido al tratamiento que utilice el paciente, el endocrinólogo someterá una justificación a PALIC. En dicho caso PALIC cubrirá la marca del glucómetro ordenada por el endocrinólogo. La selección de la marca de este dispositivo la determina el endocrinólogo basado en la edad del paciente, el grado de actividad física del paciente y el conocimiento del paciente y/ o cuidadores sobre la condición
- **Ley 275 del 27 de Septiembre de 2012 – “Carta de Derechos de los Pacientes Sobrevivientes de Cáncer - 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 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. Sujeto a pre-autorización, este plan cubre un procedimiento por vida por miembro, 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 2 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*
- **Ley Núm. 97 del 15 de Mayo del 2018 “Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down”** - *PALIC-PR incluye en su plan de salud cobertura para el tratamiento de las personas con Síndrome de Down. Esto incluirá pruebas, sin limitarse a, genéticas, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición; incluirá, además, las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente y servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años. Le aplica copagos y/o coaseguro como el de Servicios para Autismo.*

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 Estado Unidos

Tratamientos electivos no serán cubiertos por este plan si existen en Puerto Rico. Tampoco se pagaran los servicios Las emergencias no necesitan pre-autorización.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

Si la persona no está reclusa 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

- Visitas a la oficina del médico generalista
- Visitas a especialista
- Visitas a subespecialistas
- 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 servicio 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

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 principal, la esposa e hijas dependientes directos [y colaterales] del empleado asegurado.
- Servicios pre y postnatales recibidos por la persona asegurada.
- Hospitalización
- 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

Cuidado de Alergias

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

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

- 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

- Terapia respiratoria hasta dos (2) sesiones por día que pueden ser como máximo 20 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

- Las terapias de habilitación y rehabilitación que pueden ser como máximo 20 sesiones por cada una de las terapias o en combinación con otras terapias hasta alcanzar el máximo de sesiones permitidas.
- Terapias de Habilitación – Límite pueden ser como máximo 20 sesiones de terapia habilitación solamente o en combinación con otras terapias hasta alcanzar el máximo por año póliza. Terapia Habitacional están cubiertos por el plan si el asegurado los recibe en una facilidad hospitalaria.
- Terapias de Rehabilitación – Límite pueden ser como máximo 20 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*

Las terapias físicas y las manipulaciones prestadas por quiroprácticos están cubiertas un máximo 20 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*

- Compra o renta del 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

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 2

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 2 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo.

El médico especialista en endocrinología también podrá ordenar el uso del monitor de glucosa con sus aditamentos en aquellos pacientes que presenten un cuadro clínico de predisposición o mayor cantidad de factores de riesgo de desarrollar la condición de diabetes mellitus tipo 1.

Si el médico especialista (endocrinólogo), ordena un glucómetro en específico debido al tratamiento que utilice el paciente, el endocrinólogo someterá una justificación a PALIC. En dicho caso PALIC cubrirá la marca del glucómetro ordenada por el endocrinólogo.

Nota Importante: La selección de la marca de este dispositivo la determina el endocrinólogo basado en la edad del paciente, el grado de actividad física del paciente y el conocimiento del paciente y/ o cuidadores sobre la condición

Cuidado de Salud en el Hogar

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

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 máximo 40 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*

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

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 máximo de 4 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*

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 procedimiento neurológicos
- Servicios de gastroenterología
- Inmunología
- 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

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) 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 cero (\$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 Co-pago o Co-aseguro

- 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 BÁSICO 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). PALIC-PR pagará hasta un máximo de \$150 por anteojos (1) por año póliza.

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 hasta un máximo de \$150, 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 ofrece 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 \$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. Solo estarán cubiertos durante cualquier periodo de hospitalización los servicios de médicos que normalmente estén disponibles en el hospital en que la persona asegurada se hospitalice. Si los servicios que el asegurado necesita no están disponibles en el hospital, el asegurado podrá buscar o escoger otro proveedor que participe de la red de proveedores de PALIC-PR.

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 reclusos en habitaciones privadas, cantidades distintas a aquellas que tendrían derecho de cobrar si dichos pacientes estuviesen reclusos en habitaciones semiprivadas.

En el caso de por determinada razón un asegurado utilice los servicios de una habitación privada, es responsabilidad de este el pago de la diferencia en costo que representa dicha utilización.

Descripción de los Beneficios

Servicios Médicos - Quirúrgicos

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

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
- 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*)
- 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
- 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 (NVC; *Nerve conduction velocity study*), hasta dos (2) pruebas, de cada tipo, por año póliza, por persona asegurada

- Cirugía de bypass gástrico. Esta póliza 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 no tiene periodo de espera; se evalúa cada caso y si cumple con los criterios se autoriza
- Medicamentos de quimioterapia en todas sus formas de administración 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.
- Terapia Habitacional están cubiertos por el plan si el asegurado los recibe en una facilidad hospitalaria.

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 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 reclusos en habitaciones privada , cantidades distintas a aquellas que tendrían derecho de cobrar si dichos pacientes estuviesen reclusos en habitaciones semiprivadas.

Cuando se utilizan las Facilidades de Cuidado o Atención Médica Urgente- La persona asegurada utiliza Facilidades o Clínicas 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.

Solicitud de cuidado urgente: significa

(1) Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento en la cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:

(a) Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona cubierta o asegurado o su recuperación plena; o

(b) En la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o asegurado, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio

de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.

- (2) Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la organización de seguros de salud o asegurador ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o asegurado determina presentar una solicitud de cuidado urgente dentro del significado del inciso (1), la organización de seguros de salud o asegurador tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

Descripción de los Beneficios

Servicios Médicos - Quirúrgicos

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

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 servicio de esterilización para la mujer , como servicio preventivo y para el hombre (la vasectomía) están cubierto con cero copago o coaseguro*)
- Medicamentos de quimioterapia en cualquiera de sus formas de administración y radioterapia
- Procedimiento de litotricia (*ESWL*), requiere pre autorización.
- Terapia Habitacional están cubiertos por el plan si el asegurado los recibe en una facilidad hospitalaria.
- Facilidades o Clínicas de Cuidado Urgente

Unidad de Cuidado de Enfermería Diestra (SNF)

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

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 de 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

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

- 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 más 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

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

La cubierta de farmacia está sujeta a los términos y condiciones de la cubierta básica para grupos pequeños que no estén en conflicto con los beneficios y condiciones descritos en esta sección y en tal caso, prevalece lo establecido en las provisiones de la cubierta de farmacia.

El despacho de medicamentos genéricos es la primera opción, excepto para aquellos medicamentos de marca, incluidos en la Lista de Medicamentos, para el cual no exista el genérico. Si la persona asegurada elige, o su médico la receta, un medicamento de marca cuando existe su genérico en el mercado, la persona asegurada paga el copago del medicamento de marca y la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.

Este beneficio se rige por las guías de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) ANDA (Abbreviated New Drug Application), NDA (New Drug Application) y BLA (Biologics License Application). Éstas incluyen dosificación, equivalencia de medicamentos y clasificación terapéutica, entre otros.

Este plan provee para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad que se utilice en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. No obstante, este plan no está obligado a cubrir un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe. Además, incluye los servicios medicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

Es requisito presentar la tarjeta del plan de PALIC-PR a cualquier farmacia participante al momento de solicitar los beneficios para que los mismos estén cubiertos. La farmacia participante provee, a la presentación de la tarjeta del plan y de una receta, los medicamentos cubiertos incluidos en la Lista de Medicamentos o Formulario que especifique dicha receta; y no efectúa cargo ni cobra cantidad alguna a la persona asegurada que resulte en exceso de lo establecido en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta póliza. Al recibir los medicamentos, la persona asegurada tiene 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 hacer una receta nueva con un medicamento que esté cubierto; o puede solicitar una excepción conforme a la Sección "Proceso de Excepción a la Lista de Medicamentos o Formulario" de esta póliza. Esto aplica cuando la clasificación terapéutica (categoría) esté cubierta y existan otras alternativas de tratamiento.

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.

Las recetas expedidas por médicos en donde no estén especificadas las indicaciones para su uso, ni la cantidad del medicamento, solamente se pueden 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)”.

Los medicamentos con repeticiones (refills) no pueden ser provistos antes de transcurrir el 75% del abastecimiento a partir de la fecha del último despacho, ni luego de transcurrir un año desde la fecha de haber sido expedida la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de sustancias controladas.

Características del Beneficio de Farmacia:

- Este beneficio de farmacia utiliza una Lista de Medicamentos o Formulario la cual fue aprobada por el Comité de Farmacia y Terapéutica para esta cubierta. El Comité de Farmacia y terapéutica del Administrador de farmacia contratado por PALIC-PR está compuesto por médicos, farmacéuticos clínicos y otros profesionales de la salud, quienes se reúnen periódicamente para evaluar y seleccionar aquellos medicamentos que serán incluidos en la Lista, siguiendo un proceso riguroso de evaluación clínica.

El Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la Lista de Medicamentos o Formulario y aprueba cambios donde:

- a) se incluyen medicamentos nuevos, los cuales son evaluados en un término no mayor de 90 días luego de su aprobación por la FDA
 - b) se cambian medicamentos de un nivel con copago/coaseguro mayor a un nivel con un copago/coaseguro menor
 - c) cambio por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado.
- Notificaremos los cambios a más tardar a la fecha de efectividad del cambio a:
 - a) Todas las personas aseguradas
 - b) Las farmacias participantes para la inclusión de medicamentos nuevos con 30 días de antelación a la fecha de efectividad

Descripción del Beneficio De Farmacia

Dentro de esta cubierta de farmacia estarán cubiertos los medicamentos genéricos preferidos, genéricos no preferidos, marca preferidos, marca no preferidos, productos especializados preferidos y productos especializados no preferidos incluidos en la Lista de Medicamentos o Formulario que en su etiqueta contengan la frase «Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica), insulina y algunos medicamentos Over-the-Counter (OTC).

Por otro lado estarán cubiertos también los servicios preventivos conforme a 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).

Medicamentos clasificados como preventivos, según se detallan a continuación, se cubren con \$0 copago, con receta médica, si los mismos son recibidos de farmacias participantes de la red contratada por EL Administrador de farmacia de PALIC-PR:

- Dosis baja de aspirina (81mg) para adultos de 50 a 59 años, para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal.
- Métodos anticonceptivos – Solo se cubrirán los medicamentos incluidos en la lista de Anticonceptivos en el Formulario, que incluye al menos un medicamento de cada una de las categorías

definidas en Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA). El genérico se cubrirá como única opción excepto en las categorías donde no exista en el mercado la versión genérica. Se requiere receta médica.

- Suplementos de ácido fólico (400 mcg y 800 mcg) para personas aseguradas que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.
- Suplementos orales de Flúor para pre-escolares de seis (6) meses hasta los cinco (5) años de edad cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor.
- Suplementos de hierro para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia.
- Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de nicotina nasal spray, nicotina inhaler y bupropion hcl (smoking deterrent), por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. El genérico se cubrirá como única opción excepto cuando no exista en el mercado la versión genérica. No aplica a productos OTC (Over the counter).
- Medicamentos preventivos a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, el genérico de tamoxifen o raloxifen en tabletas para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
- Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares: dosis baja o moderada de estatinas para adultos entre las edades de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cardiovascular que tengan uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. Se cubren los genéricos de simvastatin 5, 10, 20 y 40 mg; atorvastatin 10 y 20 mg y pravastatin 10, 20, 40 y 80 mg, Rosuvastatin 5 y 10 mg; Lovastatin 10, 20 y 40 mg y Fluvastatin 20 y 40 mg.

Prevención de cáncer colorectal -recetas de gastroenterólogos de preparaciones intestinales para procedimiento de colonoscopia en adultos de 50 años o más solo se cubrirán los siguientes medicamentos con leyenda - Suprep y PEG (polyethylene Glycol)

Para más información sobre los medicamentos preventivos a los que aplican estas disposiciones de ley, puede acceder el siguiente enlace: <http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>

- Medicamentos con leyenda federal para cumplir con la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), estarán cubiertos sujeto a los copagos y coaseguros establecidos en esta póliza.
- Buprenorfina
- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original está limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos de mantenimiento.
- La cantidad de medicamentos de mantenimiento es provista hasta un máximo de 180 días conforme al despacho de la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días. El médico tiene que indicar en la receta la cantidad de repeticiones.
- El abastecimiento de noventa (90) días aplica a 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 para 90 días en Farmacias. No aplica a los Productos Especializados en el Nivel 5.
- Este beneficio de farmacia puede estar sujeto a un deducible anual (Ej. \$50 individual). Favor refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta póliza. El “deducible anual” es la cantidad que la persona asegurada debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. Cuando la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza, paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance la cantidad establecida (Ej. \$50 por persona). Las cubiertas de farmacia pueden tener un primer nivel de cubierta (Ej. \$600 por persona). Esto significa que:

- a. Si la cubierta de farmacia tiene un deducible anual, el primer nivel de cubierta comienza cuando la persona asegurada haya alcanzado el deducible y hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$500 por persona).
- b. Si la cubierta de farmacia no tiene deducible anual, el primer nivel de cubierta comienza desde que la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$500 por persona).
- c. En ambos casos, toda vez que la persona asegurada empieza el primer nivel de cubierta, es responsable por los copagos y coaseguros según el nivel de los medicamentos hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$500 por persona).
- d. Una vez acumulada la cantidad establecida en el primer nivel de cubierta (Ej. \$500 por persona) la persona asegurada debe pagar un coaseguro para todos los medicamentos cubiertos por el resto del año póliza, según se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta póliza.
- e. Estos deducibles, copagos y coaseguros no aplican a los Servicios Preventivos con \$0 copago, según requerido por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act y la Healthcare and Education Act, y según establecido por el United States Preventive Services Task Force. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta póliza.
- f. El copago de los medicamentos genéricos no aplica durante los 12 meses del año si la persona asegurada cambia de un medicamento de marca a uno genérico en el Nivel 1 bajo la Lista de Medicamentos o Formulario en una de las siguientes categorías terapéuticas: Anti-convulsivos, Anti-hipertensivos, Anti-sicóticos, Anti-diabéticos, Anti-depresivos, Anti-hiperlipidémicos (Colesterol), Modificadores de plaquetas y medicamentos para la Angina. Esto quiere decir que aplicará \$0 copago para los medicamentos genéricos del Nivel 1 durante los primeros 12 meses del año si la persona asegurada cambia de un medicamento de marca a uno genérico del Nivel 1 de las categorías terapéuticas indicadas.

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]

Exclusiones Generales de la Cubierta Básica

Esta póliza 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 enfermera, asistente médico, 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, mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno), septoplastías, rinoseptoplastías, blefaroplastías, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto la obesidad mórbida tratada en Puerto Rico; tratamientos de liposucción, abdominoplastía 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 asociados 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. Intervenciones quirúrgicas cuyo propósito sea el de restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear. Además, se excluyen los servicios hospitalarios y las complicaciones asociadas con estas.
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, y 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 cardíaca.
19. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista excepto las anestесias 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. 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.
37. Servicios médicos prestados por un familiar, así mismo (auto diagnosticarse, recetarse procedimientos o medicarse) o cualquier persona que tenga vínculos de sangre con el asegurado.

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*).
1. 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. Servicios Dentales prestados por un familiar, así mismo (auto diagnosticarse, recetarse procedimientos o medicarse) o cualquier persona que tenga vínculos de sangre con el asegurado.
14. Productos que se compran sin receta médica tales como blanqueadores de dientes, pasta de dientes, hilos dentales.
15. Servicios provistos por proveedores que están fuera de la red de proveedores de Palic-PR.
16. 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 y 6 años) y condiciones dermatológicas como pediculosis y escabificidas, 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 y en los Estados Unidos
7. Servicios de farmacia prestados por un familiar, así mismo (auto diagnosticarse, recetarse procedimientos o medicarse) o cualquier persona que tenga vínculos de sangre con el asegurado.
8. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.

[CONTACTOS

Página de Internet [www.mypalig.com]

Página de Registro al portal [www.mypalig.com] *(Por favor referirse a la página 130 para instrucciones de como registrarse).*

Dirección de correo electrónico

[servicio.pr@palig.com]

Dirección Postal

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.mypalig.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.mypalig.com/>

Asegurado deberá de 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



Español - Registrarse Iniciar sesión

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

© Copyright 2016 - Pan-American Life Insurance Group | [Póliza de Privacidad](#) | [Términos de uso](#) | Productos Emitidos por Pan-American Life

Hacer Click : Member/Policy Holder Portal



Español - Inicio Mi Cuenta Salir

Bienvenido a MyPalic.com!

A donde voy desde aquí?

<p>Conectarse a un portal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembro/ Portal del Asegurado • Portal del Grupo para Mercado Domestico • Portal de Calificación y Cotización 	<p>Mantenimiento de Cuenta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar Mi Cuenta
--	---

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

© Copyright 2016 - Pan-American Life Insurance Group | [Póliza de Privacidad](#) | [Términos de uso](#) | Productos Emitidos por Pan-American Life

4. 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.