



RYDER HEALTH PLAN, INC.

## Cubierta de Salud Individual

# *Ryder Directo*

**DE UNA PARTE:** RYDER HEALTH PLAN, INC., en adelante RHP.

**DE OTRA PARTE:** \_\_\_\_\_

Las partes han acordado celebrar el presente Contrato de **Ryder Directo** de servicios de hospitalización, médico-quirúrgico, dental, clínica externa y medicinas para el suscriptor y algunos familiares de este, así como los que puedan tener derecho en el futuro a los beneficios. Este contrato se lleva a cabo sujeto a las siguientes Clausulas y Condiciones.

Suscrito en Humacao Puerto Rico, el día      de            de 2018 por:

Juan L. De La Rosa Medina  
Director Ryder Health Plan, Inc.

*353 Ave Font Martelo Suite 1, Humacao, PR 00791*

Teléfono: (787) 852-0846

FAX: (787) 850-4863

E-mail: [info@planryder.com](mailto:info@planryder.com)

### PARTE III - BENEFICIOS CUBIERTOS

---

Su cubierta de Ryder Directo está diseñada para proveerle libre selección a médicos, hospitales, laboratorios y especialistas, a través de la Red POS. El "Point of Service" o POS, es un modelo de prestación de servicios de salud que consiste de una red de hospitales, médicos y otros proveedores quienes contratan con una organización, para proveer servicios de cuidado médico a los suscriptores.

Este modelo combina la flexibilidad de acceso sin referidos del modelo PPO con los bajos costos del modelo HMO. En este modelo usted no necesita referido de un médico personal para acceder los servicios de otros médicos especialistas y subespecialistas dentro de la Red POS. Usted tiene acceso directo y con libre selección, tanto a su médico personal como a su especialista o subespecialista y otros proveedores dentro de la red. Los copagos y coaseguros dentro de la red de proveedores en Nivel 1 (servicios brindados dentro de las facilidades del Hospital Ryder Memorial, Inc.) son más bajos que aquellos en la red de proveedores identificados como Nivel 2 (servicios brindados fuera de las facilidades del Hospital Ryder Memorial, Inc.). Para confirmar que usted recibe los beneficios de su cubierta de salud debe visitar a un proveedor de servicios dentro de la Red POS de "Ryder Directo".

Bajo nuestra cubierta de salud, existe un máximo de desembolsos que las personas según su tipo de contrato pagan por los servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos. La cantidad máxima de desembolso es de \$6,350 en un contrato individual y \$12,700 en contrato pareja o familiar. Esta es la cantidad máxima que los suscriptores pagan durante el año contrato por servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos bajo esta cubierta cuando visita a los proveedores dentro de la red, incluyendo la compra de medicamentos y pagos por servicios dentales esenciales, según descritos en este contrato. Una vez el suscriptor alcance la cantidad que le aplica según su tipo de contrato, no tendrá que hacer desembolsos adicionales por el resto del año del contrato.

- A. HOSPITALIZACIÓN** - Servicios de Hospitalización en el Hospital Ryder. Hospitalizaciones para servicios o procedimientos que sean realizados como hospitalización o ambulatorio. Excluye servicios para comodidad personal y / o servicios de custodia.
1. Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días por hospitalizaciones regulares.
    - a. El suscriptor o paciente será responsable por la diferencia en costo, cuando decida por habitación privada, en vez de semiprivada, a menos que la habitación privada sea medicamente necesaria.
    - b. Los médicos y/o proveedores no podrán cobrar a pacientes en habitaciones privadas, diferentes cantidades, a aquellos que están en habitaciones semi-privadas.
  2. Hospitalizaciones por condiciones mentales Total y Parcial: Sin límite en acuerdo con el "Mental Health Parity Act". Incluye detox y tratamiento residencial.
  3. Hospitalización por desorden de abuso de sustancias - Sin límite en acuerdo con el "Mental Health Parity Act". Parciales son incluidos: 2 días de hospitalizaciones parciales equivale a 1 día regular. Incluye detox y tratamiento residencial.
  4. Radioterapia, Cobalto y Quimioterapias en todas sus modalidades (inyectables, oral, intratecale, intravenoso). Cubierto, sin límites.
  5. Servicio pre-natal y post-natal en las clínicas de maternidad, servicios de parto incluyendo todos los servicios necesarios de hospitalización. Cubierto al suscriptor principal, a su cónyuge y/o cohabitante, e hijas dependientes. Se cubrirá según lo establece la Ley 248 del 15 de agosto de 1999, conocida como Ley para garantizar un cuidado adecuado para las madres y sus recién nacidos durante el periodo de post-parto.
    - a. Se proveerá una cubierta mínima de cuarenta y ocho (48) horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para beneficio de la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) si se trata de

- un parto natural sin complicaciones y un mínimo de noventa y seis (96) horas si requirió cesárea.
- b. Cualquier decisión que tenga como efecto acortar el periodo de tiempo provisto en el inciso a. de este artículo, tendrá que ser determinado por el proveedor asistente con el visto bueno de la paciente.
  - c. Si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo de tiempo menor al dispuesto en el inciso a. de este artículo pero de conformidad con el inciso b., la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.
6. Alimentos, incluso dietas especiales provistas por el hospital
  7. Hiperalimentación
  8. Sala de recuperación y servicio general de enfermería
  9. Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos relacionados con hiperalimentación y materiales de anestesia
  10. Administración de anestesia
  11. Servicio de laboratorio clínico, producción de electrocardiogramas, producción de estudios radiológicos.
  12. Servicios de terapia física y rehabilitación
  13. Servicios de terapia respiratoria
  14. Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que usualmente provee el hospital, que sean ordenados por escrito por el médico a cargo, que no estén expresamente excluidos en este contrato.
  15. Terapias electroconvulsivas para el tratamiento de condiciones mentales estarán cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada y a los estándares de la American Psychiatric Association (APA).
  16. Uso de las unidades de cuidado intensivo, cuidado coronario y cuidado intensivo de pediatría
  17. Facilidades para diálisis y hemodiálisis
  18. Sangre para Transfusiones
  19. Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.
  20. Procedimiento de litotricia (ESWL) cubierto, sin límites
  21. Oxígeno y Material de Curaciones

**B. SERVICIOS MÉDICO – QUIRÚRGICOS EN HOSPITALIZACIÓN** - Servicios de Hospitalización. Incluye los siguientes servicios médicos y quirúrgicos, mientras se encuentre recluido en el Hospital (cubierto, sin límites):

1. Diagnósticos y tratamientos, cirugías, administración de anestesia por médicos anesthesiólogos, enfermeras anesthesistas y técnicos de anestesia empleados por anesthesiólogos. Pruebas y procedimientos neurológicos.

2. Consultas de especialistas – cubierto, sin límite.
3. Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.
4. Diálisis y hemodiálisis.
5. Radioterapia, Cobalto y Quimioterapia en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecale, intravenoso). Cubierto, sin límites.
6. Trasplantes de piel, hueso y cornea.
7. Endoscopias gastrointestinales – cubierto, sin límite.
8. Pruebas cardiovasculares invasivas, no invasivas, procedimientos y pruebas. Electromiogramas.
9. Cirugía “Orthognatic”.
10. Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal, conforme lo requiere la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.
11. Pruebas y Procedimientos Neurológicos, cubiertos, sin límites.
12. Cirugía Bariátrica.

El suscriptor será responsable de pagar el coaseguro o copagos correspondientes por los servicios indicados de acuerdo al Tabla de Copagos y Coaseguros establecidos al final de esta cubierta.

**C. SERVICIOS AMBULATORIOS:** Si la persona no está recluida en un hospital, tendrá derecho a recibir los siguientes servicios ambulatorios:

1. Visita inicial de cuidado para tratamiento de lesión o enfermedad, cubierto, sin límites.
2. Vistas a generalistas, especialistas y sub-especialistas, cubierto, sin límites.
3. Visitas a siquiatra.
4. Terapias de Grupo
5. Visitas Colaterales
6. Visitas a Quiroprácticos
7. Audiólogo, Podiatra, Sicólogo y Optómetra.
8. Cirugías y centros de cirugía ambulatorias – servicios brindados en oficinas médicas, no están cubiertos
9. Rayos-X, laboratorios clínicos – Sin límite. La reproducción de los rayos-x esta cubierto. Laboratorios relacionados a problemas de infertilidad están cubiertos, siempre y cuando los mismos estén en la cubierta.
10. Imaging MRA – Cubierto. Sin límite.
11. Imaging Pet & Pet/CT – uno (1) por año contrato, por suscriptor.
12. Imaging MRI & CT - uno (1) por región anatómica, por año contrato, por suscriptor.
13. Sonogramas – Sin límite

14. Electroencefalogramas – Sin límite
15. Pruebas cardiovasculares invasivas, no invasivas, procedimientos y pruebas. Electromiogramas.
16. Pruebas de oftalmología
17. Endoscopias gastrointestinales.
18. Quimioterapia en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecale, intravenoso) – cubierto, sin límites
19. Radioterapia y cobalto – Cubierto, sin límite.
20. Terapia física, siempre y cuando estén relacionadas con una condición, enfermedad o lesión cubierta provistas por un fisiatra.
21. Servicios de Rehabilitación Ambulatoria.
22. Servicios de Habilitación.
23. Servicios de Nutricionista.
24. Terapia respiratoria.
25. Pruebas de alergia.
26. Inyecciones intrarticulares.
27. Visitas para cuidado preventivo del recién nacido (well baby care) durante el primer año de vida.
28. Criocirugía del cuello uterino.
29. Vacunas – todas las vacunas y refuerzos “catch-ups” recomendados por el “United States Preventive Services Task Force” estarán cubiertos para niños, adolescentes y adultos de acuerdo a lo especificado en los itinerarios de vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico y el Center for Disease Control (CDC por sus siglas en Inglés). Estas Inmunizaciones estarán cubiertos con \$0 copago ó 0% coaseguro de acuerdo a la edad del suscriptor. Ver Sección de Servicios Preventivos Cubiertos por la Ley Federal ACA “Affordable Care ACT”.
30. Prueba diagnosticas de polisomnografía (estudio del sueño).
31. Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.
32. Perfil biofisico.
33. Prueba de medicina nuclear, cubierto, sin límite.
34. Servicios para el tratamiento de condiciones mentales – Sin límite en acuerdo con el “Mental Health Parity Act”.
35. Servicio por Desorden de Abuso de Sustancias – Sin límite en acuerdo con el “Mental Health Parity Act”.
36. Vacuna para el virus sincitial respiratorio (palivizumab).
37. Prueba de timpanometría.
38. Prueba de HIV – una por año, como parte de la evaluación médica de rutina (Ley 45 del 16 de mayo de 2016).

39. Equipo médico durable - Cubierto con pre-autorización de alquiler del plan o comprado u oxígeno y equipo necesario para su administración/silla de ruedas/cama de hospital.
40. Ventilador mecánico incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento de terapia respiratoria, terapia física y ocupacional. Estos servicios estarán cubiertos sujeto a que el suscriptor, con su representante, presenten evidencia de justificación médica y de inscripción del suscriptor en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para estos propósitos. También incluye suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos relacionados con ventilador mecánico. Cubierto con pre-autorización por renta o compra, u oxígeno y equipo necesario para su administración / silla de ruedas / cama de hospital. Respirador mecánico y ventiladores están cubiertos sin límites según requerido por la Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015, a miembros pacientes menores de 21 año y que hayan comenzado tratamiento como menores, y alcanzado los 21 año y que hayan recibido servicios médicos o recibe servicios de salud en el hogar, continuaran recibiendo estos servicios hasta después de los 21 años. También incluye los siguientes beneficios: equipo tecnológico necesario para permitir al paciente mantenerse vivo; al menos un turno de ocho (8) horas de servicios de enfermería especializada con especialidad en terapia respiratoria o especialistas de terapia respiratoria con especialidad en enfermería; suplidos que envuelvan el manejo de equipo tecnológico; terapia física y ocupacional.
41. Cubierta para el tratamiento de Autismo (todas sus formas) – está cubierta incluye y no se limita a: genética, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas, e incluye las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente. La cubierta no establece límite en cuanto a la edad de los pacientes. Tampoco está sujeta a límite de beneficios, tope en el número de visitas a un profesional de servicios médicos, luego que la necesidad médica haya sido establecida por un médico licenciado. La cubierta aquí establecida está sujeta a copagos y coaseguros a que estén sujetos otros servicios similares.
42. Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de edad del paciente. En adición, a la atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo. El suscriptor será responsable de pagar el copago o coaseguro establecido para este servicio.
43. Servicios de cuidado en el hogar –40 terapias físicas, ocupacional y del habla bajo un límite combinado, por año, por suscriptor. Sólo están cubiertos si comienzan 14 días después del alta hospitalaria del suscriptor de al menos 3 días, y si se proporcionan para la misma condición por el / ella fue admitido.
44. Servicios Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility) – Cubierto sólo si ocurre 14 días luego del alta del hospital, luego de haber estado hospitalizado, al menos 3 días, a causa de la misma condición por la cual fue admitido. Mínimo de ciento veinte (120) días.
45. Cuidado rutinario de los pies. Cubierto. Sin límite.
46. El examen de refracción estará cubierto cuando sea realizado por un especialista en oftalmología u optometría.
47. Examen rutinario de la vista para niños usando el suplementado FEDVIP. Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un par por año contrato, incluyendo espejuelos de gran potencia para suscriptores con pérdida significativa, pero que no tienen ceguera total. Además se cubre un aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopio de lentes sencillos o dobles) para suscriptores hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero no tienen ceguera total. . Servicio relacionado a espejuelo no puede ser provisto por reembolso, descuento o concesión.
48. Ambulancia aérea – según los Protocolos de Servicio – sin límites. Cubierta de ambulancia fuera del área no esta cubierto.
49. Nerve conduction velocity test
50. Diálisis y Hemodiálisis – 90 días. Servicios relacionados a cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, y

servicios para cualquier complicación que pueda ocurrir y su hospital correspondiente o servicios médico quirúrgico, será cubierto por los primeros 90 días desde: a) la fecha en que el suscriptor comenzó a ser elegible para la cubierta durante la primera vez o, b) la fecha en que el/ella recibió la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicará cuando diálisis o hemodiálisis subsecuentes son relacionadas a la misma condición clínica.

51. Reconstrucción de seno – Se proveerá cubierta 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 sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías (incluyendo a hombres), 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.
52. Un monitor de glucosa cada tres (3) años y un mínimo de (150) tirillas y (150) lancetas cada mes y la bomba portátil de infusión de insulina para pacientes diabéticos, y menores de veintiún (21) años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo, según la Ley 177 del 13 de agosto de 2016.

Si el endocrinólogo ordena un glucómetro en específico debido al tratamiento que utilice el paciente, el endocrinólogo someterá una justificación. En dicho caso RHP cubrirá la marca del glucómetro ordenado por el endocrinólogo. RHP será responsable de que los distribuidores de los glucómetros cumplan con éstos requisitos.

Respecto a la cubierta de bomba de infusión de insulina, la selección de la marca de este dispositivo la determina el endocrinólogo basado en la edad del paciente, el grado de actividad física del paciente y el conocimiento del paciente y/o cuidadores sobre la condición. Debido a que el endocrinólogo es el médico especialista con el conocimiento necesario para determinar qué tipo y/o manera de bomba de infusión de insulina su paciente requiere, RHP cubrirá la bomba de insulina ordenada por el endocrinólogo.

53. En el caso de pacientes que padezcan de una condición que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, cuando dicho paciente sea elegible para participar en un estudio de tratamiento clínico autorizado, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del paciente le ofrezca a éste un beneficio potencial y se cumpla con la condición de que el médico que refiera al paciente a participar en el estudio entienda que es apropiada su participación, o que el paciente presente evidencia de que es apropiada su participación en el estudio, RHP costeará los gastos médicos rutinarios del paciente, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios del paciente” los gastos relacionados con el estudio, o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.
54. Esta cubierta incluirá pruebas genéticas, de 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, según establece la Ley Núm 97 del 15 de mayo de 2018, para personas que tienen el Síndrome de Down.

- D. SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA:** Se proveerán beneficios de servicios de emergencia, sin periodo de espera, sin límites. Dichos servicios de emergencia serán provistos sin la necesidad de autorización previa por parte del plan; serán provistos, además, independientemente de que el proveedor de tales servicios de emergencia, sea un proveedor participante con respecto a los mismos. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos a un paciente por un proveedor no contratado por la RHP, se le compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y éste vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la contratada con los proveedores a su vez contratados por la entidad para ofrecer los mismos servicios. Además, bajo estas circunstancias, tales servicios de emergencia serán provistos independientemente de las condiciones del plan de cuidado de salud correspondiente.

Están cubiertos 24 horas diarias, 7 días a la semana en la Sala de Emergencia del Hospital Ryder.

- E. SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA:** Cuando el servicio sea utilizado a través del Sistema 9-1-1, RHP pagará directamente al proveedor. Los servicios de emergencias son considerados un beneficio esencial de salud, conforme al Artículo 2.050(A) del CSSPR.

*Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:*

- a) Desde la residencia o lugar de la emergencia hacia el hospital o sala de emergencia/urgencia.
- b) Fue transportado por un servicio de ambulancias, según se define en la sección de Definiciones
- c) Padecía de una enfermedad o lesión para la cual estaba contraindicado otro medio de transportación
- d) Envié la reclamación a RHP con el informe médico de la emergencia, que incluya el diagnóstico
- e) La factura por ese servicio indica el lugar donde se recogió al suscriptor, y su destino.

- F. CIRUGIA BARIATRICA:** Procedimiento quirúrgico para el control de la obesidad, el cual se puede practicar mediante cuatro técnicas: bypass gástrico, banda ajustable, balón intragástrico o gastrectomía en manga. RHP solo cubrirá, conforme a lo requerido por ley, el bypass gástrico, sujeto a pre-autorización. La banda ajustable, el balón intragástrico y la gastrectomía en manga no estarán cubiertas. Obesidad Mórbida significa el exceso de grasa en el cuerpo, determinado por el índice de masa corporal (BMI) mayor o igual de 35. El beneficio de tratamiento de la Obesidad Mórbida requiere un periodo de espera de los primeros doce (12) meses a partir de la fecha de efectividad del contrato, excepto en los casos para los cuales el médico le certifique a RHP que la vida del suscriptor está en riesgo. Las cirugías para eliminar el exceso de piel (comúnmente conocidas como colgajos) no están cubiertas, a menos que el médico certifique que es necesario eliminar el exceso de piel, ya que afecta funcionalmente a una extremidad o parte del cuerpo. Cirugía de exceso de piel conocida como colgajos, se cubrirá según establece la Ley 212-2008.

#### **G. SERVICIOS CUBIERTOS EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

Servicios de sala de emergencias, recibidos en Estados Unidos de América, el suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio, y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América, en adición, al coaseguro. Únicamente se cubrirán servicios en sala de emergencias en los Estados Unidos, y en casos en los que se requiere equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en PR, según los Beneficios Esenciales de Salud Benchmark. Cualquier otro servicio está excluido de esta cubierta.

#### **H. SERVICIOS CUBIERTOS MEDIANTE REEMBOLSO**

**SERVICIOS DE AMBULANCIA:** El servicio de ambulancia terrestre prestado en o fuera de Puerto Rico estará cubierto a base de reembolso al suscriptor de las tarifas correspondientes, conforme con la distancia recorrida y hasta un máximo de OCHENTA DOLARES (\$80.00) por caso.

Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:

1. 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.
2. Desde el hospital hasta la residencia.
3. De una institución proveedora de Servicios de Salud Mental a un hospital de medicina general dada a que se encuentre en peligro inminente por una condición física según lo requerido por la Ley 183 del 6 de agosto de 2008.

## I. CUBIERTA DE FARMACIA

La cubierta de medicamentos estará disponible para todos los suscriptores y sus dependientes. Cuando el suscriptor llegue a la cantidad de mil dólares (\$1,000.00) por suscriptor, todo servicio, sin excepción, en exceso de mil dólares (\$1,000.00), pagará 60% de coaseguro.

RHP provee un beneficio de medicinas para el pago de medicinas recetadas por un médico para ser adquiridas por el suscriptor y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado. Esta cubierta de farmacia incluye genéricos/bioequivalentes, marca preferida, marca no preferida, medicamentos especializado marca preferida y medicamentos especializados marca no preferida. Este beneficio de farmacia utiliza una Lista de Medicamentos o Formulario la cual aprueba el Comité de Farmacia y Terapéutica para esta cubierta. Los medicamentos son clasificados a nivel de formulario en “tiers” o niveles por tipo de medicamento (1= genéricos preferidos, 2= genéricos no preferidos, 3= marcas preferidas, 4= medicamentos especializados preferidos, 5= biotecnológicos, marcas y especializados no preferidos). Se despachará genérico como primera opción. Algunos medicamentos requieren pre-autorización por límite de edad, y/o terapia escalonada.

RHP proveerá para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. Además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

Los beneficios pueden estar sujetos a requisitos de autorización previa, si los hubiera. La tarjeta de identificación debe ser presentada en la farmacia participante de la red de RHP cada vez que se presenta una receta o una repetición de receta. Los medicamentos recetados cubiertos son:

1. Fármacos, medicinas o medicamentos que, al amparo de la ley federal y estatal, deben ser despachados sólo con la receta de un médico incluidos en la lista de medicamentos; incluyendo los cubiertos bajo el “Preventive Service under The Patient Protection and Affordable Care Act”
2. Insulina y suministros para la diabetes y agujas o jeringuillas hipodérmicas cuando son recetadas por un médico para usar con insulina o medicamentos inyectables auto-administrados.
3. Medicamentos de especialidad y auto-administrados incluidos en formulario de medicamentos.
4. Fórmulas necesarias para el tratamiento de enfermedades hereditarias, tales como modificadores metabólicos, incluido en formulario de medicamentos.
5. Fármacos, medicinas o medicamentos para el cuidado de la salud de la mujer, deben ser despachados sólo con la receta de un médico. Ácido fólico para mujeres aptas para embarazarse.
6. Aspirina y Buprenorfina
7. Vitamina D, Acido Fólico, Tamixifen y/o Raloxifen y Hierro.

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

### ABASTECIMIENTO DE FARMACIA

El beneficio de medicinas incluye los siguientes límites por despacho:

1. Medicamentos para condiciones agudas; hasta un máximo de 15 días; 0 repeticiones
2. Medicamentos de Mantenimiento; hasta 30 días y 5 repeticiones

Los medicamentos recetados estarán sujetos a los copagos y/o coaseguros en la tabla de Copagos y Coaseguros en este contrato. El despacho de medicamentos genéricos está provisto como primera opción, excepto para aquellos medicamentos de marca incluido en la lista de medicamentos para está cubierta para la cual no exista el genérico. Si el suscriptor solicita el medicamento de marca, cuando existe un genérico disponible el copago será mayor. El suscriptor será responsable del copago que aplique al medicamento genérico y la diferencia entre la cantidad que hubiese pagado a la farmacia por el medicamento de marca y la cantidad que se hubiera pagado a la farmacia por el medicamento genérico. Si el médico que receta, determina que el medicamento de marca es adecuado, el suscriptor sólo es responsable del copago que aplique el medicamento de marca.

#### **EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA:**

No se pagarán beneficios por lo siguiente:

- 1) Productos utilizados con fines diagnósticos
- 2) Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de ley
- 3) Drogas o medicamentos que no requieren una receta del médico, tales como los medicamentos “Over the Counter”, excepto aspirina.
- 4) Sangre, plasma, cosméticos, artículos de belleza o salud.
- 5) Para los medicamentos que se especifican a continuación se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito que no excedan de treinta (30) días de medicación cada una, por un periodo máximo de tres (3) repeticiones y se garantizaran hasta ciento veinte (120) días de medicación a partir de la fecha de la receta original.
  - a. Medicamentos para diabetes
  - b. Medicamentos para asma
  - c. Vitaminas prenatales para las personas con cubierta de maternidad
  - d. Medicamentos para Parkinson
  - e. Vasodilatadores
  - f. Anticonvulsivos
  - g. Medicamentos para el tratamiento de condición de tiroides
  - h. Nitroglicerina
  - i. Medicamentos para cardiacos
- 6) Artefactos o artículos terapéuticos, incluyendo agujas hipodérmicas, jeringuillas (excepto cuando son recetadas por un médico para usar con insulina o medicamentos inyectables auto-administrados).
- 7) Drogas recetadas que pueden ser obtenidas sin costo bajo programas locales, estatales o federales.
- 8) Drogas experimentales o drogas con la leyenda: “Precaución limitada por la Ley Federal para usos de investigación” o usos no aprobados de drogas. En el caso de pacientes que padezcan de una condición que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, cuando dicho paciente sea elegible para participar en un estudio de tratamiento clínico autorizado, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del paciente le ofrezca a éste un beneficio potencial y se cumpla con la condición de que el médico que refiera al paciente a participar en el estudio entienda que es apropiada su participación, o que el paciente presente evidencia de que es apropiada su participación en el estudio, la entidad suscriptora costeará los gastos médicos rutinarios del paciente, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios del paciente” los gastos relacionados con el estudio, o los

exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.

- 9) Por repeticiones de una receta que excedan la cantidad especificada por el médico.
- 10) Cargos por repeticiones de fármacos o medicamentos que son despachados en un período que exceda los 120 días subsiguientes a la fecha en la cual fueron recetados por el médico, conforme a lo dispuesto por ley.
- 11) Medicamentos de infertilidad o fertilidad u hormonas de crecimiento.
- 12) Cualquier cantidad de drogas o medicamentos despachados que excedan la cantidad indicada para despacho.
- 13) Drogas utilizadas y sus derivados para tratar la condición de impotencia, disfunción eréctil, para la pérdida de pelo, para tratamiento relacionado con dietas o control de peso. No se pagaran beneficios de drogas utilizadas para dejar de fumar, excepto aquellas que son utilizadas como parte del tratamiento al uso y dependencia al tabaco y sus derivados.
- 14) Esteroides anabólicos.
- 15) Suplementos alimenticios, vitaminas y minerales, excepto el ácido fólico, vitamina D y suplementos de hierro para niños que estará cubierto como parte de los servicios preventivos.
- 16) Medicamentos recibidos por farmacias no participantes de la red.
- 17) Medicamentos que tienen que tomarse o administrarse a un individuo, completa o parcialmente, mientras este sea paciente en un hospital, casa de convalecencia, o institución similar que opere con los permisos pertinentes una facilidad con despacho para medicamentos.
- 18) Inmunosupresores
- 19) Servicios después de expirada su cubierta
- 20) Anoréxicos
- 21) Despacho de medicamentos para un periodo mayor de 30 días.
- 22) Escabicidas y pediculicidas
- 23) Medicamentos prescritos por el padre, madre, hermanos(as), hijos(as), primos(as), tíos(as), abuelos(as) y cónyuge y/o cohabitante del suscriptor.
- 24) Medicamentos para el acné
- 25) Minoxidil en todas sus formas
- 26) Medios de contraste (CTS, MRI)
- 27) Medicamentos para el tratamiento de enfermedades o condiciones no contempladas en este contrato.
- 28) Toxoides, sangre o sueros biológicos no serán cubiertos.
- 29) Se excluye el despacho de medicamentos por correo.

Según requerido por la Ley Núm. 194 de 29 de agosto de 2011, artículo 4.100 adjunto encontrará el formulario de medicamentos incluidos en esta cubierta.

## J. CUBIERTA DENTAL

Estarán cubiertos los servicios dentales bajo los beneficios esenciales bajo la ley federal “Patient Protection Affordable Care Act” que se cubrirán bajo la cubierta básica de esta cubierta.

Servicios dentales de rutina para adultos y niños – Examen dental (inicial, periódicos y de emergencia) y dos (2) limpiezas por contrato (cada seis meses), radiografías (bitewings y peripicals) no más de un par cada tres (3) años. Ortodoncia, Periodoncia, Endodoncia, Mantenedores de Espacio y Servicios de Prótesis Dentales no están cubiertos. Aplicaciones de fluoruro cubiertas a suscriptores menores de 19 años. Root canal solo para dientes anterior y posterior.

Extracciones sencillas con anestesia local, obturaciones (empastaduras).

### *Limitaciones Cubierta Dental*

1. Las radiografías periapicales y de mordida están limitadas a no más de un juego completo cada tres (3) años cubierta por suscriptor, ni más de un par de radiografías de mordida por cada año cubierta, por suscriptor.
2. Los sellantes de fisura están limitados a uno (1) por vida; solo para dientes posteriores permanentes y no obturados.
3. Los servicios no utilizados durante un año de cubierta, no podrán ser acumulados para el próximo año de cubierta.

Se proveerá cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios dentales en el contrato para los siguientes casos:

1. cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica;
2. 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;
3. cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;
4. cuando la anestesia local será inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;
5. cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;
6. cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.

Una pre-autorización será requerida para proveer los servicios de anestesia general y servicios de hospitalización, según determine un dentista pediátrico, cirujano oral o maxilofacial. RHP deberá aprobar o denegar la misma dentro de dos (2) días, contados a partir de la fecha en que el suscriptor someta todos los documentos requeridos que son los siguientes:

1. el diagnóstico del paciente;
2. la condición médica del paciente, y
3. las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental de acuerdo a lo dispuesto en Artículo 1 de la Ley Núm. 352 del año 1999.

#### **PARTE IV - LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS**

Esta cubierta tiene las siguientes limitaciones:

1. Hospitalización por desorden de abuso de sustancias - Sin límite en acuerdo con el “Mental Health Parity Act”. Parciales están incluidos (2 días de hospitalización parcial equivale a 1 día regular). No se aceptan las limitaciones que indiquen que estos servicios deben recibirse o coordinarse a través de una compañía o programa específico.

Los gastos por servicios resultantes de la administración de un programa de detección de drogas del empleador no están cubiertos. Sin embargo, después de la participación del afiliado en cualquier tratamiento relacionado con un resultado positivo en el programa de detección de drogas del empleador, él / ella es elegible para el tratamiento bajo contrato.

2. Servicio por Desorden de Abuso de Sustancias – Sin límite en acuerdo con el “Mental Health Parity Act”. Los gastos por servicios resultantes de la administración de un programa de detección de drogas del empleador no están cubiertos. Sin embargo, después de la participación de los afiliados en cualquier tratamiento relacionado con un resultado positivo en el programa de detección de drogas del empleador, él/ella es elegible para el tratamiento bajo el contrato. No todos los medicamentos relacionados con afecciones mentales, o de salud conductual se pueden administrar a través de un límite de especialidad.
3. Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a estas, 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 suscriptor es elegible por primera vez a esta cubierta; o
  - b) la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.

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

4. Imaging Pet & Pet/CT – 1 por año contrato por suscriptor.
5. Imaging MRI & CT - 1 por región anatómica por suscriptor por año contrato
6. Las pruebas de alergia están cubiertas hasta cincuenta (50) pruebas por año cubierta, por suscriptor. La vacuna no está cubierta.
7. Las inyecciones intrarticulares están cubiertas hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones por año cubierta, por suscriptor.
8. Cuidado Quiropráctico (20 terapias físicas o manipulaciones combinadas por año, por suscriptor).
9. Las terapias respiratorias en oficinas médicas, están cubiertas hasta dos (2) sesiones por día y hasta un máximo de quince (15) sesiones por año cubierta, por suscriptor.
10. La criocirugía de cuello uterino está cubierta hasta un (1) procedimiento por año cubierta, por suscriptor.
11. Pruebas cardiovasculares invasivas no invasivas, procedimientos y pruebas, electromiogramas

- cubiertos hasta 2 procedimientos por año, por suscriptor.
12. Visitas para cuidado preventivo del recién nacido están cubiertas hasta una (1) visita por mes.
  13. El examen de refracción estará cubierto cuando sea realizado por un especialista en oftalmología u optometría, hasta un (1) examen por año cubierta, por suscriptor.
  14. Servicios de Rehabilitación Ambulatoria – 20 terapias físicas o manipulaciones cubiertas combinadas por año contrato, por suscriptor. Servicios no cubiertos incluyen terapias ocupacionales, de habla y lenguaje, (Terapia Ocupacional y del Habla estarán cubiertos para condiciones de Autismo de acuerdo a la ley núm. 220 de 2012) prótesis e implantes. Ortopédicos y artefactos orthotic, rehabilitación cardiovascular. Servicios limitados a terapias físicas, excepto aquellos cubiertos bajo el beneficio de servicios de salud en el hogar.
  15. Servicios de Habilitación – 20 terapias físicas o manipulaciones cubiertas combinadas por año. Servicios limitados a terapias físicas, excepto aquellos cubiertos bajo servicios de salud en el hogar.
  16. Servicios de Nutricionista – 4 visitas por año, por suscriptor. Limitado a condiciones mórbidas, renales y diabetes. \$7.00 copago por visita.
  17. Prueba diagnosticas de polisomnografía (estudio del sueño) – 1 tipo de prueba, por vida, por suscriptor.
  18. Perfil biofísico hasta 1 procedimiento por embarazo.
  19. Prueba de timpanometría – 1 por año, por suscriptor.
  20. Nerve conduction velocity test – hasta 2 procedimientos por año contrato, por suscriptor.
  21. Para el tratamiento de obesidad mórbida, se cubrirá una cirugía de bypass gástrico, y una cirugía de exceso de piel (colgajos) de por vida, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico y un médico y hospital especializado lo estipule necesario. Requiere pre autorización. Según protocolo.
  22. Servicios de Transplante – Benefio cubre trasplante de piel, hueso y cornea. Estos servicios sólo están cubiertos por proveedores participantes. Pre-autorización es requerida. Este servicio es cubierto al 100% en Puerto Rico. El beneficio no esta disponible por reembolso. La cubierta se extiende directamente a gastos relacionados a los servicios de transplante, incluyendo cuidado previo a la cirugía, cuidado de post-cirugía y tratamientos de drogas inmunosupresores.
  23. Para los medicamentos que se especifican a continuación se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito que no excedan de treinta (30) días de medicación cada una, por un periodo máximo de tres (3) repeticiones y se garantizaran hasta ciento veinte (120) días de medicación a partir de la fecha de la receta original.

Medicamentos para diabetes

Medicamentos para asma

Vitaminas prenatales para las personas con cubierta de maternidad

Medicamentos para Parkinson

Vasodilatadores

Anticonvulsivos

Medicamentos para el tratamiento de condición de tiroides

Nitroglicerina

Medicamentos para cardiacos

## PARTE V - SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS POR LA LEY FEDERAL ACA (AFFORDABLE CARE ACT)

### Atención preventiva que cumple con las recomendaciones descritas a continuación, según lo establecido por la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF).

Para obtener acceso a una lista más reciente de los servicios preventivos puede acceder al link <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>.

#### a) Servicios Preventivos para Adultos (Sin costo compartido).

1. Aneurisma abdominal aórtico – 1 revisión por ultrasonografía para hombres de 65 a 75 años.
2. Glucosa anormal en sangre y Diabetes Mellitis Tipo 2 – cernimiento por riesgo cardiovascular en adultos entre 40 a 70 años, que estén sobrepeso u obesidad.
3. Abuso de alcohol – cernimiento y consejería para adultos de 18 años o más.
4. Medicación Preventiva de Aspirina – adultos de 50 a 59 años con 10 años  $10\% \geq$  riesgo cardiovascular y cáncer colorrectal.
5. Presión Sanguínea – cernimiento en niveles de presión sanguínea en adultos mayores de 18 años.
6. Cáncer colorrectal en adultos de 50 a 75 años utilizando examen de sangre oculta en escreta, sigmoidoscopia o colonoscopia.
7. Cernimiento de depresión en adultos.
8. Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio y terapia física – El USPSTF recomienda ejercicio y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años o más con mayor riesgo de caídas.
9. Prevención de caídas en adultos mayores: vitamina D – El USPSTF recomienda suplementos de vitamina D para prevenir caídas en adultos de 65 años o más con mayor riesgo de caídas.
10. Consejería de dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares: adultos con factores de riesgo cardiovascular – El USPSTF recomienda ofrecer o referir a adultos con sobrepeso u obesidad y tengan factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares adicionales, a intervenciones intensivas de consejería de conducta para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de CVD.
11. Cernimiento de Hepatitis B adolescentes no embarazadas y adultos – El USPSTF recomienda cernimientos para el virus de hepatitis B (HBV) en personas de alto riesgo de infección.
12. Cernimiento de Infección de Hepatitis C en adultos – El USPSTF recomienda cernimientos para el virus de hepatitis C (HCV) en personas de alto riesgo de infección. También recomienda un (1) cernimiento de HCV para adultos que nacieron entre 1945 y 1965.
13. HIV – cernimiento médico para infección de HIV en adolescentes y adultos entre las edades de 15 a 65 años. Adolescentes menores y adultos mayores que sean de alto riesgo también serán cubiertos, según la Ley 349 del 1 de septiembre de 2000. Según lo exige la Ley 45-2016 sobre la prueba del VIH un año como parte de los estudios de rutina para cualquier evaluación médica, excepto para las mujeres embarazadas a las que se aplican los requisitos del USPSTF.
14. Vacunas – Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Tetanus, Diphtheria, Pertussin, Varicella, incluyendo refuerzos "Catch ups".
15. Obesidad – cernimiento para adultos con un índice de masa corporal de 30 kg/m<sup>2</sup> o más.
16. Dieta – asesoría intensiva de conducta para adultos con sobrepeso u obesidad, con al menos un factor de riesgo adicional para enfermedades cardiovasculares, para promover una dieta saludable, y actividad física para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
17. Infecciones de Transmisión Sexual – El USPSTF recomienda apoyo de alta intensidad de conducta para prevenir infecciones de transmisión sexual (STIs) para todo adolescente activo sexualmente y para adultos en alto riesgo de STIs.
18. Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares: adultos edades de 40-75 años sin historial de CVD, 1 o más factores de riesgo de CVD – El USPSTF recomienda que adultos sin historial de enfermedades cardiovasculares (cvd) (i.e., enfermedad de la arteria coronaria sintomática o infarto isquémico) usen una dosis baja o moderada de estatinas para prevenir

accidentes cardiovasculares, eventos de CVD y mortalidad cuando todos los siguientes criterios se reúnen: 1) son de edades de 40 a 75 años 2) tienen 1 o más factores de riesgos de CVD (i.e., dislipidemia, diabetes hipertensión o fumar); y 3) tienen un riesgo de eventos cardiovasculares calculado a 10 años de 10% o mayor. Identificación de dislipidemia y una calculación de 10 años de eventos de riesgo CVD requiere cernimiento universal de lípidos en adultos en edades 40 a 75 años.

19. Dejar de fumar tabaco y medicamentos: adultos no embarazadas –El USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todos los adultos sobre el consumo de tabaco, les aconseje que dejen de usar tabaco y proporcionen intervenciones conductuales y la farmacoterapia aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) para dejar de fumar a los adultos que consumen tabaco. Para aquellos que usan productos para dejar de fumar, el plan de salud debe cubrir el envío de medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar durante 90 días consecutivos en un intento y hasta 2 intentos por año.
20. Uso de tabaco – El USPSTF recomienda que médicos pregunten a todo adulto, sobre el uso de tabaco y provea intervenciones de detención, para aquellos que usan productos de tabaco.
21. Detección de infección latente de tuberculosis en poblaciones con mayor riesgo: el USPSTF recomienda la detección de infección latente de tuberculosis en poblaciones con mayor riesgo.
22. Sífilis – cernimiento en todos los adultos de alto riesgo.
23. Cernimiento de cáncer de pulmón – prueba anual de cáncer en el pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis para los adultos entre las edades de 55 y 80 años que han fumado durante 30 años y fuman en la actualidad o hayan dejado de fumar durante los últimos 15 años. Las pruebas deben discontinuarse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema médico que limite sustancialmente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación curativa del pulmón.
24. Fenilketonuria (PKU) – cernimiento para este desorden genético en adultos.
25. Consejería conductual para el cáncer de piel: El USPSTF recomienda asesorar a adultos jóvenes, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre cómo minimizar la exposición a la radiación ultravioleta (UV) para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel normales para reducir el riesgo de cáncer de piel.

*b) Servicios Preventivos para la Mujer (incluyendo embarazadas) (Sin costo compartido).*

1. Anemia – Cernimiento rutinario de deficiencia de hierro a personas cubiertas durante su embarazo que muestren síntomas.
2. Bacteriuria: detección de bacteriuria asintomática con cultivo de orina en mujeres embarazadas entre las 12 y 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si es posterior.
3. Cáncer relacionado con BRCA: Evaluación de riesgos y asesoramiento / pruebas genéticas: el USPSTF recomienda que los proveedores de atención primaria evalúen a las mujeres que tienen cáncer de mama, ovario, tubárico o peritoneal con una de varias herramientas de detección diseñadas para identificar un historial familiar que pueda ser asociado con un mayor riesgo de mutaciones potencialmente dañinas en los genes de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA1 o BRCA2). Las mujeres con resultados positivos de detección deben recibir asesoramiento genético y, si se indica después de la consejería, las pruebas BRCA.
4. Cáncer de seno: medicamentos para la reducción de riesgos: asesoramiento para mujeres con mayor riesgo. El USPSTF recomienda que los médicos participen en la toma de decisiones compartida e informada con mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama con respecto a los medicamentos para reducir su riesgo. Para las mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama y bajo riesgo de efectos adversos del medicamento, los médicos deben ofrecer medicamentos recetados que reducen el riesgo, como el tamoxifeno o el raloxifeno.
5. Examen de detección de cáncer de mama: mamografía de detección para mujeres, con o sin examen clínico de mama, cada 1 a 2 años para mujeres de 40 años en adelante. El USPSTF recomienda la mamografía de detección bienal para mujeres de 50 a 74 años.
6. Quimioprevención de Cáncer de Seno – consultoría para mujeres de alto riesgo.
7. Lactancia materna: apoyo integral de lactancia y asesoramiento, por parte de un proveedor capacitado durante el embarazo y / o en el período de posparto, y cuesta el acceso a los equipos y suministros de lactancia, junto con cada parto. El USPSTF recomienda brindar intervención durante el embarazo y después del nacimiento para apoyar la lactancia. No se

- aplican límites monetarios. Los equipos y suministros de lactancia no se pueden proporcionar a través del reembolso o en la cobertura opcional de gastos médicos mayores.
8. Examen de detección del cáncer de cuello uterino: El USPSTF recomienda la detección de cáncer cervical cada 3 años con citología cervical sola en mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, la USPSTF recomienda la detección cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con alto riesgo pruebas del virus del papiloma humano (hrHPV) solo, o cada 5 años con pruebas de hrHPV en combinación con citología (análisis).
  9. Infección por Clamidia – cernimientos en mujeres embarazadas menores de 24 años, mujeres sexualmente activas menores de 24 años y en mujeres mayores con alto riesgo.
  10. Anticoncepción – todos los métodos aprobados por la FDA, esterilización cirugía e implante de esterilización para mujeres (DIU Cooper, DIU Progestina, Varilla implantable, Inyección, Anticonceptivos orales (Píldora combinada), Anticonceptivos orales (Píldora combinada de uso prolongado / extendido), Anticonceptivos orales "La mini píldora" (Progestina solamente), Parche, anillo anticonceptivo vaginal, diafragma con espermicida, esponja con espermicida, cápsula cervical con espermicida, condón femenino, espermicida solo, levonorgestrel 1,5 mg / 0,75 mg, acetato de ulipristal), incluyendo la colocación y remoción de aparatos intrauterinos, procedimientos de esterilización y educación y consejería. Cubierto, sin limitaciones.
  11. Evaluación de la violencia en parejas íntimas: mujeres en edad fértil: la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos (USPSTF) recomienda que los médicos evalúen a mujeres en edad fértil por violencia de pareja (IPV), como violencia doméstica, y proporcionen o refieran mujeres que presenten una respuesta positiva a la intervención servicios. Esta recomendación se aplica a las mujeres que no tienen signos o síntomas de abuso.
  12. Ácido Fólico – El USPSTF recomienda que toda mujer en planificación o capaz de embarazo tome un suplemento diario conteniendo 0.4 a 0.8 mg (400 a 800mg) de ácido fólico.
  13. Diabetes Mellitis Gestacional – cernimiento para mujeres embarazadas de 24 ó más semanas de gestación, y para mujeres de alto riesgo en su primera visita prenatal.
  14. Gonorrea – cernimiento para toda mujer sexualmente activas de 24 años o menores, y en mujeres adultas que están en mayor riesgo de infección.
  15. Hepatitis B – cernimiento en mujeres embarazadas, en su primera visita prenatal.
  16. Human Immunodeficiency Virus (HIV) – cernimiento en todas las mujeres embarazadas. Por el Departamento de Salud es mandatorio ofrecer a toda mujer embarazada las siguientes pruebas:
    - a. Una primera prueba del HIV durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal, y
    - b. Una segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y las 34 semanas de embarazo), según la Ley 349 del 1 de septiembre de 2000.
  17. Human Papillomavirus (HPV) DNA test – cernimiento en mujeres de 30 años o más con una frecuencia no menor a 3 años.
  18. Detección de osteoporosis: mujeres de 65 años o más: El USPSTF recomienda la detección de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres de 65 años o más.
  19. Prueba de osteoporosis: mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con mayor riesgo de osteoporosis: El USPSTF recomienda la prueba de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de 65 años que tienen un mayor riesgo de osteoporosis, según lo determine una herramienta de evaluación de riesgos clínicos.
  20. Incompatibilidad Rh (D): El USPSTF recomienda encarecidamente el tipaje sanguíneo de Rh (D) y las pruebas de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita para la atención relacionada con el embarazo. Además, el USPSTF recomienda pruebas repetidas de anticuerpos contra Rh (D) para todas las mujeres negativas a Rh (D) no sensibilizadas a las 24 - 28 semanas de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) negativo.
  21. Uso de tabaco – El USPSTF recomienda cernimiento e intervención en todas las mujeres y ofrecer consejería a las embarazadas usuarias.
  22. Infecciones de Transmisión Sexual – consejería a todas las mujeres sexualmente activas.
  23. Detección de sífilis: mujeres embarazadas: El USPSTF recomienda la detección temprana de la infección por sífilis en todas las mujeres embarazadas.
  24. Visitas para mujeres sanas: visita preventiva para mujeres sanas (dependiendo del estado de salud de la mujer, necesidades de salud y otros factores de riesgo) para que las mujeres adultas

obtengan los servicios preventivos recomendados que son apropiados para la edad y el desarrollo, incluida la atención previa a la concepción y muchos servicios necesarios para cuidado prenatal. Esta visita de buena salud debe incluir, cuando corresponda, otros servicios preventivos enumerados. Si el médico determina que un paciente requiere visitas adicionales de la mujer sana, las visitas adicionales deben ser proporcionadas sin costo compartido.

25. Uso de aspirina en dosis bajas para la prevención de la morbilidad y la mortalidad por preeclampsia: medicación preventiva: el USPSTF nos recomienda dosis bajas de aspirina (81mg / d) como medicamento preventivo después de 12 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo de preeclampsia.
26. Preeclampsia: cernimiento: el USPSTF recomienda la detección de preeclampsia en mujeres embarazadas con mediciones de la presión arterial durante el embarazo.

*c) Servicios Preventivos para Niños (Sin costo compartido).*

1. Mal uso del alcohol: detección y asesoramiento. El USPSTF recomienda que los médicos revisen a los adultos de 18 años o más por el uso indebido de alcohol y proporcionen a las personas involucradas en el consumo de alimentos riesgosos o peligrosos con intervenciones breves de asesoramiento conductual para reducir el consumo abusivo de alcohol.
2. Detección del trastorno del espectro autista - Detección para niños de 12 a 36 meses.
3. Comportamiento - Evaluación para niños de todas las edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
4. Presión arterial alta: el USPSTF recomienda exámenes de detección de presión arterial alta en adultos mayores de 18 años. el USPSTF recomienda obtener mediciones fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
5. Displasia cervical – cernimiento en féminas sexualmente activas.
6. Hipotiroidismo: detección de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.
7. Prevención de caries dental: infantes y niños hasta 5 años – El USPSTF recomienda la aplicación de fluoruro a dientes primarios de todos infantes y niños comenzando en la edad primaria de erupción de dientes. El USPSTF recomienda a los médicos de atención primaria recetar suplementos de fluoruro oral a partir de los 6 meses de edad para los niños cuyo suministro de agua es deficiencia de fluoruro.
8. Depresión –El USPSTF recomienda el cernimiento del trastorno depresivo mayor (TDM) en adolescentes de 12 a 18 años. El cernimiento debe implementarse con sistemas adecuados para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.
9. Detección y vigilancia del desarrollo - Cernimiento en niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
10. Dyslipedemia –Detección de niños a mayor riesgo de trastornos lipídicos. De 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 16 años.
11. Quimioprevención de Fluoruro – suplementos para niños que no tienen fluoruro en sus fuentes de agua.
12. Profilaxis ocular para la oftalmía gonocócica Neonatorum: medicación preventiva: la medicación preventiva para la USPSTF recomienda la administración tópica ocular profiláctica para todos los recién nacidos para la prevención de la oftalmía gonocócica neonatorum (gonorrea).
13. Audición – cernimiento de pérdida de audición en todos los recién nacidos.
14. Altura, peso e índice de masa corporal - Medidas para niños. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
15. Hematocrito o Hemoglobina – cernimiento.
16. Hemoglobina en infantes- cernimiento recién nacidos.
17. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos no gestantes: médicos que exploran la infección por VIH en adolescentes y adultos de 15 a 65 años. Los adolescentes más jóvenes y adultos mayores que están en mayor riesgo también deben ser evaluados. según lo exige la Ley 45-2016 sobre la prueba del VIH al año como parte de los estudios de rutina para cualquier evaluación médica, excepto para las mujeres embarazadas a las que se aplican los requisitos del USPSTF.
18. Inmunización – vacunas desde el nacimiento hasta los 21 años Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae type b, Hepatitis A, Hepatitis B, Inactivated Poliovirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Rotavirus, Varicella,

- Meningitis, incluyendo refuerzos "Catch ups". Vacuna contra el VPH comenzando a los 9 años para niños y jóvenes con antecedentes de abuso o agresión sexual que no hayan iniciado o completado la serie de 3 dosis (recomendación de ACIP).
19. Human Papillomavirus - El CDC recomienda la vacunación comenzando a los nueve (9) años de edad para niños y jóvenes con cualquier historial de abuso sexual o agresión, quienes no han iniciado o completado las tres (3) dosis. Fémias y varones quienes son víctimas de abuso o agresión deben recibir la vacuna HPV durante las edades recomendadas, si aún no han sido vacunados.
  20. Anemia / Hierro – suplementos para niños de 4 meses a 21 años en riesgo de anemia por deficiencia de hierro.
  21. Plomo – La recomendación de USPSTF aborda la detección de niveles elevados de plomo en la sangre en niños de 1 a 6 años que tienen un riesgo promedio y mayor, y en mujeres embarazadas asintomáticas.
  22. Obesidad en niños y adolescentes: el USPSTF recomienda que los médicos evalúen la obesidad en niños y adolescentes de 6 años en adelante y los ofrezcan o remitan a intervenciones integrales e intensivas de conducta para promover mejoras en el estado del peso.
  23. Salud oral – Evaluación de riesgos para niños pequeños. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años. Aplicaciones de fluoruro a infantes, niños, adolescentes y jóvenes hasta los diez (10) años.
  24. Historial médico: para todos los niños durante el desarrollo Edades: de 0 a 21 años.
  25. Phenylketonuria (PKU) – cernimiento para este desorden genético en recién nacidos y niños.
  26. Infecciones de Transmisión Sexual – consejería y prevención para todos los adolescentes y adultos sexualmente activos.
  27. Intervenciones de uso de tabaco: niños y adolescentes - El USPSTF recomienda que los médicos clínicos demostraron intervenciones, incluyendo la educación para un breve consejo para prevenir el inicio del uso del tabaco en niños y adolescentes en edad escolar.
  28. Consumo de tabaco, alcohol o drogas: detección de niños (11) a (21) años de edad.
  29. Tuberculosis – pruebas para niños con mayor riesgo de tuberculosis. Edades de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 21 años.
  30. Cernimiento de agudez visual: niños – El USPSTF recomienda cernimiento visual al menos una vez para todos los niños entre las edades de 3 a 5 años para detectar la presencia de "amblyopia" o sus factores de riesgo.
  31. Consejería conductual para el cáncer de piel: "La USPSTF recomienda asesorar a adultos jóvenes, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre cómo minimizar la exposición a la radiación ultravioleta (UV) para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel normales para reducir el riesgo de cáncer de piel.
  32. Infección por sífilis en adultos y adolescentes no embarazadas: El USPSTF recomienda la detección de la infección por sífilis en personas que tienen un mayor riesgo de infección.
  33. Pruebas de detección de hepatitis B a adolescentes y adultos no gestantes: el USPSTF recomienda la detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en personas con alto riesgo de infección.
  34. Evaluación médica anual en el inicio del curso escolar – Evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión, y audición, además de todos los cernimientos periódicos recomendados por la Academia Americana de Pediatría. La misma incluye los servicios preventivos por la ley sin costo alguno más allá de la prima que se estableció originalmente para dichos planes.
  35. Salud oral – aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a niños menores de 5 años de edad.

## PARTE VI EXCLUSIONES

---

Está cubierta no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Servicios que se presten mientras el contrato de la persona no esté en vigor.
2. Servicios cubiertos por Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, para los cuales la persona suscriptora no este legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias 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 que surjan como resultado de que la persona suscrita cometió un delito o no cumplió con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico u otro país, excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
4. Gastos por servicios prestados por médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores no participantes en el área geográfica de Puerto Rico, excepto en caso de emergencia que estarán cubiertos de acuerdo a lo estipulado en esta cubierta.
5. Servicios que no son medicamento necesarios, o servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la Food and Drug Administration (FDA), Department of Human and Health Services (DHHS) o el Departamento de Salud de Puerto Rico y de acuerdo a la de acuerdo a la Ley 194 del 25 de agosto del 2000 mejor conocida como la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente.
6. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto RHP determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta cubierta.
7. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física (excepto defectos y anomalías congénitas que hayan sido diagnosticadas por un médico), mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno). Tratamientos de liposucción, abdominoplastías, ritidectomías abdominales y ritidectomías faciales. blefaroplastias, implantes de pelo, otoplastías, rinoplastias, e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a estas, independientemente de si existe o no justificación medica para el procedimiento.
8. 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. Servicios para tratamientos para la infertilidad, excepto laboratorios para propósitos diagnósticos o relacionados a la concepción por medios artificiales. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, los servicios médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas con estos.
9. Gastos por servicios de escalenotomía - división del músculo escaleno anticus sin resección de la costilla cervical.
10. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos (Ejemplo: corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea). Además, se excluyen las hospitalizaciones, evaluaciones pre-trasplante, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresivos

relacionados al trasplante. Estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyan en esta cubierta.

11. Gastos por: servicios de medicina deportiva, medicina natural, música terapia, terapia ocupacional, terapia del habla y lenguaje, psicoanálisis y rehabilitación cardíaca. Las terapias ocupacional y del habla están cubiertas para autismo y para servicios de cuidado en el hogar. El psicoanálisis está cubierto sólo para casos de autismo.
12. Servicios de anestesia intravenosa y por inhalación de gases administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
13. Servicios de asistencia quirúrgica independientemente si existe o no justificación médica para la misma.
14. Gastos por inmunoterapia para alergias.
15. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
16. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
17. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, una vez termine los servicios ofrecidos por el programa del patrono, cualquier otro servicio adicional que necesite esta cubierta por RHP.
18. Costos de productos biológicos que sean inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.
19. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima.
20. Servicios prestados por facilidades de tratamiento residencial fuera de Puerto Rico, independientemente exista o no justificación médica para el tratamiento.
21. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de alguien suscriptor del cuerpo.
22. Servicios rendidos en una facilidad ambulatoria que puede ser realizado en la oficina médica, no está cubierto.
23. Servicios de cuidado personal y/o servicios de custodia en hospitalización.
24. Servicios para el bienestar y/o servicio de custodia. Hospitalizaciones para servicios o procedimientos que se pueden realizar de forma ambulatoria, no están cubiertos.
25. Los servicios están cubiertos para casos de emergencia o casos que requirieron equipo, tratamiento e instalaciones no disponibles en Puerto Rico. Los servicios están sujetos a preautorización, excepto en caso de emergencia. Los tratamientos electivos, que no se consideran una emergencia, no están cubiertos por este contrato a menos que haya un equipo, tratamiento o instalación no disponible en Puerto Rico. Las tarifas que se pagarán son la tarifa habitual y de costumbre (UCR) del área geográfica en la que se prestan los servicios.
26. Gastos por lancetas, jeringuillas para la administración de insulina, tirillas para el glucómetro, glucómetro, bomba de insulina incluyendo terapias, mantenimiento y suplidos, para mayores de veintiun (21) años que no cumplan con la Ley 177 de 13 de agosto de 2016.
27. Deformidades congénitas genéticas y deformidades congénitas metabólicas: excepto en recién nacidos, recién nacidos recién adoptados o recién nacidos recién colocados para adopción.

28. Pruebas diagnósticas y tratamiento asociado a la hemofilia, excepto en recién nacidos, recién nacidos recién adoptados o recién nacidos recién colocados para adopción.
29. Tratamiento asociado a Hepatitis C.
30. Gastos por servicios de “multiphasic screenings”
31. Trasplante de embrión.
32. Vacunas requeridas para viajar o estudiar, excepto las requeridas y desglosadas en este contrato.
33. Gastos por servicios de equipo auditivo y/o implante coclear, independientemente de si existe o no justificación médica.
34. Terapia cardiaca rehabilitativa.
35. Equipo médico durable que no esté descrito en esta cubierta, incluyendo equipo médico customizado o hecho a la medida del paciente.
36. Servicios o gastos por comodidad personal como: teléfono, televisión cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o asilo.
37. Gastos relacionados para material de Cirugía “Orthognatic”.
38. Aparatos ortopédicos u ortóticos, marcapasos (con o sin desfibrilador), desfibrilador, válvulas, STENT’s, todo tipo de prótesis y/o incluyendo pero no limitado a implantes de impotencia (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) implante, bandejas de tornillos para cirugías neurológicas.
39. Servicios Quirúrgicos – Excluye: operación cosmética, cirugía oral, excepto aquellas resultado de un accidente, mamoplastia (excepto aquellas requeridas para pacientes después de una mastectomía de cáncer de seno), septoplastia, blefaroplastia, rinoseptoplastia, procedimientos para reestablecer la habilidad de procrear, procedimientos de trasplante de órganos (aparte de aquellos especificados en la cubierta), procedimiento experimental de aborto inducido, remover etiquetas de piel, reparación ptosis, excision de uña, scalentomia, Lasik y otros procedimientos quirúrgicos para corregir defectos refractivos, servicios de asistencia quirúrgica, servicios de anestesia intravenoso o anestesia administrada por inhalación en oficina de médicos o dentistas, servicios de tratamiento síndrome de articulación temporomandibular, excision de granulomas o quistes radicular originados por infección en la pulpa dental, servicios para corregir la dimensión vertical o occlusion, remoción de exostosis (mandibular y maxiliar).
40. 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 suscriptor 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, el Plan cubrirá los “gastos médicos rutinarios del paciente”, entendiéndose que no son “gastos rutinarios del 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, el Plan 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.

## Tabla de Copagos y Coaseguros

**Bajo nuestra cubierta de salud, existe un máximo de desembolsos que las personas según su tipo de contrato pagan por los servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos. La cantidad máxima de desembolso es de \$6,350 en un contrato individual y \$12,700 en contrato pareja o familiar. Esta es la cantidad máxima que los suscriptores pagan durante el año contrato por servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos bajo esta cubierta cuando visita a los proveedores dentro de la red, incluyendo la compra de medicamentos y pagos por servicios dentales esenciales, según descritos en este contrato. Una vez el suscriptor alcance la cantidad que le aplica según su tipo de contrato no tendrá que hacer desembolsos adicionales por el resto del año del contrato. Cubierta conlleva un deducible general de \$100.00**

**Esta cubierta reúne los beneficios mandatorios de las Leyes Federales Patient Protection and Affordable Care Act y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010. En adición se incluyen los Servicios Preventivos según establecidos por el United States Preventive Services Task Force y las vacunas conforme a las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization del Departamento de Salud de Puerto Rico.**

| <b>Servicios de Hospitalización</b>   | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
|---|--------------------|--------------------|
| Habitación semiprivada o de aislamiento (por necesidad médica) hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días por hospitalizaciones regulares. | \$300.00 Copago    | \$400.00 Copago    |
| Hospitalización por condiciones mentales (Incluye détox y tratamiento residencial)  | \$300.00 Copago    | \$400.00 Copago    |
| Hospitalización Parcial Incluyendo Salud Mental   | \$100.00 Copago    | \$100.00 Copago    |
| Hospitalización por desorden de abuso de sustancias (Incluye détox y tratamiento residencial)   | \$300.00 Copago    | \$400.00 Copago    |
| Uso de las unidades de cuidado intensivo, cuidado coronario y cuidado intensivo de pediatría  | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Quimioterapias en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecale, intravenoso)  | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Radioterapia y cobalto  | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Servicio pre-natal y post-natal en las clínicas de maternidad, servicios de parto incluyendo todos los servicios necesarios de hospitalización.           | *Cubierto          | *Cubierto          |

| <b>Servicios de Hospitalización</b>  | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
|--|--------------------|--------------------|
| Alimentos, incluso dietas especiales provistas por el hospital   | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Hiperalimentación  | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Sala de operaciones , sala de recuperación y servicio general de enfermería  | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos relacionados con hiperalimentación y materiales de anestesia  | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Administración de anestesia  | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Oxígeno, material curaciones   | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Servicios de laboratorio clínico, producción de electrocardiogramas, producción de estudios radiológicos   | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Servicios de terapia física y rehabilitación   | \$20.00 Copago     | \$30.00 Copago     |
| Servicio de terapia respiratoria   | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que usualmente provee el hospital, que sean ordenados por escrito por el médico a cargo, que no estén expresamente excluidos del contrato con el hospital    | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Terapias electroconvulsivas para el tratamiento de condiciones mentales  | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Facilidades para diálisis y hemodiálisis   | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Sangre para Transfusiones  | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.  | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Procedimiento de litotricia (ESWL)   | *Cubierto          | *Cubierto          |
| <b>Servicios Médico-Quirúrgicos en Hospitalización</b>   |                    |                    |
| <b>Servicios Médico-Quirúrgicos en Hospitalización</b>   | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
| Diagnósticos y tratamientos, cirugías, administración de anestesia por médicos anesthesiólogos, enfermeras anesthesistas y técnicos de anestesia empleados por anesthesiólogos. Pruebas y procedimientos neurológicos. | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Consultas de especialistas   | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.  | *Cubierto          | *Cubierto          |

| <b>Servicios Médico-Quirúrgicos en Hospitalización</b>   | <b>Oro Nivel 1</b>   | <b>Oro Nivel 2</b>   |
|--|--|--|
| Diálisis y hemodiálisis: Por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de la primera diálisis o hemodiálisis o la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez al contrato. Esta cláusula aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica. | *Cubierto  | *Cubierto  |
| Quimioterapias en todas sus modalidades (inyectable, oral , intratecale, intravenoso)  | *Cubierto  | *Cubierto  |
| Radioterapia y cobalto   | *Cubierto  | *Cubierto  |
| Trasplantes de piel, hueso y cornea  | *Cubierto  | *Cubierto  |
| Endoscopias gastrointestinales   | *Cubierto  | *Cubierto  |
| Pruebas cardiovasculares invasivas, no invasivas, procedimientos y pruebas   | *Cubierto  | *Cubierto  |
| Electromiogramas   | *Cubierto  | *Cubierto  |
| Cirugía "Orthognatic   | *Cubierto  | *Cubierto  |
| Evaluaciones audiológicas  | *Cubierto  | *Cubierto  |
| Cirugía Bariátrica   | Cubierto 20% coaseguro   | Cubierto 20% coaseguro   |
| Pruebas y Procedimientos Neurológicos  | *Cubierto  | *Cubierto  |
| <b>Servicios de Emergencia</b>   | <b>Oro Nivel 1</b>   | <b>Oro Nivel 2</b>   |
| Servicios en Sala de Emergencia/Urgencia, Accidente o Trauma   | \$100.00 Copago  | \$150.00 Copago  |
| <b>Servicios de Emergencia en Estados Unidos</b>   |  |  |
| Servicios de emergencias prestados en los Estados Unidos de América o de emergencia médica o casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.  | El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al coaseguro." | El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al coaseguro." |

| <b>Servicios Ambulatorios</b>   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Servicios Ambulatorios</b>   | <b>Oro Nivel 1</b>   | <b>Oro Nivel 2</b>   |
| Generalistas  | \$15.00 Copago   | \$20.00 Copago   |
| Especialistas   | \$20.00 Copago   | \$25.00 Copago   |
| Sub-Especialista  | \$20.00 Copago   | \$25.00 Copago   |
| Siquiatra   | \$20.00 Copago   | \$25.00 Copago   |
| Sicólogo  | \$20.00 Copago   | \$25.00 Copago   |
| Audiólogo   | \$20.00 Copago   | \$25.00 Copago   |
| Podiatra  | \$20.00 Copago   | \$25.00 Copago   |
| Optómetra   | \$20.00 Copago   | \$25.00 Copago   |
| Quiropráctico   | \$20.00 Copago   | \$25.00 Copago   |
| Terapia de Grupo  | 50% Coaseguro  | 50% Coaseguro  |
| Visitas Colaterales   | 50% Coaseguro  | 50% Coaseguro  |
| Centros de cirugía ambulatorias   | 55% Coaseguro  | 55% Coaseguro  |
| Servicios Quirúrgicos Ambulatorios:   |  |  |
| En el Hospital  | 55% Coaseguro  | 55% Coaseguro  |
| En el Centro de cirugía ambulatoria   | 55% Coaseguro  | 55% Coaseguro  |
| En la Oficina médica  | 55% Coaseguro  | 55% Coaseguro  |
| Rayos-X, laboratorios clínicos  | 55% Coaseguro  | 55% Coaseguro  |
| Imaging MRA – Cubierto, Sin límite  | 55% Coaseguro  | 55% Coaseguro  |
| Imaging Pet & Pet/CT  | 55% Coaseguro<br>Uno por año contrato, por suscriptor.                       | 55% Coaseguro<br>Uno por año contrato, por suscriptor.                       |
| Imaging MRI & CT  | 55% Coaseguro<br>Uno por región anatómica, por año contrato, por suscriptor. | 55% Coaseguro<br>Uno por región anatómica, por año contrato, por suscriptor. |
| Reconstrucción de seno  | 60% Coaseguro  | 60% Coaseguro  |
| Mamografía, Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías no preventivas | 50% Coaseguro  | 60% Coaseguro  |
| Sonogramas  | 60% Coaseguro  | 60% Coaseguro  |
| Electroencefalogramas   | 25% Coaseguro  | 30% Coaseguro  |
| Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivas, no invasivas                                       | 50% Coaseguro  | 60% Coaseguro  |
| Electromiogramas  | 25% Coaseguro<br>Hasta 2 por año contrato, por suscriptor                    | 25% Coaseguro<br>Hasta 2 por año contrato, por suscriptor                    |
| Pruebas de oftalmología   | Cubierto   | Cubierto   |
| Endoscopias gastrointestinales  | 30% Coaseguro  | 50% Coaseguro  |

| <b>Servicios Ambulatorios</b>   | <b>Oro Nivel 1</b>  | <b>Oro Nivel 2</b>  |
|---|---|---|
| Preparado de aminoácidos libres de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético Fenilcetonuria (PKU)  | 30% Coaseguro   | 30% Coaseguro   |
| Quimioterapia en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecale, intravenoso)   | 20% Coaseguro (si es ambulatorio)<br>Cubierto en hospitalización                    | 30% Coaseguro (si es ambulatorio)<br>Cubierto en hospitalización                    |
| Radioterapia y cobalto  | 20% Coaseguro   | 30% Coaseguro   |
| Inyecciones intrarticulares   | \$10.00 Copago<br>Hasta 2 inyecciones diarias, 12 por año contrato, por suscriptor. | \$10.00 Copago<br>Hasta 2 inyecciones diarias, 12 por año contrato, por suscriptor. |
| Manipulaciones de Quiropráctico   | \$12.00 Copago  | \$15.00 Copago  |
| Terapia Física  | \$15.00 Copago  | \$30.00 Copago  |
| Servicios de Rehabilitación Ambulatoria   | 50% Coaseguro   | 50% Coaseguro   |
| Servicios de Habilidadación   | 50% Coaseguro   | 50% Coaseguro   |
| Terapia del Habla y Lenguaje (Sólo para casos de Autismo, y Cuidado de Salud en el Hogar)   | \$20.00 Copago  | \$30.00 Copago  |
| Terapia Ocupacional (Sólo para casos de Autismo, y Cuidado de Salud en el Hogar)  | \$20.00 Copago  | \$30.00 Copago  |
| Servicios de Nutricionista  | \$7.00 por visita<br>4 visitas por año, por suscriptor                              | \$7.00 por visita<br>4 visitas por año, por suscriptor                              |
| Terapia respiratoria  | \$10.00 Copago  | \$12.00 Copago  |
| Pruebas de Alergias   | \$10.00 copago<br>Hasta 50 por suscriptor por año.                                  | \$10.00 copago<br>Hasta 50 por suscriptor por año.                                  |
| Visitas para cuidado preventivo del recién nacido (well baby care)  | *Cubierto   | *Cubierto   |
| Criocirugía del cuello uterino  | *Cubierto, Uno por suscriptor por año   | *Cubierto, Uno por suscriptor por año   |
| Vacunas – Se cubrirán de acuerdo al itinerario de vacunación recomendado por el Center for Disease Control and Prevention y el Departamento de Salud de Puerto Rico | \$0.00 Copago   | \$0.00 Copago   |
| Prueba diagnosticas de polisomnografía (estudio del sueño)  | 40% Coaseguro<br>Un tipo de prueba por vida, por suscriptor                         | 40% Coaseguro<br>Un tipo de prueba por vida, por suscriptor                         |
| Servicios dentales de rutina para adultos y niños   | *Cubierto   | *Cubierto   |

| <b>Servicios Ambulatorios</b>   | <b>Oro Nivel 1</b>  | <b>Oro Nivel 2</b>  |
|---|---|---|
| Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites. | *Cubierto   | *Cubierto   |
| Perfil biofísico  | *Cubierto   | *Cubierto   |
| Prueba de medicina nuclear  | 50% Coaseguro   | 50% Coaseguro   |
| Vacuna para el virus sincitial respiratorio (palivizumab).                | 50% Coaseguro   | 50% Coaseguro   |
| Prueba de timpanometría   | 50% Coaseguro<br>Uno por año, por suscriptor  | 50% Coaseguro<br>Uno por año, por suscriptor  |
| Equipo médico durable   | Pre-autorización<br>50% Coaseguro   | Pre-autorización<br>50% Coaseguro   |
| Ventilador mecánico   | Pre-autorización<br>40% Coaseguro<br>Cubiertos sin límites de acuerdo a las disposiciones de leyes locales. | Pre-autorización<br>40% Coaseguro<br>Cubiertos sin límites de acuerdo a las disposiciones de leyes locales. |
| Cubierta para tratamiento de Autismo (todas sus formas)                   | Cubierto, sujeto a coaseguros aplicables, según el servicio.  | Cubierto, sujeto a coaseguros aplicables, según el servicio.  |
| Cubierta para cesación de fumar   | Cubierto, hasta noventa (90) días consecutivos, hasta dos (2) intentos por año.                             | Cubierto, hasta noventa (90) días consecutivos, hasta dos (2) intentos por año.                             |
| Servicios de cuidado en el hogar  | 50% Coaseguro   | 50% Coaseguro   |
| Servicios Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)             | 55% Coaseguro   | 55% Coaseguro   |
| Cuidado rutinario de los pies.  | *Cubierto   | *Cubierto   |
| El examen de refracción   | \$10.00 Copago  | \$15.00 Copago  |
| Examen rutinario de la vista para niños                                   | \$10.00 Copago  | \$15.00 Copago  |

| <b>Servicios Ambulatorios</b>   | <b>Oro Nivel 1</b>                                | <b>Oro Nivel 2</b>                                |
|---|---|---|
| 1 visita por año. Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un par por año contrato, incluyendo espejuelos de gran potencia para suscriptores con pérdida significativa, pero que no tienen ceguera total. Además se cubre un aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopio de lentes sencillos o dobles) para suscriptores hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero no tienen ceguera total. Suplementado usando FEDVIP. | *Cubierto   | *Cubierto   |
| Ambulancia terrestre – Servicio de emergencia. Cuando el servicio sea utilizado a través del Sistema 9-1-1, RHP pagará directamente al proveedor. Los servicios de emergencias son considerados un beneficio esencial de salud. (Servicio deberá ser provisto por una compañía autorizada por la Comisión de Servicio Público)  | *Cubierto   | *Cubierto   |
| Ambulancia terrestre - De Institución hospitalaria a Institución hospitalaria.  | Hasta \$80.00 por viaje (mediante reembolso)      | Hasta \$80.00 por viaje (mediante reembolso)      |
| Ambulancia aérea (Según los Protocolos)   | 20% Coaseguro                                     | 20% Coaseguro                                     |
| Nerve conduction velocity test  | 50% Coaseguro<br>Hasta 2 por año, por suscriptor. | 50% Coaseguro<br>Hasta 2 por año, por suscriptor. |
| Diálisis y Hemodiálisis   | Cubierto, los primero noventa (90) días.          | Cubierto, los primeros noventa (90) días.         |
| <b>Servicios de Farmacia</b>  | <b>Oro Nivel 1</b>                                | <b>Oro Nivel 2</b>                                |
| Genérico Bioequivalente preferido   | \$10.00 Copago                                    | \$20.00 Copago                                    |
| Genérico Bioequivalente no preferido  | \$20.00 Copago                                    | \$20.00 Copago                                    |
| Marca Preferida   | 40% Coaseguro                                     | 40% Coaseguro                                     |
| Marca No Preferida  | 40% Coaseguro                                     | 40% Coaseguro                                     |
| Medicamentos Especializados - Marca Preferida   | \$60.00 Copago                                    | \$60.00 Copago                                    |

| <b>Servicios de Farmacia</b>  | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
|---|--------------------|--------------------|
| Medicamentos Especializados - Marca No Preferida  | 40% Coaseguro      | 40% Coaseguro      |
| Medicamentos Especializados Biotecnológicos   | 40% Coaseguro      | 40% Coaseguro      |
| <b>Servicios Dentales</b>   | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
| Servicios dentales de rutina para adultos y niños   | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Examen dental (inicial, periódicos y de emergencia)   | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Sellantes de fisura   | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Limpiezas (de cada seis meses)  | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Radiografías (bitewings y peripicals) un par de cada tres (3) años.   | *Cubierto          | *Cubierto          |
| Extracciones sencillas con anestesia local, obturaciones (empastaduras)   | 30% coaseguro      | 30% coaseguro      |
| <b>* Cubierto – significa que está cubierto sin copago ni coaseguro.</b>  |                    |                    |
| <b>Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.</b> |                    |                    |
| <b>Servicios Preventivos para Adultos</b>   |                    |                    |
| <b>Servicios Preventivos para Adultos</b>   | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
| Aneurisma abdominal aórtico – 1 revisión por ultrasonografía para hombres de 65 a 75 años.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Glucosa anormal en sangre y Diabetes Mellitis Tipo 2 – cernimiento por riesgo cardiovascular en adultos entre 40 a 70 años, que estén sobrepeso u obesidad.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Abuso de alcohol – cernimiento y consejería para adultos de 18 años o más.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Medicación Preventiva de Aspirina – adultos de 50 a 59 años con 10% $\geq$ riesgo cardiovascular y cáncer colorrectal.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Presión Sanguínea – cernimiento en niveles de presión sanguínea en adultos mayores de 18 años.  | **Cubierto         | **Cubierto         |

| <b>Servicios Preventivos para Adultos</b>   | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
|---|--------------------|--------------------|
| Cáncer colorrectal en adultos de 50 a 75 años utilizando examen de sangre oculta en escreta, sigmoidoscopia o colonoscopia.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Cernimiento de depresión en adultos   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Cernimiento de diabetes tipo 2 para adultos con alta presión mayor a 135/80 mm HG.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio y terapia física – El USPSTF recomienda ejercicio y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años o más con mayor riesgo de caídas.                  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Prevención de caídas en adultos mayores: vitamina D – El USPSTF recomienda suplementos de vitamina D para prevenir caídas en adultos de 65 años o más con mayor riesgo de caídas.                                   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Consejería de dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Cernimiento de Hepatitis B adolescentes no embarazadas y adultos – El USPSTF recomienda cernimiento para el virus de hepatitis B (HBV) en personas de alto riesgo de infección.                                     | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Cernimiento de Infección de Hepatitis C en adultos – El USPSTF recomienda cernimientos para el virus de hepatitis C (HCV) en personas de alto riesgo de infección.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| HIV – cernimiento médico para infección de HIV en adolescentes y adultos entre las edades de 15 a 65 años. Adolescentes menores y adultos mayores que sean de alto riesgo también serán cubiertos.                  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Vacunas – Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Virus de Papiloma Humano, Influenza, Sarampión, Paperas, Rubela, Meningococo, Neumococo, Tétano, Difteria, Pertusis, Varicela, incluyendo refuerzos “Catch-ups”. | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Obesidad – cernimiento para adultos con un índice de masa corporal de 30 kg/m <sup>2</sup> o más.   | **Cubierto         | **Cubierto         |

| <b>Servicios Preventivos para Adultos</b>  | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
|--|--------------------|--------------------|
| Infecciones de Transmisión Sexual – El USPSTF recomienda apoyo de alta intensidad de conducta para prevenir infecciones de transmisión sexual (STIs) para todo adolescente activo sexualmente y para adultos en alto riesgo de STIs.   | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares: adultos edades de 40 – 75 años sin historial de CVD, 1 o más factores de riesgo de CVD  | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Medicación de Tabaco – Para aquellos que usan productos de cesación de tabaco.   | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Uso de tabaco – El USPSTF recomienda que médicos pregunten a todo adulto, sobre el uso de tabaco y provea intervenciones de detención, para aquellos que usan productos de tabaco. Este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA, por noventa (90) días consecutivos en un intento, y hasta dos intentos por año.   | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Cernimiento de tuberculosis: adultos – El USPSTF recomienda cernimiento de tuberculosis latente en población con mayor riesgo.   | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Sífilis – cernimiento en todos los adultos de alto riesgo.   | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Terapia física, ejercicio y vitamina D – para adultos de 65 años o más con alto riesgo de sufrir caídas.   | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Cernimiento de cáncer de pulmón – prueba anual de cáncer en el pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis para los adultos entre las edades de 55 y 80 años que han fumado durante 30 años y fuman en la actualidad o hayan dejado de fumar durante los últimos 15 años. Las pruebas deben discontinuarse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema médico que limite sustancialmente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación curativa del pulmón. | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |

| <b>Servicios Preventivos para Adultos</b>  | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
|--|--------------------|--------------------|
| Phnylketonuria (PKU) – cernimiento para ese desorden genético en adultos.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Consejería conductual para el cáncer de piel: El USPSTF recomienda asesorar a adultos jóvenes, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre cómo minimizar la exposición a la radiación ultravioleta (UV) para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel normales para reducir el riesgo de cáncer de piel.                    | **Cubierto         | **Cubierto         |
| <b>Servicios Prenventivos para la Mujer (incluyendo embarazadas)</b>   |                    |                    |
| <b>Servicios Preventivos para la Mujer</b>   | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
| Anemia – cernimiento rutinario de deficiencia de hierro a personas suscritas durante su embarazo que muestren síntomas.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Bacteriuria - cernimiento y pruebas a embarazadas de 12 a 16 semanas. Incluye prueba de orina.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| BRCA – cernimiento y pruebas, acerca de pruebas genéticas para mujeres de alto riesgo.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Medicación para Cáncer del Seno – el USPSTF recomienda la asesoría médica sobre esta medicación para reducir sus riesgos.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Mamografía Cáncer del Seno – cernimiento cada 1-2 años en mujeres mayores de 40 años. Para mujeres de 50 a 74 años “biennial screening mamography”.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Quimioprevención de Cáncer de Seno – consultoria para mujeres de alto riesgo.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Lactancia – evaluación comprensivo y equipo de lactancia para cada nacimiento.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Cáncer Cervical – Cernimiento en mujeres sexualmente activas. Se incluirá examen pélvico y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para la detección, diagnóstico y tratamiento en etapas tempranas, anomalías que pueda conducir a cáncer cervical. Incluye Pap Smear y HPV testing. | **Cubierto         | **Cubierto         |

| <b>Servicios Preventivos para la Mujer</b>  | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
|---|--------------------|--------------------|
| Cernimiento de Infección de Clamidia - cernimientos en mujeres embarazadas menores de 24 años, mujeres sexualmente activas menores de 24 años y en mujeres mayores con alto riesgo.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Anticoncepción – todos los métodos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización y educación y consejería.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Violencia doméstica – cernimiento y consultoría.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Ácido Fólico – El USPSTF recomienda que toda mujer en planificación o capaz de embarazo tome un suplemento diario conteniendo 0.4 a 0.8 mg (400 a 800mg) de ácido fólico.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Diabetes Gestacional – cernimiento para mujeres embarazadas de 24 ó más semanas de gestación, y para mujeres de alto riesgo en su primera visita prenatal.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Gonorrea – cernimiento para toda mujer sexualmente activa incluyendo mujeres embarazadas.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Hepatitis B – cernimiento en mujeres embarazadas, en su primera visita prenatal.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Human Immunodeficiency Virus (HIV) – cernimiento en todas las mujeres embarazadas. Por el Departamento de Salud es mandatorio ofrecer a toda mujer embarazada las siguientes pruebas:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>a. Una primera prueba del HIV durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal, y</li> <li>b. Una segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y las 34 semanas de embarazo).</li> </ul> | **Cubierto         | **Cubierto         |

| <b>Servicios Preventivos para la Mujer</b>  | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
|---|--------------------|--------------------|
| Human Papillomavirus (HPV) DNA test – cernimiento en mujeres de 30 años o más con una frecuencia no menor a 3 años.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Detección de osteoporosis: mujeres de 65 años o más: El USPSTF recomienda la detección de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres de 65 años o más.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Prueba de osteoporosis: mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con mayor riesgo de osteoporosis: El USPSTF recomienda la prueba de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de 65 años que tienen un mayor riesgo de osteoporosis, según lo determine una herramienta de evaluación de riesgos clínicos. | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Cernimiento del tipo de sangre Rh(D) – pruebas a todas las mujeres embarazo, y luego entre las 24 y 28 semanas de gestación.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Uso de tabaco – El USPSTF recomienda cernimiento e intervención en todas las mujeres y ofrecer consejería a las embarazadas usuarias.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Infecciones de Transmisión Sexual – consejería a todas las mujeres sexualmente activas.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Detección de sífilis: mujeres embarazadas: El USPSTF recomienda la detección temprana de la infección por sífilis en todas las mujeres embarazadas.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| “Well-woman Visits”- visitas para obtener las recomendaciones de los servicios preventivos aplicables de acuerdo a la edad de la mujer.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Prevención Preclamsia – aspirina en dosis bajas (81mg/d) como medicación preventiva después de 12 semanas de gestación en mujeres que están en alto riesgo de preclamsia.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| <b>Servicios Preventivos para Niños</b>   |                    |                    |
| <b>Servicios Preventivos para Niños</b>   | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
| Uso de drogas y alcohol – evaluación y consejería para los adolescentes.  | **Cubierto         | **Cubierto         |

| <b>Servicios Preventivos para Niños</b>   | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
|---|--------------------|--------------------|
| Autismo – cernimiento en niños de 12 a 36 meses.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Comportamiento – evaluación para los niños de todas las edades.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Presión sanguínea – cernimiento para los niños de todas las edades.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Displasia cervical – cernimiento en féminas sexualmente activas.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Hipotiroidismo congénito – cernimiento en todos los recién nacidos.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Prevención de caries dental: infantes y niños hasta 5 años – El USPSTF recomienda la aplicación de varnish de fluoruro a dientes primarios de todos infantes y niños comenzando en la edad primaria de erupción de dientes. El USPSTF recomienda a los médicos de atención primaria recetar suplementos de fluoruro oral a partir de los 6 meses de edad para los niños cuyo suministro de agua es deficiencia de fluoruro. | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Depresión – cernimiento en niños de 12-18 años.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Desarrollo – cernimiento en niños menores de 3 años.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Quimioprevención de Fluoruro – suplementos para niños que no tienen fluoruro en sus fuentes de agua.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Gonorrea – medicación preventiva en los ojos de todos los recién nacidos.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Audición – cernimiento en los recién nacidos.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Altura, peso y masa corporal – medidas para niños hasta los 17 años.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Hematocrito o Hemoglobina – cernimiento.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Hemoglobina en infantes - cernimiento recién nacidos.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| HIV – cernimiento en adolescentes y adultos entre las edades de 15 a 65 años, según la Ley 349 del 1 de septiembre de 2000.   | **Cubierto         | **Cubierto         |

| <b>Servicios Preventivos para Niños</b>   | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
|---|--------------------|--------------------|
| Inmunización – vacunas desde el nacimiento hasta los 21 años Difteria, Tétano, Pertusis, Influenza tipo b, Hepatitis A, Hepatitis B, Virus de Papiloma Humano, Polio, Influenza, Sarampión, Papera, Rubela, Meningococo, Neumococo, Rotavirus, Varicela, Meningitis, incluyendo refuerzos “Catch-ups”.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Human Papillomavirus – El CDC recomienda la vacunación comenzando a los nueve (9) de edad para niños y jóvenes con cualquier historial de abuso sexual o agresión, quienes no han iniciado o completado las tres dosis. Femenas y varones quienes son víctimas de abuso o agresión deben recibir la vacuna HPV durante las edades recomendadas, si aún no han sido vacunados. | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Hierro – suplementos para niños de 6 – 12 meses en riesgo de anemia por deficiencia de hierro.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Plomo – cernimiento para niños entre las edades de 1 a 5 años con riesgo de exposición.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Historial médico – durante el desarrollo hasta los 10 años.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Obesidad – cernimiento en niños mayores de 6 años.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Salud oral – evaluación de riesgo para niños hasta los 10 años. Aplicaciones de fluoruro a infantes y niños hasta los diez (10) años.   | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Historial Médico para todo niño a través de su desarrollo en las edades de 6 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Phenylketonuria (PKU) – cernimiento para este desorden genético en recién nacidos y niños.  | **Cubierto         | **Cubierto         |
| Infecciones de Transmisión Sexual – consejería y prevención para todos los adolescentes sexualmente activos.  | **Cubierto         | **Cubierto         |

| <b>Servicios Preventivos para Niños</b>   | <b>Oro Nivel 1</b> | <b>Oro Nivel 2</b> |
|---|--------------------|--------------------|
| Intervenciones de uso de tabaco: niños y adolescentes – El USPSTF recomienda que los médicos clínicos de muestren intervenciones, incluyendo la educación para un breve consejo para prevenir el inicio del uso del tabaco en niños y adolescentes en edad escolar.   | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Consumo de tabaco, alcohol o drogas: detección de niños (11) a (21) años de edad.   | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Tuberculina – pruebas para niños en alto riesgo hasta los 17 años.  | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Cernimiento de agudez visual: niños – El USPSTF recomienda cernimiento visual al menos una vez para todos los niños entre las edades de 3 a 5 años para detectar la presencia de “amblyopia” o sus factores de riesgo.  | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Consejería conductual para el cáncer de piel: "La USPSTF recomienda asesorar a adultos jóvenes, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre cómo minimizar la exposición a la radiación ultravioleta (UV) para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel normales para reducir el riesgo de cáncer de piel.  | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Infección por sífilis en adultos y adolescentes no embarazadas: El USPSTF recomienda la detección de la infección por sífilis en personas que tienen un mayor riesgo de infección.  | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Hepatitis B – Cernimiento en adolescentes con alto riesgo de infección.   | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Evaluación médica anual en el inicio del curso escolar – Evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión, y audición, además de todos los cernimientos periódicos recomendados por la Academia Americana de Pediatría. La misma incluye los servicios preventivos por la ley sin costo alguno más allá de la prima que se estableció originalmente para dichos planes. | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| Salud oral – aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a niños menores de 5 años de edad.   | <b>**Cubierto</b>  | <b>**Cubierto</b>  |
| <b>**Cubierto – significa que está cubierto sin costo compartido, con \$0 copago.</b>   |                    |                    |