CONTRATO DE CUBIERTA INDIVIDUAL

Apartado 44
Aibonito PR, 00705

CUBIERTA
MENONITA MAX
MXP01G2

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE ESTA CUBIERTA DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

"ESTE CONTRATO NO ES UN CONTRATO COMPLEMENTARIO A MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, examine la Guía de Cubierta de Salud para Personas con Medicare disponible por la organización de servicios de salud."

Por favor, lea detenidamente.

Este contrato se emite como evidencia de cubierta de salud individual. La misma contiene detalles de los servicios. La cubierta está sujeta a los términos del plan individual del Plan de Salud Menonita, Inc. El Plan de Salud Menonita, Inc. será llamado de aquí en adelante "EL PLAN".
Este contrato, incluyendo los endosos y documentos anejos, si los hubiere, constituye el texto íntegro del contrato de cubierta. Ningún cambio en esta cubierta será válido hasta que sea autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Ningún productor tiene autoridad para cambiar esta cubierta o renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Este contrato no deniega, rehúsa emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de esta cubierta, basado en que el suscriptor ha sufrido maltrato; no excluye, limita la cubierta o deniega una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato del suscriptor.

[Félix Ortiz Figueroa]
Director de Operaciones y Cumplimiento

PARTE III-BENEFICIOS CUBIERTOS

Los beneficios incluidos aquí aplicarán solamente cuando una persona esté suscrita bajo este contrato. Los mismos serán cubiertos cuando los servicios sean prestados en el área de servicio, entiéndase, Puerto Rico. No se pagarán beneficios por cargos incurridos después de haber finalizado la cubierta de una persona bajo este contrato. No obstante, sujeto al correspondiente pago de la prima establecida por "EL PLAN", el suscriptor tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios de cubierta médica por noventa (90) días luego de la terminación de la cubierta, si el suscriptor se encontraba hospitalizado al momento de la terminación de la cubierta o la terminación o cancelación de un proveedor. Los noventa (90) días se contarán desde la fecha en que se dio de alta.

En caso de que una suscriptora se encuentre en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de cancelación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de cancelación del plan, el período de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, de los dos, la que fuere última.

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

Los proveedores que continúen el tratamiento de dichos suscriptores durante dicho período deberán aceptar los pagos y tarifas fijados por el plan como pago total por sus servicios, así como continuar suministrando al plan toda la información necesaria requerida por éste para fines de control de calidad y entregar o transferir los correspondientes récords médicos de dichos pacientes al finalizar dicho período de transición

El suscriptor deberá cumplir con el proceso de preautorización de "EL PLAN" para aquellos servicios establecidos en la disposición "Proceso de preautorización de la Parte IV-ACCESO A LOS SERVICIOS / TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES" realizados por su médico o proveedor participante. El suscriptor reembolsará a "EL PLAN" por cualquier reclamación pagada por "EL PLAN" como resultado de cargos incurridos después de que un suscriptor haya cancelado.

En el caso de que un plan de salud sea cancelado, o que un proveedor sea cancelado, la organización notificará al suscriptor sobre dicha cancelación dentro de los treinta (30) días antes de la fecha de dicha cancelación.

"EL PLAN" proveerá los beneficios de servicios de emergencia sin período de espera. No se requerirá autorización previa de la organización cuando se proveen estos servicios de emergencia; más aún, estos servicios se proveerán sin tomar en cuenta si el proveedor de dichos servicios es o no un proveedor participante. De haber una diferencia en exceso en la cantidad cobrada por el proveedor que aquella contratada por "El PLAN" con proveedores similares, el proveedor estará obligado a aceptar compensación, por una cantidad no menor que la acordada con los proveedores contratados por la organización que ofrecen esos mismos servicios. Más aún, bajo estas circunstancias, dichos servicios de emergencia se proveerán independientemente de las condiciones dispuestas por el plan de cuidado de la salud correspondiente. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos a un suscriptor por un proveedor no contratado por el Plan, el paciente no será

responsable de un pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por el Plan.

En el caso de que el suscriptor reciba servicios de salud luego de los servicios de emergencia o servicios de post-estabilización que hubiesen sido cubiertos por "EL PLAN", excepto por el hecho de que no sea un proveedor participante, "EL PLAN" compensará al suscriptor por la porción de los costos correspondiente a dichos servicios que hubiese sido pagada bajo el plan, siempre y cuando haya una razón médica por la cual el paciente no puede ser transferido a un proveedor participante conforme a la Ley Núm.194 del 25 de agosto de 2000. Favor de ver la PARTE V-DISPOSICIONES GENERALES DE LA CUBIERTA DE SALUD de este contrato para los requisitos de avisos de reclamaciones.

SECCION 1. BENEFICIOS DE HOSPITAL, SERVICIOS MÉDICOS EN EL HOSPITAL Y AMBULATORIOS

Beneficios de Hospital

"EL PLAN" pagará las tarifas negociadas por "EL PLAN" para cama y habitación, Medico, dietas especiales, suministros y medicamentos, cuidado de enfermería y otros profesionales aliados a la salud, laboratorios clínicos, pruebas radiológicas, cuarto y comida, cuando el suscriptor sea hospitalizado en una habitación semiprivada. Este será cubierto 365 días al año, por año contrato. En caso de que el suscriptor seleccione una habitación privada, este vendrá obligado a cubrir la diferencia entre el costo de la habitación semi privada y la privada. Ningún suscriptor bajo este contrato, que se hospitalice en una habitación privada del hospital, está obligado a pagar cantidad alguna a un médico participante por los servicios cubiertos por este contrato que el médico le preste durante la hospitalización. En estos casos, el pago de honorarios médicos lo efectuará El Plan directamente a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos. La habitación privada estará cubierta en caso de necesidad médica o aislamiento. Hospitalizaciones por servicios o procedimientos que pueden ser realizados en la oficina del médico o en facilidades no hospitalarias están excluidas de esta cubierta.

Se cubrirán servicios en Unidades de Cuidado Intensivo y Unidades Especializadas dentro del hospital, según sean requeridos por la necesidad médica presentada. El suscriptor será responsable de copago descrito en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES de este contrato.

Sala de Emergencia y/o Urgencia en Puerto Rico

"EL PLAN" cubre servicios de Sala de Emergencias sin limite, de acuerdo con la tarifa contratada por "EL PLAN". El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES de este contrato. En el caso de proveedores no participantes, estos servicios serán cubiertos según lo descrito en el párrafo 7 de la PARTE III – BENEFICIOS CUBIERTOS, conforme lo establece el artículo 8(d) y 8(c) de la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000. Dicho artículo establece que en caso de que el paciente reciba servicios de cuidado de salud posteriores a los servicios de emergencia, o de post-estabilización, que estarían cubiertos bajo el plan de cuidado de salud, excepto por el hecho de que se trata de un proveedor no participante, la entidad suscriptora compensara al paciente por aquella parte de los costos con respecto a dicho servicio recibido que se hubiese pagado con arreglo al plan, siempre que exista un razón médica de peso por la cual el paciente no pueda ser transferido a un proveedor participante. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos a un suscriptor por un proveedor no contratado por el Plan, el paciente no será responsable de un pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable, si hubiese

recibido dichos servicios de un proveedor contratado por el Plan. No requiere preautorización y no aplica periodo de espera.

Asistente Quirúrgico

Estará cubierto en el hospital. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Perfil Biofísico

Estará cubierto limitado a uno (1) por embarazo. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina

Estará cubierto 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 la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Procedimientos de Diagnóstico y Servicios Profesionales

Los cargos por procedimientos de diagnóstico y Servicios Profesionales incluyendo procedimientos endoscópicos, colonoscopias, electroencefalogramas se pagarán de acuerdo con la tarifa contratada por "EL PLAN" que esté en efecto a la fecha en que el procedimiento se realice y el suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Para los Procedimientos de Diagnóstico y Servicios Profesionales realizados en la oficina médica, el suscriptor, será responsable de pagar al médico participante la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato por concepto de Procedimientos de Diagnóstico y Servicios Profesionales.

Pruebas Diagnósticas Especializadas

Las pruebas diagnósticas especializadas incluidas en esta cubierta son, PET Scan y PET CT, hasta 1 por persona suscrita, por año contrato. En casos de condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, se cubrirá hasta 2 por persona suscrita por año contrato. Requieren Preautorización, Pruebas cardiovasculares no invasivas, pruebas vasculares invasivas, electrocardiogramas y ecocardiogramas, "Stress Test" y "Holter" de 24 horas pruebas de medicina nuclear, tomografías computarizada, SPECT, sonogramas, electromiogramas, Densitometría Ósea no preventiva, Mamografía no preventiva, pruebas audiológicas. MRI's, están limitados a una (1) por región anatómica por año contrato por suscriptor. El Suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Litotricia

Las litotricias estarán cubiertas y requieren preautorización. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Pruebas de Resonancia Magnética y CT Scans

Las pruebas de resonancia magnética de MRI's están limitados a una (1) por región anatómica por año contrato por suscriptor. Los MRA's y CT Scans por otro lado, no tendrán limitación en frecuencia. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Pruebas de Alergia

Las pruebas de alergias están limitadas a cincuenta (50) por suscriptor por año contrato. Las vacunas no están incluidas en esta cubierta. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Sonogramas

Los sonogramas pélvicos para mujeres embarazadas estarán limitados a dos (2) por embarazo. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Vacuna Contra el Virus Sincitial Respiratorio Synagis

Estará cubierta en las dosis, de acuerdo con la edad y la condición de salud del suscriptor y con la Ley Núm. 165 de 30 de agosto de 2006. Se requiere preautorización. El suscriptor pagará de acuerdo con lo estipulado en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Cirugía Ambulatoria

Cargos por procedimientos de cirugía ambulatoria se pagarán al proveedor de acuerdo con las tarifas contratadas por "EL PLAN" que estén en efecto en la fecha en que la cirugía ambulatoria se realice. En el caso de la cirugía ortognática requiere preautorización y los gastos relacionados a materiales están excluidos de esta cubierta. Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico hospitalario, prestado en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico esta excluido de esta cubierta. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Procedimientos y pruebas neurológicas, incluyendo Electroencefalogramas

Los procedimientos quirúrgicos (aplican copagos relacionados a Hospitalización). Pruebas neurológicas tradicionales incluyendo electroencefalogramas (EEG) estarán cubiertos bajo este contrato. Los electroencefalogramas están limitados a 2 por año contrato. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Cirujano

La cantidad máxima a pagar por "EL PLAN", al cirujano por procedimientos de cirugía ambulatoria será la contratada por "EL PLAN" para el procedimiento quirúrgico. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida por la cirugía ambulatoria en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Criocirugía

La criocirugía del cuello uterino está limitada a un (1) procedimiento por año contrato, por suscriptor. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida por la cirugía en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia para cáncer incluyendo Cobalto

Tratamiento de quimioterapia y radioterapia contra el cáncer estará cubierto en sus varios métodos de administración de la droga, tal como por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según sea la orden médica del médico especialista u oncólogo. Estos servicios estarán cubiertos de forma ambulatoria y en hospital. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Esterilización

Procedimientos de esterilización estará cubierto al 100% en mujeres. Vasectomía en hombres pagara la cantidad establecida por en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Anestesia

"EL PLAN" cubrirá los servicios de anestesia, de acuerdo con la tarifa contratada por "EL PLAN" y COPAGOS, COASEGUROS de hospitalización estipulados en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES Y PREAUTORIZACIONES.

Pruebas de Laboratorio y Rayos X

"EL PLAN" pagará la tarifa establecida con los laboratorios y facilidades de Rayos X. Se estarán cubriendo pruebas de laboratorios ordenados para el tratamiento de infertilidad siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Dichos servicios deben ser:

1) Ordenados por un médico;
2) Necesarios para el diagnóstico de alguna enfermedad o lesión;
3) Médicamente necesarios; y
4) Practicados por un laboratorio o radiólogo participante.

Visitas Médicas

"EL PLAN" cubrirá los cargos por visitas a médicos generalistas, especialistas, subespecialistas, quiroprácticos, audiologos, doctores en naturopatía y nutricionistas. Estan cubiertos servicios de salud y tratamientos incluidos en el espectro de la practica de podiatras, optometras y psicólogos clínicos

licenciados y autorizados por el Gobierno de Puerto Rico. Estos servicios serán pagados de acuerdo con las tarifas contratadas por "EL PLAN" y el suscriptor pagará el copago estipulado en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que aparece en este contrato. Los servicios de psicología serán provistos por profesionales en psicología con grados en maestria o doctorado en psicología, adiestrados y con experiencia para ofrecer servicios de cuidado de salud con licencia activa de la Junta Examinadora de Psicologos de Puerto Rico.

Cuidado de salud en el Hogar

Cubierto 40 visitas por año contrato, por suscriptor para terapias físicas, ocupacionales y del habla (habilitativa y rehabilitativa). Cubierto solo si se comienza 14 días después de que el suscriptor es dado de alta de una hospitalización de al menos 3 días y si el servicio es provisto para la misma condición/diagnostico por la cual fue admitido el suscriptor. Servicios de enfermería y auxiliar de servicios de Salud en el hogar parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado de paciente están incluidos. Una visita por un empleado de la compañía de cuidado de salud en el hogar o 4 horas de servicio por un auxiliar se considerarán cada uno como una visita en el hogar. Estos servicios deberán ser supervisados por un médico licenciado y requieren preautorización. Servicios serán pagados de acuerdo con tarifas contratadas por "EL PLAN" y el suscriptor pagará el copago estipulado en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que aparece en este contrato.

Audiólogo

Cubierto conforme a la Ley Núm.127 del 27 de septiembre de 2007. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Optómetra

Cubierto conforme a la Ley Núm.148 del 9 de agosto de 2002. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Servicio de Nutricionista

La visita al nutricionista estará limitada a cuatro (4) visitas por año contrato. Cubierto por reembolso hasta $20.00 por visita.

Servicios Preventivos incluyendo vacunas para adultos y niños

"EL PLAN" cubrirá servicios preventivos incluyendo vacunas para adultos y niños. Cubiertos al 100% según establecido en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA/HIV)

Cubierto como cualquier otra condición conforme a la Ley Núm. 349 del 2 de septiembre de 2000.

Terapia Física

"EL PLAN" cubrirá veinte (20) terapias o manipulaciones combinados por año contrato, de acuerdo con las tarifas contratadas. Servicios limitados a terapia física excepto, aquellos cubiertos en cuidado de salud en el hogar. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Terapia Respiratoria

"EL PLAN" cubrirá quince (15) tratamientos en la oficina del médico por año contrato, de acuerdo con las tarifas establecidas. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Servicios de terapia respiratoria en sala de emergencia y en el hospital estarán cubiertos sin límite.

Tratamiento Quiropráctico

"EL PLAN" cubrirá veinte (20) terapias o manipulaciones combinados por año contrato por suscriptor, de acuerdo con las tarifas establecidas. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Los servicios estarán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes autorizados para proveer dichos servicios, de acuerdo con la enmienda a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de la Ley Núm.150 del 8 de agosto de 2006.

Timpanometrias

Estarán cubierta hasta 1 por año contrato. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Servicios Podiátricos

"EL PLAN" cubrirá visitas y procedimientos quirúrgicos podiátricos prestados por podiatras participantes, los cuales serán tratados como cualquier otro procedimiento quirúrgico. Cuidado de rutina del pie estará cubierto sin límites anuales. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Los servicios estarán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes autorizados para proveer dichos servicios, de acuerdo con la enmienda a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de la Ley Núm.150 del 8 de agosto de 2006.

Cateterismo Cardiaco

"EL PLAN" cubrirá Procedimientos y exámenes de diagnóstico cardiovasculares invasivos, no invasivos y estudios periferovasculares no invasivos. Electromiogramas están cubiertos 2 por año contrato por suscriptor. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Inyecciones Intraarticulares

Estarán cubiertas hasta 12 inyecciones por año contrato; por suscriptor hasta un máximo de 2 por día. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Facilidades de enfermería diestra o "Skill Nursing Home" por su nombre en ingles

Cubierto 120 días por año contrato, por suscriptor. Cubierto solo si se comienza 14 días después de que el suscriptor es dado de alta de una hospitalización de al menos 3 días y si el servicio es provisto para la misma condición/diagnostico por la cual fue admitido el suscriptor. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Equipo Médico Duradero

Cubierto para aquellos suscriptores que usan tecnología medica asi como también niños con traqueotomía para respirar, y quienes dependen de equipo medico para su operación, ventilador o suplemento de oxigeno y para aquellos que han comenzado su tratamiento siendo menores de edad, alcanzan los 21 años y reciben servicios médicos, o servicios de cuidado en el hogar, continuan recibiendo estos servicios posteriores a los 21 años de edad.

La cubierta comprenderá de los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para suscriptores menores de edad y que aún luego de los 21 años de edad que requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de éstos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Servicios de Naturopatía

"EL PLAN" cubrirá cinco (5) visitas por año contrato a un doctor en Naturopatía definido como profesional licenciado por la Junta Examinadora de Doctores en Naturopatía de Puerto Rico, según definido en la Ley Núm. 208 de 30 de diciembre de 1997, según enmendada, conocida como, Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Medicina Naturopatica en Puerto Rico y según lo establece la Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007. Los servicios estarán cubiertos solo a través de profesionales de la salud autorizados para proveer dichos servicios en Puerto Rico y por reembolso hasta $20.00 por visita.

Servicios de Refracción Adultos y Pediátricos

"EL PLAN" cubrirá un (1) examen de refracción por año y 1 examen de la vista rutinario por contrato por suscriptor. 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. Lentes de contacto no están incluidos en esta cubierta. Espejuelos para adultos mayores de 21 años de edad no están cubiertos. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Cáncer de Seno y Cervical

"EL PLAN" cubrirá estudios y pruebas preventivas de monitoreo de cáncer de seno, tales como, visita a especialistas, exámenes clínicos de mama y mamografías, mamografías digitales, mamografías de

resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante toda las etapas de 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, según lo requiere el Artículo 3(E)(d) de la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012 y conforme a lo requerido por la Women's Health and Cancer Rights Act de 1998. Plan de Salud Menonita no rechazara o denegara ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato suscrito entre las partes, cuando medie una recomendación médica a esos fines. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Mamografías preventivas estarán cubiertas al 100%.

Cancer

No se rechazará o denegará tratamientos entre los cuales se incluye la hospitalización, diagnósticos y medicamentos a cualquier paciente diagnosticado con cáncer. Para el sobreviviente de cáncer, el tratamiento y monitoreo frecuente y permanente de la salud física y el bienestar emocional del suscriptor, no se dejará al descubierto por el plan y proveedores de planes de cuidado de salud, según lo requiere el Artículo 3(A)(g) de la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012. Tambien se incluirán como parte de la cubierta los exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical, según lo requiere el Artículo 3(E)(c) de la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012.

Servicios de habilitación y rehabilitación ambulatorios

"EL PLAN" cubrirá veinte (20) terapias o manipulaciones combinadas por año contrato por suscriptor, de acuerdo con las tarifas establecidas para servicios de habilitación y rehabilitación respectivamente. Los siguientes servicios no están cubiertos: terapias ocupacionales, del habla y lenguaje excepto para la condición de autismo según descrito en este contrato, prostéticos e implantes, aparatos ortoticos y ortopédicos, rehabilitación cardiaca. Servicios limitados a terapias físicas, excepto aquellos cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Diálisis y Hemodiálisis

Cubierto 90 días. Servicios relacionados a cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como también cualquier servicio por complicaciones que pudieran resultar y sus servicios medico hospitalarios, serán cubiertos por los primeros 90 días desde el primer día que el suscriptor es elegible para cubierta por primera vez y la fecha en que el suscriptor recibe la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicara a diálisis o hemodiálisis subsiguientes que estén relacionadas a la misma condición clínica. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Beneficios mandatorios de Puerto Rico

Estarán cubiertos todos los beneficios mandatorios establecidos por el Gobierno de Puerto Rico incluidos en este contrato. De existir algún servicio mandatorio no incluido en este documento el mismo será cubierto según la reglamentación existente. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Servicios Pacientes Diabéticos

Estará cubierto a través de equipo médico duradero y según requerido por la Ley 177 del 13 de agosto de 2016 los suministros de un monitor de glucosa cada tres (3) años y un mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y ciento cincuenta (150) lancetas cada mes, con el propósito del monitoreo de los niveles de glucosa en los pacientes diabéticos y requiere preautorización. El endocrinólogo podría también ordenar el uso de un monitor de glucosa con sus aditivos en aquellos suscriptores que presenten predisposición clínica o un mayor numero de factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo I. En caso de que el glucómetro ordenado por el endocrinólogo sea de una marca particular, el mismo será cubierto cuando sea sometida una justificación para el uso de este. La bomba portátil de infusión de insulina para pacientes diabéticos, cubierta solo para pacientes menores de veintiún (21) años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo. 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 nivel de actividad física del paciente y el conocimiento del paciente y/o los cuidadores sobre la condición. La bomba portátil, deberá cumplir de conformidad con lo establecido por el *Centers for Medicare & Medicaid Services* y requiere preautorización. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

OTROS SERVICIOS

Polisomnografía/Estudios del Sueño

Está cubierto un (1) estudio por vida. "EL PLAN" pagará la tarifa establecida con las facilidades que proveen estos servicios y el suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Requiere preautorización.

Cuidado del Recién Nacido

Un recién nacido tendrá cubierta desde su nacimiento. Los siguientes beneficios serán cubiertos para un recién nacido y serán pagados bajo la misma base que cualquier otra hospitalización bajo este contrato. Los servicios serán cubiertos de acuerdo con las tarifas de "EL PLAN".

1) Uso de sala para recién nacidos ("Well baby nursery").
2) Cargos de enfermería rutinaria en el hospital
3) Atención médica en el hospital y Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.
4) Cernimiento Auditivo Neonatal Universal, el cual incluye evaluaciones audiológicas conforme a la Ley Núm.311 el 19 de diciembre de 2003.
5) Circuncisión

A la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) se les proveerá una cubierta mínima de 48 horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias en partos naturales sin complicaciones y, de 96 horas si requirió cesárea, según lo establecido en la Ley Núm. 248 del 15 de agosto de 1999, conocida como "Ley para Garantizar un Cuidado Adecuado para las Madres y su Recién Nacidos Durante el Período Postparto". El cuidado del niño(a) en el hospital estará cubierto durante la estadía de la madre en el hospital.

Cualquier decisión que tenga como efecto acortar el período de tiempo provisto en el párrafo anterior de este artículo tendrá que ser determinado por el proveedor asistente con el visto bueno de la paciente. Si la madre y el recién nacido son dados de alta en un período de tiempo menor al dispuesto en el párrafo anterior de esta sección, pero de conformidad con lo anterior, 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 cuido 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.
Esta cubierta aplica al suscriptor principal, su conyuge y su hija dependiente.

Ventilador Mecánico

La cubierta comprenderá de los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para suscriptores menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de éstos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante.

Cuidado Prenatal y Postnatal

Cubierto solo para el suscriptor principal, su esposa, cohabitante e hijas dependientes. El cuidado prenatal incluye entre otras cosas suplementos de ácido fólico prescrito por un Obstetra Ginecólogo y vitaminas prenatales. Los servicios de ginecología y obstetricia son con acceso directo, sin requerir referido o autorización previa del plan, siempre que ese médico sea parte de la red de proveedores contratados. Por otro lado, el cuidado postnatal incluye apoyo, asesoramiento por un proveedor adiestrado, acceso a equipos para la lactancia materna. La renta o compra de equipos de lactancia estarán cubiertos a través de equipo médico duradero y requiere preautorización, orden medica de un Obstetra Ginecólogo o Pediatra y estará cubierto al 100%.

Tratamiento para Autismo

Cubierto, sin limitarse a pruebas tales como, genética, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas, e incluirá las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente. A estos efectos, no se establecerán limitaciones en cuanto a la edad de los pacientes. Tampoco estará sujeto 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 según dispuesto en la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012. En adicion estará cubierto el tratamiento de oxigenación hiperbárica a suscriptores diagnosticados con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo medico o profesional de la salud certificado y ell tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato

Tratamiento para Sindrome de Down

Cubierto, sin limitarse a pruebas tales como, genética, 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, luego que la necesidad médica haya sido establecida por un médico licenciado según dispuesto en la Ley Núm. 97 de 15 de mayo de 2018, Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Pruebas moleculares y/o genéticas

Cubierto cuando sea requerido por ley local (Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (BIDA) para el tratamiento de persona con Austismo), (Ley Núm. 97 de 15 de mayo de 2018, Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down), federal (Women's Health and Cancer Rights Act del 1998), o requerido por el plan de beneficios esenciales de referencia de Puerto Rico ("Essential Health Benefit Benchmark Plan") que incluyen los servicios preventivos requeridos. Solamente cubierto en la red de proveedores participantes. Aplica coaseguro de pruebas moleculares y/o genéticas, excepto pruebas requeridas por ley como servicio preventivo. Requiere preautorización. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.

Pruebas de Cernimiento

Las pruebas de cernimiento requeridas serán cubiertas de acuerdo con la edad del niño, de acuerdo con los estándares actuales establecidos por el Departamento de Salud y de acuerdo con los estándares actuales del Título XIX del Programa de Medicare, Título V del Programa para Madres, Niños y Adolescentes y de la Academia Americana de Pediatría, según requerido por la Ley Núm. 296 del 1 de septiembre de 2000.

Serán cubiertas, además, las pruebas de cernimiento de: Cáncer, Presión Alta y Colesterol, Diabetes, Osteoporosis y Enfermedad de Transmisión Sexual, en conformidad con los artículos 2 y 3 de la Ley Núm. 218 de 30 de agosto de 2012.

Métodos Anticonceptivos

En conformidad con lo dispuesto "Final Rule Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Services under the Patient Protection and Affordable Care Act" publicado en la Parte II del Reglamento final interino del 15 de febrero de 2012 por el Departamento del Tesoro, del Trabajo y de Salud a partir del 1 de agosto de 2012, todas las mujeres tendrán acceso a todo método anticonceptivo aprobado por la Food and Drug Administration y recetado por un médico, procedimientos de esterilización y la educación del paciente y el asesoramiento, cubiertos al 100%. Los métodos anticonceptivos tales como aparatos intrauterinos, así como su inserción y remoción estarán cubiertos.

Servicio de Ambulancia Aérea

Servicios de Ambulancia Aérea en Puerto Rico: El servicio de ambulancia aérea estará cubierto dentro de los límites territoriales de Puerto Rico en casos de emergencia. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Servicios de Ambulancia terrestre

Servicios de Ambulancia terrestre estarán cubierto dentro de los límites territoriales de Puerto Rico en casos de emergencia. Aquellos solicitados a través de 9-1-1 serán cubiertos y pagados directamente al proveedor de servicios en Puerto Rico. Otros servicios de transportación de emergencias estarán cubiertos por reembolso hasta $80.00 por viaje. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

SECCION 2. SERVICIOS POR CONDICIONES MENTALES

“EL PLAN” cubrirá los servicios las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana.

Para recibir los servicios el suscriptor puede de manera opcional coordinar los servicios a través del Programa de Manejo de Condiciones. El suscriptor podrá registrar todo servicio con el propósito de facilitar el acceso inmediato a los servicios necesarios para su situación o condición a través de la línea telefónica de “EL PLAN” llamando al [(787)735-5001]. Esta coordinación se establece para facilitar el que el suscriptor reciba el servicio más adecuado en el nivel menos restrictivo posible como lo establece la Ley de Salud Mental de Puerto Rico. No existirá distinción entre un trastorno mental y cualquier otra condición médica en términos de acceso a servicios.

Una emergencia psiquiátrica se entiende como el cuadro clínico caracterizado por una alteración en el pensamiento, o en la percepción de la realidad, en los afectos y/o sentimientos o en sus acciones o conducta que requiere una intervención terapéutica inmediata, o de urgencia ante la intensidad de los síntomas y signos, y por presentar riesgo inmediato de daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. Toda emergencia psiquiátrica estará cubierta conforme a los términos y condiciones de este contrato, así como la transportación en un vehículo adecuado, incluyendo servicio de ambulancia terrestre certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, para ser trasladado a la instalación donde recibirá tratamiento. Esta transportación estará cubierta por reembolso hasta $80 por viaje. La transportación cubrirá desde donde se encuentre la persona que necesita el servicio y hasta cualquier otra institución proveedora de los servicios hospitalarios necesarios, según lo dispone la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008, La transportación en ambulancia deberá cumplir con los requisitos de la Ley Núm. 35 de 1994 y de la EMTALA.

Cuidado de Salud Mental incluye:

- Tratamiento a nivel ambulatorio incluye:
  - Visitas ilimitadas a Psiquiatras, psicólogos clínicos, conforme a la Ley Núm.408 del 2 de octubre del 2000 y la Ley Núm.148 del 9 de agosto de 2002. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.
  - Visitas Colaterales - El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.
  - Cuidado de Salud en el Hogar – sujeto a la necesidad médica, según definida en la PARTE I – DEFINICIONES de este contrato. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.
  - Facilidad de Tratamiento Residencial – Cubre tratamiento residencial para salud mental, drogadicción, salud mental y alcoholismo y desintoxicación con justificación médica y sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico y la facilidad tenga las acreditaciones requeridas.
  - Visitas de terapias de grupo – Las visitas de terapia de grupo (de pacientes) por condiciones mentales, incluyendo las visitas relacionadas a abuso de sustancias controladas. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.
  - Hospitalización Psiquiátrica Parcial. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Requiere preautorización.
- Tratamiento a nivel Hospitalario incluye:
  - Hospitalización Psiquiátrica Total. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato.
- Los servicios para detoxificación por abuso de sustancias controladas estarán cubiertos bajo este contrato tanto en hospitalización total como parcial. Dos (2) días de hospitalización parcial serán equivalentes a 1 día de hospitalización. El suscriptor será responsable de pagar la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

Los servicios de salud en psicología, pueden incluir, pero no se limitaran a prevención, descripción o diagnóstico del comportamiento, evaluación psicológica, intervención terapéutica con problemas psicológicos

de diversos niveles de severidad y consultoría concerniente al funcionamiento intelectual, emocional, conductual, interpersonal, familiar, social y ocupacional de individuos y grupos, según lo requiere el artículo 1 de la Ley Núm. 239 de 13 de septiembre de 2012 y estos servicios estarán sujetos a copagos relacionados.
Abuso de Sustancias Controladas incluye,

Gastos por servicios resultado de la administración de un programa de detección de drogas patronal están excluidos de esta cubierta. Luego de la participación de un suscriptor en cualquier tratamiento relacionado a un resultado positivo de un programa de detección de drogas patronal, este podrá ser elegible para tratamiento.

Estos servicios estarán cubiertos conforme a la Ley Núm.183 del 6 de agosto de 2008.

Uso y Dependencia al Tabaco y sus Derivados

En conformidad con los servicios preventivos recomendados por el USPSTF, se establece que "EL PLAN" como parte de esta cubierta, si media justificación médica, según los criterios establecidos en el Protocolo para Tratamiento al Uso y Dependencia al Tabaco y sus Derivados, cubrirá la prestación de estos servicios, incluyendo medicamentos a suscriptores que requieren tratamiento al uso y dependencia al tabaco y sus derivados. Este plan cubre al 100% 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.

SECCIÓN 3. BENEFICIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Los servicios cubiertos incluyen: cirugía por bypass gástrico, banda ajustable. Otras metodologías quirúrgicas como la cirugía de balón intragástrico están excluidas de este contrato. El beneficio de cirugía bariátrica requiere un período de espera de doce (12) meses a partir de la fecha de efectividad de este contrato, excepto en los casos para los cuales el cirujano bariátrico certifique basado en evidencia médica a "EL PLAN", que la vida o el bienestar del suscriptor está en riesgo. El suscriptor pagará la cantidad establecida en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato relacionados a hospitalización, visitas a médicos, pruebas de laboratorios y diagnosticas entre otros.

La cubierta está sujeta a la preautorización del procedimiento. Para comenzar el proceso de autorización el suscriptor deberá cumplir con las indicaciones mínimas, según se detallan a continuación:

- El plan de tratamiento debe ser aprobado por un médico especialista en medicina bariátrica o en cirugía bariátrica. El plan de tratamiento recogerá el compromiso escrito del paciente con el cumplimiento de su tratamiento, incluyendo el protocolo psicológico, y detallará los riesgos, complicaciones y beneficios de la cirugía bariátrica, así como los cambios a largo plazo en los estilos de vida que deberá efectuar el paciente
- Para la preautorización del servicio, el primer tratamiento para la obesidad mórbida debe ser dietético y cambio de estilos de vida. El médico deberá documentar el plan dietético anterior y las causas del fracaso del mismo. Además, deberá especificar si existen condiciones en el paciente que se agravan con la obesidad mórbida, como, por ejemplo: enfermedades cardiovasculares o cardiopulmonares, diabetes severa, artritis y apnea del sueño.

Esta cubierta cubrirá sólo una (1) cirugía de por vida en Puerto Rico y limitada a programas de cirugías bariátricas en acreditados por la Joint Commision, el American College of Surgeons o American Society for Metabolic and Bariatric Surgery.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva (comúnmente conocida como colgajos) no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso debido a que afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo en cuyo caso requiere preautorización.
2. Otras técnicas o metodologías de cirugía bariátrica como la cirugía de balón intragástrico, distintas a las incluidas explícitamente en la Sección 3 de la PARTE III – BENEFICIOS CUBIERTOS.
3. El beneficio de cirugía bariátrica está limitado a programas de cirugías bariátricas en acreditados por la Joint Commision, el American College of Surgeons o American Society for Metabolic and Bariatric Surgery.
4. Se excluyen de cubierta procedimientos y tratamientos de cirugía bariátrica fuera de Puerto Rico.
5. La cirugía bariátrica está limitada a una (1) por vida, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada.
6. Servicios de cirugía bariátrica sin preautorización de "EL PLAN" están excluidos del beneficio.

SECCION 4. SERVICIOS RECIBIDOS EN ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Servicios de sala de emergencias, recibidos en Estados Unidos de América y/o casos que requieran equipos, tratamientos y facilidades no disponibles en Puerto Rico necesarios tanto para el suscriptor como sus dependientes serán pagados a dichos proveedores a base de las tarifas usuales y acostumbradas en el área geográfica en donde el servicio fue provisto. Únicamente se cubrirán servicios en sala de emergencias en los Estados Unidos. Requieren preautorización los casos de equipos, tratamientos y facilidades no disponibles en Puerto Rico. Cualquier otro servicio en los Estados Unidos está excluido de esta cubierta. Servicios electivos que no sean emergencia están excluidos de esta cubierta.

En el caso de gastos por servicios de emergencias que se incurran como resultado de un accidente de tránsito mientras el suscriptor se encuentra viajando fuera de Puerto Rico, en caso de existir un pagador primario, el Plan asumirá la responsabilidad secundaria, según se define en la Cláusula de Coordinación de Beneficios (COB). Esto incluye servicios en sala de emergencias y cualquier otro servicio antes mencionado en esta sección.

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 de servicios que aplique según establecido en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

SECCION 5. SERVICIOS A OFRECERSE A BASE DE REEMBOLSO

1. Servicios de transportación de Ambulancia Puerto Rico que no sean emergencias: El servicio de ambulancia está cubierto excepto, aquellos relacionados a accidentes automovilísticos u ocupacionales. Estos servicios incluyen transportación entre instituciones y estarán cubiertos mediante reembolso al suscriptor. La cantidad máxima por viaje será de $80.00 por viaje. Suscriptores transportados desde la residencia o el lugar de la

emergencia al hospital o institución de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en ingles); o entre hospital y hospital o institución de enfermería especializada cuando la institución que transfiere o autoriza el alta no es la apropiada para los servicios cubiertos; o desde el hospital a la residencia para pacientes cuya condición de salud no permite el uso de otros medios de transportación; o entre instituciones proveedoras de cuidado de salud, incluyendo ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008, según enmendada. La solicitud de reembolso por el servicio incluye el certificado médico del transporte, el lugar de recogido y el destino; No estará cubierto en casos cubiertos por la Administración de Compensación de Accidentes de Automóviles (ACAA), la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) o cualquier otro seguro con responsabilidad primaria.

2. La visita al nutricionista estará cubierta por reembolso hasta $20.00 por visita limitado a cuatro (4) visitas por año contrato.

3. Servicios de Naturopatía estarán cubiertos cinco (5) visitas por año contrato solo a través de profesionales de la salud autorizados para proveer dichos servicios en Puerto Rico y por reembolso hasta $20.00 por visita.

SECCION 6. EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BÁSICA:

Los siguientes servicios no estarán cubiertos bajo este contrato:

1) Cualquier servicio que se preste mientras el contrato del suscriptor no esté vigente incluyendo servicios que no sean de emergencia durante el periodo de espera de 90 días en los casos que le aplique el mismo.
2) Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, Fondo del Seguro del Estado, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona cubierta no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos o que la persona obtenga o tenga derecho a obtener sin cargos o bajo cualquier plan de gobierno.
4) Anticonceptivos que no estén aprobados por la FDA. Además, no se cubrirán anticonceptivos aprobados por la FDA sin receta del médico.
5) Servicios de comodidad personal como teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia.
6) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina o dentistas o aquellos profesionales de la salud incluidos en este contrato.
7) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, prestados por médicos, hospitales, laboratorios, facilidades, farmacias, dentistas u otros proveedores de cualquier tipo no participantes de la red contratada por el Plan de Salud Menonita, excepto salas de emergencias, de acuerdo con lo descrito en la PARTE III – BENEFICIOS CUBIERTOS de este contrato.
8) Gastos por servicios de exámenes físicos para fines de certificación médica, empleo o algún otro propósito, excepto que de otro modo sean provistos por la Ley Núm. 296 del 1 de septiembre de 2000, tales como programas de evaluación de trastorno emocional, especificado en el Articulo 5 y el programa

de evaluación física de estudiantes, especificado en el Artículo 6 de dicha ley.

9) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, que no sea médicamente necesario, o servicios considerados como, experimentales o investigativos, según se define en la PARTE I – DEFINICIONES de este contrato. 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, "EL PLAN" 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.
10) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, para propósitos cosméticos, tratamientos o cuidados para corregir defectos de apariencia física, a no ser que sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por alguna enfermedad, lesión, accidente o cirugía para corregir anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido. También están excluidas cirugías orales de origen dental excepto aquellas resultantes de accidentes. Quedan excluidas Septoplastias excepto en caso de accidentes, blefaroplastias.
11) Mamoplastias excepto aquellas requeridas para pacientes luego de una mastectomía por cancer de seno. Tambien se excluyen alteraciones del seno para reducción o aumento de su tamaño.
12) Extracciones de uñas
13) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, por cirugías y tratamientos para corregir defectos de refracción visual tales como Queratotomía radial y/o Lasik entre otras.
14) Analgesia intravenosa y/o sedación administrada por inhalación en la oficina del médico o dentista
15) Aparatos ortopédicos u ortóticos, marcapasos (con o sin desfibrilador), desfibrilador, válvulas, STENT's, todo tipo de prótesis y/o incluyendo, pero no limitado a aquellas para la impotencia, implantes (excepto para el seno luego de una mastectomía como resultado de cáncer de seno), bandejas para cirugías ortopédicas y/o neurológicas.
16) Procedimientos de circuncisión excepto en recién nacidos.
17) Servicios y visitas de Odontología por profesionales que no sean médicos incluyendo enfermeras y asistentes de médicos.
18) Servicios de maternidad de madres sustitutas e hijos de hijos dependientes y sus servicios relacionados tales como hospitalarios, los servicios médico-quirúrgicos y todas las complicaciones asociadas con la maternidad, incluyendo, pero no limitado a, intervenciones quirúrgicas. También se excluye todo procedimiento cuyo propósito sea el restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear o por algún procedimiento que no cobija la condición de infertilidad, después que se usen para inducir el embarazo, como, por ejemplo, fertilización in vitro.
19) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales. Se estarán cubriendo pruebas de laboratorios ordenados para el tratamiento de infertilidad siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, los servicios médico–quirúrgicos y las complicaciones asociadas.
20) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, por tratamientos de acupuntura.
21) Cualquier gasto, incluyendo médico-hospitalarios, por servicios de medicina deportiva, musicoterapia, excepto lo especificado en la Ley Núm.220 de 4 de septiembre de 2012, "Ley para el Bienestar,

Integración y Desarrollo de las personas con Autismo" que incluye servicios de terapias necesarias para el desarrollo y aprendizaje, terapia ocupacional del habla y lenguaje, sicológicas, físicas, visuales y auditivas.

22) La rehabilitación cardiaca y "Multiphasic Screening", están excluidos.
23) Gastos de materiales relacionados al tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada), ya sea mediante la aplicación de aparatos prostéticos o de cualquier otro método para corregir la condición.
24) Cualquier gasto o servicio, incluyendo medico hospitalarios, ocasionado por guerra o conflicto internacional armado excepto, en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras el suscriptor estuvo activo en el ejército (Service Connected) en cuyo caso, el plan recobrara a la administración de veteranos.
25) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, por visitas a domicilio (excepto aquellas incluidas en este contrato bajo el servicio de cuidado de salud en el hogar), cuidado custodial, hospicio, y tratamientos en facilidades de casas de convalecencia, resultantes de la comisión de un delito o intento de perpetrar asalto o cualquier ofensa criminal, incumplimiento de leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquier otro país, por parte del suscriptor excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
26) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, por motivo de un aborto provocado y/o electivo, así como todos los gastos y complicaciones asociados.
27) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico hospitalario, prestado en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
28) Acondicionadores de aire, unidades de purificación de aire, almohadas humedecedoras antialérgicas, mantas, forros de colchones, elevadores, banquillos para escaleras, instrumentos para tomar la presión, estetoscopios, bandas elásticas, medias y cualquier otro artículo similar.
29) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios que resulten de exámenes premaritales, pruebas de paternidad y exámenes preventivos, excepto los especificados en el contrato.
30) Gastos por audífonos, excepto por los beneficios incluidos explícitamente como parte del Cuidado del Recién Nacido y las Pruebas de Cernimiento en la PARTE III – BENEFICIOS CUBIERTOS.
31) Vacunas del viajero
32) Servicios no solicitados por el suscriptor.
33) Lentes de contacto y monturas(espejuelos) para mayores de 21 años
34) Estudios de mielogramas
35) Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos tales como corazón, corazón y pulmón, riñón, hígado, páncreas, medula ósea y otros no incluidos en esta cubierta. Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante no incluido en esta cubierta. Solo estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyen en esta cubierta.
36) Reembolso de gastos ocasionados por pagos que una persona suscrita a esta cubierta le haga a cualquier médico o proveedor participante sin estar obligado por esta cubierta a hacerlos.
37) Gastos por servicios prestados por médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores no participantes en la red contratada por el PLAN, excepto salas de emergencias.
38) Tratamientos y cirugías para Glaucoma.
39) Servicios de "Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation (TENS).
40) Hiperalimentacion, alimentación enteral y servicios que sirven o actúan como suplementos nutricionales.
41) Gastos por inmunoterapia para alergias.
42) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios relacionado a rinoseptoplastía excepto en casos de accidente.

43) Hospitalizaciones para fines diagnósticos exclusivamente.
44) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios, prestados a un paciente no suscrito al PLAN.
45) Cualquier gasto o servicio, incluyendo médico-hospitalarios para el tratamiento de condiciones congénitas no incluidas en listado de servicios preventivos descritos en este contrato excepto, niños recién nacidos y niños recién adoptados o colocados para adopción conforme el Cap. 54 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.
46) Servicios de escalenotomia.
47) Servicios dentales tales como, ortodoncia, periodoncia, prótesis dentales y reconstrucción completa de la boca.
48) Escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente, servicios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares y otros similares).
49) Servicios de ambulancia marítima.
50) Las cirugías para la remoción de piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o bypass gástrico no estarán cubiertas, excepto si el medico certifica que es necesario remover la piel en exceso porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo en cuyo caso requiere preautorización.
51) Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales cuando estos sean requeridos para propósitos de empleos.
52) Servicios prestados y ordenados por familiares cercanos al paciente (padres, hijos, hermanos, etc.)
53) Diagnóstico, servicios, tratamientos, implantes y cirugías para corregir la disfunción eréctil y la condición de impotencia.
54) Cirugías para aumento o reducción del seno.
55) Cámara hiperbárica.
56) Maternidad delegada.
57) Medios de Contraste para MRI's, CT's
58) Quedan excluidos de cubierta los beneficios no expresamente incluidos como beneficios y/o servicios cubiertos, excepto según pueda ser requerido por disposición de la ley.

SECCIÓN 7. LIMITACIONES DE LA CUBIERTA

1) Gastos por servicios de pruebas diagnósticas especializadas tales como CT/PET Scans, están limitados cada uno a un (l) servicio de cada uno por suscriptor, por año contrato. Los Pet Scans requieren preautorización. En casos de condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, se cubrirá hasta 2 por persona suscrita por año contrato
2) Las pruebas de resonancia magnética (MRI) están limitadas a una (1) prueba por región anatómica por año contrato por suscriptor,
3) Prueba de polisomnografía está limitada a una (l) por vida, por suscriptor y requiere preautorización.
4) Sonograma pélvico estará limitado a dos (2) por embarazo.
5) Tratamientos y/o cirugías para adelgazar están excluidos, excepto la visita al nutricionista limitado a cuatro (4) visitas por año contrato.
6) La criocirugía del cuello uterino está limitada a un (1) procedimiento por año contrato, por suscriptor.
7) El examen de refracción estará limitado a uno (1) por año contrato, por suscriptor; aplica el copago indicado para estos servicios.
8) Las pruebas de alergias están limitadas a cincuenta (50) por año contrato. Las vacunas no están incluidas en esta cubierta.
9) Cuidado de salud en el hogar requiere preautorización y se cubrirán 40 visitas por año contrato, por suscriptor a terapias físicas, ocupacionales y del habla (habilitativa y rehabilitativa). Cubierto solo si se

comienza 14 días después de que el suscriptor es dado de alta de una hospitalización de al menos 3 días y si el servicio es provisto para la misma condición/diagnostico por la cual fue admitido el suscriptor. Servicios de enfermería y auxiliar de servicios de Salud en el hogar parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado de paciente están incluidos. Una visita por un empleado de la compañía de cuidado de salud en el hogar o 4 horas de servicio por un auxiliar se considerarán cada uno como una visita en el hogar. Estos servicios deberán ser supervisados por un médico licenciado y requieren preautorización.

10) Terapia física se cubrirán veinte (20) terapias o manipulaciones combinadas por año contrato. Servicios limitados a terapia física excepto aquellos cubiertos en cuidado del hogar.
11) Terapia respiratoria se cubrirán quince (15) tratamientos en la oficina del médico por año contrato.
12) Tratamiento quiropráctico se cubrirán veinte (20) terapias o manipulaciones combinados por año contrato por suscriptor. Los servicios estarán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes autorizados para proveer dichos servicios, de acuerdo con la enmienda a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de la Ley Núm.150 del 8 de agosto de 2006.
13) Timpanometría cubierta hasta 1 por año contrato.
14) Cateterismo cardiaco se cubrirán procedimientos y exámenes de diagnóstico cardiovasculares invasivos y no invasivos. Electromiogramas cubiertos 2 por año contrato por suscriptor.
15) Inyecciones intraarticulares estarán cubiertas hasta 12 inyecciones por año contrato; por suscriptor hasta un máximo de 2 por día.
16) Facilidades de enfermería diestra requiere preautorización y se cubrirán 120 días por año contrato, por suscriptor. Cubierto solo si se comienza 14 días después de que el suscriptor es dado de alta de una hospitalización de al menos 3 días y si el servicio es provisto para la misma condición/diagnostico por la cual fue admitido el suscriptor.
17) Servicios de naturopatía se cubrirán cinco (5) visitas por año contrato a un doctor en Naturopatía definido como profesional licenciado por la Junta Examinadora de Doctores en Naturopatía de Puerto Rico, según definido en la Ley Núm. 208 de 30 de diciembre de 1997, según enmendada, conocida como, Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Medicina Naturopatica en Puerto Rico y según lo establece la Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007. Los servicios estarán cubiertos solo a través de profesionales de la salud autorizados para proveer dichos servicios en Puerto Rico y por reembolso hasta $20.00 por visita.
18) Servicios de rehabilitación ambulatorios se cubrirán veinte (20) terapias o manipulaciones combinados por año contrato por suscriptor, de acuerdo con las tarifas establecidas.
19) Diálisis y hemodiálisis se cubrirán 90 días. Servicios relacionados a cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como también cualquier servicio por complicaciones que pudieran resultar y sus servicios medico hospitalarios, serán cubiertos por los primeros 90 días desde el primer día que el suscriptor es elegible para cubierta por primera vez y la fecha en que el suscriptor recibe la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicara a diálisis o hemodiálisis subsiguientes que estén relacionadas a la misma condición clínica.
20) Este plan cubre el despacho de medicamentos para la dependencia de tabaco aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA, por noventa (90) días consecutivos en un intento, y hasta un máximo de dos intentos para dejar de fumar por año.
21) Vacuna y "catch ups" para adultos recomendadas por el <u>Advisory Commitee Inmunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention</u>
    a. Hepatitis A y B
    b. Herpes Zoster
    c. Human Papillomavirus
    d. Influenza (Flu Shot)
    e. Sarampión, Paperas, Rubella

f. Meningococos
g. Pneumococos
h. Tétano, Difteria, Pertusis (Tos ferina)
i. Varicela

22) Vacunas, incluyendo los seguimientos "catch ups", para niños y adolescentes (inmunizaciones) estarán cubiertas hasta los 21 años de edad, en las dosis correspondientes de acuerdo con la edad, el sexo y la condición de salud y con las políticas establecidas por "EL PLAN" para estos servicios. Las vacunas cubiertas son:
   a. Hepatitis B (Hep B)
   b. Difteria, Tétano, Pertusis (Tos Ferina) (DTaP)
   c. Tétano, Difteria, Pertusis (Tos Ferina) (Tdap)
   d. Inactivated Poliovirus (IPV)
   e. Haemophilus Influenzae, Tipo b (Hib)
   f. Pneumococo (PCV) y (PPV) (conocida como la vacuna Prevnar)
   g. Influenza (FLU)
   h. Sarampión, Papera, Rubeola (MMR por sus siglas en ingles)
   i. Varicela (Var)
   j. Hepatitis A (Hep A)
   k. Meningitis
   l. Meningococo (MCV) y (MPS)
   m. Human Papiloma Virus (HPV) – Esta vacuna estará cubierta en varones y feminas comenzando a la edad de 9 años con historial de abuso o asalto sexual que no han comenzado o completado la serie de 3 dosis. Féminas y varones víctimas de abuso o asalto sexual deberán recibir esta vacuna a través de las edades recomendadas de no haberse vacunado antes de acuerdo con lo recomendado por el "Advisory Committee on Inmunization Practices".
   n. Rotavirus (ROTA por sus siglas en inglés)

Se establece que, con respecto a los infantes, niños, adolescentes hasta los 21 años y adultos estarán cubiertas, sin costo adicional ni copago algunos, las inmunizaciones recomendadas por el Advisory Commitee Inmunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention", en conformidad con el Artículo 6(g) de la Ley Núm.161 de 1 de noviembre de 2010.

Vacuna Contra el Virus Sincitial Respiratorio (RSV por sus siglas en inglés) (conocida como la vacuna Synagis) estará cubierta en las dosis, de acuerdo con la edad y la condición de salud del suscriptor y con la Ley Núm. 165 de 30 de agosto de 2006. Se requiere que la persona coordine previamente este servicio con el Departamento de preautorización de "EL PLAN". El suscriptor pagará de acuerdo con lo establecido en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES que se presenta en este contrato. Las inmunizaciones para adultos se limitarán a aquellas recomendadas por el "Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention".

Otros Beneficios incluidos en el contrato y no especificados en esta sección estarán cubiertos hasta el máximo establecido en el contrato. Favor ver la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES.

SECCION 8. BENEFICIO DE FARMACIA

DESPACHO DE FARMACIA

El beneficio de medicinas incluye los siguientes límites por despacho:

1- Despacho de $0-$1,000 aplicara copagos y coaseguros descritos en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES en este contrato.
2- Todo despacho de medicamentos de $1,001 en adelante le aplicara copago de 60% según descrito en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES en este contrato.
3- Medicamentos para condiciones agudas; hasta un máximo de 15 días; 0 repeticiones
4- Medicamentos de Mantenimiento hasta 30 días y 5 repeticiones
5- Medicamentos relacionados a condiciones de salud mentales no están limitados a ser prescritos por psiquiatras o neurólogos.

Los medicamentos recetados estarán sujetos a los copagos y/o coaseguros en la PARTE IV, ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES en este contrato. Algunos medicamentos podrían requerir preautorización, límites de cantidad (QL), límites de edad (AL) y/o terapia escalonada.
En el evento de disponibilidad de genérico de algún medicamento de marca, el mismo será siempre primera opción.

Exclusiones y Limitaciones de la cubierta de farmacia

1) Gastos o cargos que están expresamente excluidos en la Sección de Exclusiones de Cubierta Básica en la PARTE III, BENEFICIOS CUBIERTOS.
2) Despacho de medicamentos de marca con genéricos disponibles se le aplicara el coaseguro de marca establecido en esta cubierta más la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca.
3) Productos utilizados con fines diagnósticos.
4) Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de ley.
5) Están excluidos Drogas o medicamentos que no requieren una receta del médico, tales como los medicamentos “Over the Counter”.
6) Agentes inmunizadores están excluidos excepto, las vacunas incluidas en esta cubierta.
7) Están excluidos la sangre, sueros biológicos, plasma sanguíneo, cosméticos, artículos de belleza o salud.
8) Para los medicamentos que se especifican a continuación se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito que no excedan de treinta (30) días de tratamiento cada una, por un periodo máximo de tres (3) repeticiones y se garantizaran hasta ciento veinte (120) días de tratamiento a partir de la fecha de la receta original incluyendo la original.
    a. Medicamentos para la diabetes
    b. Medicamentos para el asma
    c. Vitaminas prenatales para las personas con cubierta de maternidad
    d. Medicamentos para el Parkinson
    e. Vasodilatadores
    f. Anticonvulsivos
    g. Medicamentos para el tratamiento de condición de tiroides

h. Nitroglicerina
i. Medicamentos para condiciones cardiovasculares

9) Artefactos o artículos terapéuticos, incluyendo agujas hipodérmicas, jeringuillas y vestimenta quedan excluidos.
10) Drogas recetadas que pueden ser obtenidas sin costo bajo programas locales, estatales o federales.
11) Cualquier cargo por la administración de drogas recetadas o insulina inyectable.
12) 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.
13) Repeticiones de una receta que excedan la cantidad especificada en este contrato.
14) 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 originalmente por el médico, conforme a la Ley Núm. 282 del 15 de mayo de 1945, según enmendada.
15) Medicamentos de infertilidad o fertilidad u hormonas de crecimiento.
16) Cualquier cantidad de drogas o medicamentos despachados que excedan la cantidad indicada para despacho.
17) 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 pagarán 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.
18) Esteroides anabólicos.
19) Suplementos alimenticios, vitaminas y minerales, excepto vitamina D, el ácido fólico y suplementos de hierro para niños que estará cubierto como parte de los servicios preventivos conforme lo requiere la regulación "Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Service under the Patient Protection and Affordable Care Act".
20) Medicamentos despachados por farmacias no participantes de la red.
21) 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.
22) Inmunosupresores
23) Servicios después de expirada su cubierta
24) Anoréxicos
25) Despacho de medicamentos para un periodo mayor de 30 días.
26) Cualquier porción de un medicamento de especialidad o medicamento inyectable autoadministrado, recibido por una farmacia al detal o una farmacia especializada que exceda un suplido para 30 días.
27) Repeticiones de recetas:
    a. En exceso de la cantidad especificada por el médico; o

b. Despachadas más de un año después de la fecha de la orden original.

28) Medicamentos despachados por correo.
29) Pediculicidas.
30) Medicamentos prescritos por el padre, madre, hermanos(as), hijos(as), primos(as), tíos(as), abuelos(as) y cónyuges o cohabitantes del suscriptor.
31) Medicamentos para el acné
32) Minoxidil en todas sus formas
33) Medios de contraste para MRI's, CT's
34) Medicamentos para el tratamiento de enfermedades o condiciones no contempladas en este contrato.
35) Vacunas, excepto aquellas cubiertas bajo la Sección 7-Limitaciones de la Cubierta, en la PARTE III, Beneficios Cubiertos serán cubiertas.
36) Toxoides, sangre o sueros biológicos no serán cubiertos.
37) Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos que no estén incluidos en la cubierta de trasplante.
38) Cualquier receta o repetición de receta por medicamentos que hayan sido perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados.
39) Cualquier medicamento para el cual se requiere una autorización previa, que no haya sido obtenida.
40) Anticonceptivos que no sean aprobados por la FDA. Además, no se cubrirán anticonceptivos aprobados por la FDA sin receta del médico.

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

SECCION 9. BENEFICIOS DENTALES

El beneficio dental incluye los siguientes límites de servicio:

1- $0-$1,000 donde aplicaran los copagos y coaseguros establecidos en la parte IV-ACCESO A LOS SERVICIOS/TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES
2- Todo servicio de $1,001 en adelante le aplicara coaseguro de 60%

Los cargos incurridos por servicios dentales elegibles serán pagados de acuerdo con las tarifas establecidas por "EL PLAN" para dichos servicios. Los servicios cubiertos serán los siguientes:

CATEGORIAS DE SERVICIO

Preventivo (sin coaseguro)

1. Evaluación Oral y Limpieza oral en adultos y niños 2 por año cada seis (6) meses.
2. Aplicación de fluoruro cada seis (6) meses hasta la edad de diecinueve (19) años inclusive.
3. Radiografías de mordida y periapicales no más de un set cada 3 años.

Exclusiones de la Cubierta Dental:

Los siguientes cargos no son gastos dentales elegibles:

1) Cargos excluidos por las Secciones 6 y 7 de este contrato, Exclusiones de la Cubierta Básica y de Limitaciones de la Cubierta respectivamente.
2) Cargos por servicios Restaurativos, de Endodoncia, Periodoncia, Ortodoncia, Prótesis Removible, Prótesis Fija y Cirugía Oral.
3) Cargos incurridos por educación o adiestramiento en nutrición, limpieza oral y control de placa dental.
4) Cargos incurridos por tratamientos dentales que no son aprobados por la Asociación Dental Americana o que son de naturaleza experimental.
5) Cargos incurridos en el curso de un tratamiento dental o de ortodoncia iniciado antes de que la persona estuviera suscrita para este beneficio. Esto incluye cargos por cualquier corona, prótesis para sustituir piezas naturales, puente o dentadura postiza ordenada antes de que la persona estuviera suscrita bajo este beneficio.
6) Cargos incurridos por una cita que el suscriptor no pudo cumplir.
7) Cargos incurridos por la reparación o reemplazo de un artefacto ortodóntico.
8) Cargos por materiales incurridos para el tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporomandibular.
9) Cargos incurridos para corregir la oclusión.
10) Sustitución de puentes removibles por puentes fijos por razones de alergia.
11) Servicios comenzados antes del paciente tener la cubierta.
12) Cargos por anestesia general, excepto que se proveerá cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios dentales en el contrato para los siguientes casos;
    a. cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica;
    b. cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;
    c. cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;
    d. cuando la anestesia local será inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;
    e. cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;
    f. cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o seria inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.
    g. Un preautorización 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:
        i. el diagnóstico del paciente;
        ii. la condición médica del paciente, y

iii. las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental de acuerdo con lo dispuesto en Artículo 1 de la Ley Núm. 352 del año 1999

13) Cargos por tratamientos cosméticos.
14) Cargos incurridos por cualquier lesión o enfermedad para la cual el suscriptor tiene derecho a los beneficios bajo la Ley de Compensación al Trabajador o Ley de Enfermedad Ocupacional, o recibe algún estipendio por parte de un Agente de Compensación del Trabajador, tales como: Servicios compensados por algún programa del Gobierno Federal o Estatal (Veterano, ACAA, Fondo del Seguro del Estado, etc.).
15) Cargos por manejo del paciente.
16) Cargos por servicios o materiales que el paciente no esté obligado a pagar.
17) Cargos para corregir anomalías congénitas excepto los recién nacidos y niños recién adoptados o colocados para adopción conforme el Cap. 54 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.
18) Cargos por tratamientos para rehabilitación oral o el reemplazo de los mismos.
19) Servicios de implantes.
20) Escisión de quistes maxilares mandibulares
21) Cualquier otro cargo no incluido en los beneficios de este contrato y que no está protegido por disposiciones legales locales o federales.
22) Mantenedores de espacio.

SECCION 10. BENEFICIO DE TRANSPLANTE DE ORGANOS

El Plan cubrirá al 100% los gastos relacionados a trasplantes de órganos y tejidos que se detallan a continuación, cuando éstos sean médicamente necesarios y médicamente apropiados para la condición del paciente. El pago de beneficios bajo esta cubierta de trasplante está sujeto a todos los términos y condiciones establecidos a continuación, incluyendo la evaluación del paciente y que sean previamente coordinados y preautorizados con "El PLAN".

Límites de esta cubierta:
Cubierto al 100% del monto total del gasto por persona cubierta, por trasplante, por año contrato.

Trasplantes Cubiertos y Otros Servicios Relacionados

1- piel, huesos y córnea

Gastos Médicos cubiertos en este contrato:

1) los gastos directamente relacionados con el procedimiento del suscriptor; Incluye la evaluación antes del cuidado de la cirugía, trasplante, cuidado postcirugía y fármacos inmunosupresores.
2) los costos y servicios proporcionados o relacionados con la recolección, almacenamiento y transporte de piel, huesos y córnea para su uso en un trasplante.
3) Con respecto a los trasplantes cubiertos de piel, huesos y córnea, se cubrirán los siguientes servicios:
   a. Alojamiento y alimentación en el hospital, servicios generales de enfermería y servicios y suministros que son médicamente necesarios y no están incluidos en los cargos por habitación y comida;
   b. Servicios médicos para tratamiento y cirugía en un procedimiento de trasplante cubierto;

c. Gastos de transporte y servicios médicos a un donante vivo para la remoción de un órgano para trasplantarlo al suscriptor, hasta un máximo de $ 20,000. Los beneficios para estos servicios se calculan después de los beneficios para el suscriptor. Los beneficios combinados para el donante y el suscriptor no excederán el máximo especificado en esta cubierta;

d. Costos razonables y necesarios incurridos por el suscriptor para el transporte y acompañamiento en el viaje hacia y desde el lugar de la cirugía para el procedimiento de trasplante de piel, huesos y córnea. El beneficio máximo para un acompañante será de $5,000. Si el destinatario es menor de edad, se cubrirán los gastos de transporte de dos (2) acompañantes. En ese caso, el beneficio máximo será de $ 10,000 (un máximo de $ 5,000 por acompañante). Los gastos de transporte incluyen la clase turista de ida y vuelta, los costos del hotel y las comidas.

e. Servicios por una enfermera registrada privada (RN) o una enfermera licenciada del profesional (LPN o TPN), cuando es recomendada por un médico. La enfermera no puede ser un miembro de la familia del paciente o vivir en la casa de este. En el hospital, los servicios de una enfermera privada están cubiertos sólo si el personal hospitalario regular no puede proporcionar la atención necesaria debido a la naturaleza de la condición del paciente;

f. Costo de alquiler de sillas de ruedas, cama de hospital especial y equipo mecánico para el tratamiento de la parálisis respiratoria, siempre que se utilicen fuera del hospital o en el domicilio del suscriptor, pero sin exceder el precio de compra de dicho equipo;

g. Medicamentos recetados por un médico, incluyendo inmunosupresores; oxígeno; radiografías, pruebas de laboratorio y otros servicios de diagnóstico;

h. Terapia de rehabilitación, consistente en: terapia del habla; terapia auditiva; terapia de la visión; fisioterapia;

i. Vendajes y suministros quirúrgicos;

j. Segunda opinión. Esta segunda opinión debe ser proporcionada por un médico que no está asociado de ninguna manera con el médico que originalmente recomendó el procedimiento de trasplante de piel, huesos y córnea; y

k. Servicio de ambulancia aérea para transportar a una persona cubierta a una institución de trasplante que sea participante.

4) Gastos relacionados con el Cuidado de Custodia.

Orden de beneficios pagados:
En el caso de personas cubiertas que bajo el plan sean a su vez elegibles para, o están cubiertas bajo cualquier otro plan gubernamental, privado, de asociación o individual, que provea cubierta de trasplante de órganos, la cobertura de Trasplante de Órganos, que está sujeta a este contrato se considerara secundaria.

Pago de beneficios:
Para recibir beneficios, deben cumplirse las siguientes condiciones:

a. La Preautorización debe ser obtenida del PLAN
b. EL PLAN debe aprobar el tratamiento y el hospital en que se llevará a cabo el trasplante.

c. El tratamiento y/o servicios deben ser proporcionados en un hospital reconocido y aprobado en los Estados Unidos continentales, y/o Puerto Rico.

Inmunosupresor:
Los gastos relacionados con medicamentos médicamente necesarios identificados como inmunosupresores, incurridos durante el contrato, están cubiertos como gastos médicos. Cualquier gasto incurrido después del final del contrato, será cubierto bajo el siguiente año del contrato, si es renovado. Esto se aplica a todos los beneficios de trasplante de órganos.

Trasplantes:
El Plan designará, una empresa de servicios que se encargará de la gestión y coordinación de todos los servicios y procedimientos relacionados con el trasplante y de proporcionar acceso a los hospitales miembros de la red de proveedores.

Las reclamaciones por servicios, tratamiento o procedimientos proporcionados o como resultado de un trasplante estarán cubiertas bajo este Contrato solamente si todos los servicios y procedimientos relacionados con el trasplante son administrados y coordinados por el proveedor y están dentro de los términos del Contrato.

TÉRMINOS Y CONDICIONES
CARGOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:

Con respecto a las reclamaciones presentadas bajo las cubiertas de plan médico incluidas en este contrato, el suscriptor será responsable de gastos o porciones de un gasto que exceda los límites del Cargo razonable y acostumbrado por un tratamiento, servicio, o el suministro en el área geográfica donde se ofreció el servicio.

Cargo razonable y acostumbrado significa el cargo hecho por un proveedor que no excede el cargo usual hecho por la mayoría de los proveedores similares por el mismo o similar procedimiento o servicios proporcionados a personas cuyas lesiones o enfermedades son comparables en naturaleza y gravedad, y que residen en la misma zona geográfica en la que se prestó el servicio.

Si fuera necesario, la determinación de lo que puede considerarse un Cargo Razonable y Acostumbrado será realizada por un médico debidamente calificado e independiente o por una organización o firma de servicios de revisión médica nombrada por El Plan. Para llegar a tal determinación, factores como la complejidad; Grado de habilidad necesario; Tipo de especialista requerido; Y las cargas vigentes en otras áreas serán consideradas.

El término "área" o "área geográfica" significa una ciudad o cualquier otra área que se debe tomar en consideración para obtener una representación de instituciones o tratamientos similares para establecer lo que es una Cargo Razonable y Acostumbrado por un tratamiento, servicio o suministro.

EXCLUSIONES:

1. Cualquier reclamación o gasto incurrido antes de la fecha de vigencia de esta cubierta de trasplante;
2. Cualquier exclusión expresamente incluida en este contrato;
3. Cualquier cargo (o parte de un cargo) que exceda los Gastos Razonables y Acostumbrados por cualquier tratamiento, servicio o suministro pagado o pagadero este contrato;

4. Cualquier reclamación o gasto que surja de, u ocasionado por la guerra, rebelión, revolución y otros eventos o incidentes similares;
5. Cualquier reclamación o gasto derivado de la contaminación por radiactividad u ocasionado por dicha contaminación;
6. Cualquier reclamación o gastos de trasplantes no incluidos en esta cubierta;
7. Cualquier reclamación o cualquier gasto relacionado directa o indirectamente con un reclamo por el cual se pague o paguen beneficios de cualquier tipo en virtud de cualquier legislación sobre accidentes del trabajo y / o enfermedades, o bajo cualquier otra legislación o política laboral o gubernamental vigente en el país o jurisdicción donde se incurrieron los gastos;
8. Toda reclamación o gasto contraído por tratamientos, servicios o suministros prestados: (1) en países fuera del territorio de Estados Unidos de América; O (2) por o en beneficio de personas y/o empresas sujetas a restricciones comerciales, sanciones económicas o políticas y/o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos o por cualquiera de sus agencias e instrumentalidades;
9. Cualquier reclamación, cargo o gasto por tratamientos considerados de naturaleza experimental;
10. Cualquier reclamación o gasto relacionado con un servicio que no ha sido ordenado por un médico;
11. Cualquier reclamación o gasto que la Persona Cubierta no estaría legalmente obligada a pagar si la cobertura bajo la cubierta no hubiera estado establecida;
12. Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo;
13. Cualquier reclamo o gasto relacionado con el Cuidado de Custodia si excede el máximo de $ 10,000;
14. Cualquier reclamación o gasto relacionado con el trasplante de cualquier órgano o tejido que no sea humano;
15. Cualquier reclamación o gasto relacionado con un servicio prestado por una institución médica o médico fuera de los Estados Unidos de América y Puerto Rico;
16. Cualquier reclamación o gasto que sea elegible para pago en cualquier fondo de investigación privado o público, independientemente de que se haya solicitado o recibido dicho fondo;
17. Cualquier reclamación o gasto relacionado con complicaciones resultantes de un Procedimiento deTrasplante Cubierto;
18. Cualquier reclamación o gasto relacionado con un Procedimiento de Trasplante Cubierto si no está preautorizado por la Compañía;
19. Cualquier reclamación o gasto relacionado con un trasplante que implique dispositivos artificiales o mecánicos diseñados para reemplazar órganos de forma permanente o temporal;
20. Cualquier reclamación o gasto relacionado con lesiones personales como resultado de intoxicación causada por alcohol, drogas o sustancias tóxicas, excepto cuando tal intoxicación sea involuntaria o no intencional;
21. Cualquier reclamación o gasto relacionado con un trasplante en pacientes con cáncer, excepto los trasplantes de médula ósea;
22. Cualquier reclamo o gasto relacionado con un servicio, incluso si no está relacionado con el beneficio de trasplante si está limitado o excluido en esta cubierta.
23. Cualquier reclamación o gasto relacionado con las exclusiones contenidas en esta cubierta;
24. Cualquier reclamación o gasto relacionado directa o indirectamente con una reclamación, cuyo beneficio debe pagarse en virtud de cualquier legislación sobre accidentes de trabajo y / o enfermedad, en virtud de cualquier ley o reglamentación relacionada con el trabajo o política vigente en el país o jurisdicción donde los gastos son incurridos.

25. Toda reclamación o gasto relacionado con un tratamiento, servicio o procedimiento considerado de naturaleza experimental o de investigación. Experimental, de investigación o electiva, ya que se refiere a un trasplante, procedimientos médicos o quirúrgicos, tratamiento, programa de tratamiento, equipo, medicamento o medicina significa:
    a. No ha sido ampliamente aceptado como completamente seguro, eficaz o apropiado para el tratamiento de una enfermedad o lesión por consenso de organizaciones profesionales reconocidas por la comunidad médica internacional.
    b. Bajo investigaciones o estudios limitados.
    c. Restringido en su uso a esfuerzos clínicos disciplinados y/o estudios científicos.
    d. No objetivamente demostrado tener valor terapéutico o beneficio.
    e. Médicamente cuestionable para la eficacia; y
    f. Está bajo estudio, investigación sobre libertad condicional o en alguna fase de pruebas clínicas (incluido el protocolo de investigación).
26. Cualquier reclamación o gasto que exceda el límite de los cargos razonables y acostumbrados;
27. Cualquier reclamación o gasto relacionado con cualquier lesión o enfermedad resultante de cometer o intentar cometer una agresión o crimen o combate o acto de agresión, insurrección, rebelión o participación en un motín; Por el suscriptor; Excepto en casos de violencia doméstica o condición médica;
28. Cualquier reclamación o gasto relacionado con la atención o tratamiento proporcionado por un miembro de la familia inmediata del Participante (padre, madre, hijo, cónyuge);
29. Cualquier reclamación, gasto o cargo incurrido como resultado de una enfermedad o un accidente autoinfligido;
30. Cualquier reclamación o gasto relacionado con medicamentos prescritos o no por un médico para uso ambulatorio, excepto los indicados en esta cubierta; y
31. Cualquier reclamación o gasto relacionado con accidentes automovilísticos y servicios disponibles bajo la ley estatal o federal, para los cuales el suscriptor no está legalmente obligado a pagar. Los costos y servicios excluidos también incluyen los servicios que han sido negados por las agencias gubernamentales debido a la violación y / o violación de la ley estatal o federal, incluso si tal violación no es un crimen.

PARTE IV-ACCESO A LOS SERVICIOS / TABLAS DE COPAGOS, COASEGUROS Y PREAUTORIZACIONES

Su nuevo Plan de Salud del Plan de Salud Menonita, Inc. ("EL PLAN") está diseñado para proveerle libre selección a médicos, facilidades y especialistas, a través de la Red PPO. El *Prefered Provider Organization* o PPO, es un modelo de prestación de servicios de salud que consiste en un grupo de hospitales, médicos y otros proveedores quienes contratan con una organización para proveer servicios de cuidado médico a los suscriptores.

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 PPO. Usted tiene acceso directo y con libre selección, tanto a su médico personal como a su especialista o subespecialista. Para confirmar que usted recibe los beneficios de su cubierta de salud debe visitar a un proveedor de servicios dentro de la Red PPO de "EL PLAN".

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS

Tipo de Beneficios	Nivel de Beneficio
Desembolso Máximo de Beneficios Esenciales $6,350 individual y $12,700 Familia	
Servicios Hospitalarios	
Hospital - "EL PLAN" pagará las tarifas negociadas por "EL PLAN" para cama y habitación, Medico, dietas especiales, suministros y medicamentos, cuidado de enfermería y otros profesionales aliados a la salud, laboratorios clínicos, pruebas radiológicas, cuarto y comida, cuando el suscriptor sea hospitalizado en una habitación semiprivada. Este será cubierto 365 días al año, por año contrato. En caso de que el suscriptor seleccione una habitación privada, este vendrá obligado a cubrir la diferencia entre el costo de la habitación semi privada y la privada. Ningún suscriptor bajo este contrato, que se hospitalice en una habitación privada del hospital, está obligado a pagar cantidad alguna a un médico participante por los servicios cubiertos por este contrato que el médico le preste durante la hospitalización. En estos casos, el pago de honorarios médicos lo efectuará El Plan directamente a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos. La habitación privada estará cubierta en caso de necesidad médica o aislamiento. Hospitalizaciones por servicios o procedimientos que pueden ser realizados en la oficina del médico o en facilidades no hospitalarias están excluidas de esta cubierta. Se cubrirán servicios en Unidades de Cuidado Intensivo y Unidades Especializadas dentro del hospital, según sean requeridos por la necesidad médica presentada. Los siguientes beneficios serán cubiertos para un recién nacido del suscriptor principal, su conyuge y su hija dependiente y serán pagados bajo la misma base que cualquier otra hospitalización bajo este contrato. Los servicios serán	Copago de $0 en Hospitales Menonita y copago de $250 fuera de los Hospitales Menonita.

cubiertos de acuerdo con las tarifas de "EL PLAN". 1) Uso de sala para recién nacidos ("Well baby nursery"). 2) Cargos de enfermería rutinaria en el hospital 3) Atención médica en el hospital y Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. 4) Cernimiento Auditivo Neonatal Universal, el cual incluye evaluaciones audiológicas conforme a la Ley Núm.311 el 19 de diciembre de 2003. 5) Circunsición	
Asistente Quirúrgico	"EL PLAN" cubrirá el 50% de la tarifa establecida para la cirugía por los servicios del asistente cirujano en aquellas cirugías determinadas por "EL PLAN". El suscriptor será responsable de pagar el 50% restante
Diálisis y Hemodiálisis	Cubierto al 100% Limitado a 90 días por año contrato y facilidades contratadas
Hospitalización Total Psiquiátrica	Copago de $0 en Hospitales Menonita y copago de $250 fuera de los Hospitales Menonita.
Hospitalización para Abuso de Sustancias incluyendo tratamiento residencial y détox.	Copago de $0 en Hospitales Menonita y copago de $250 fuera de los Hospitales Menonita.
Hospitalización Parcial Psiquiátrica	Copago de $150 Requiere preautorización
Cirugía Ambulatoria (Hospital y Otras Facilidades de cirugía ambulatoria)	Copago de $0 en Hospitales Menonita y copago de $250 fuera de los Hospitales Menonita.
Sala de Emergencias y/o Urgencias	Copago de $75 En las salas de emergencias del Sistema de Salud Menonita aplica copago de $0
Servicios de Emergencias en Estados Unidos Y Tratamiento, equipo y facilidades no disponibles en Puerto Rico	Coaseguro de 20% 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 tratamiento, equipo y facilidades no disponibles en Puerto Rico requiere preautorización.

Servicio Hospitalario de Quimioterapia, Radioterapia y Cobalto (incluye quimioterapia oral, inyectable, intravenosa o intratecal)	Coaseguro de 50%
Procedimientos de Diagnósticos y Servicios Profesionales	
Laboratorio y Rayos X	Coaseguro de 0% en Hospitales Menonita y coaseguro de 50% fuera de Hospitales Menonita
Pruebas moleculares y/o genéticas	Coaseguro de 50% Cubierto cuando sea requerido por ley local (Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (BIDA) para el tratamiento de persona con Austismo), (Ley Núm. 97 de 15 de mayo de 2018, Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down), federal (Women's Health and Cancer Rights Act del 1998), o requerido por el plan de beneficios esenciales de referencia de Puerto Rico ("Essential Health Benefit Benchmark Plan") que incluyen los servicios preventivos requeridos. Solamente cubierto en la red de proveedores participantes. Aplica coaseguro de pruebas moleculares y/o genéticas, excepto pruebas requeridas por ley como servicio preventivo. Requiere preautorización. Estas pruebas solo serán cubiertas cuando estén referidas por las siguientes especialidades: • Oncólogo • Hematólogo oncólogo • Urólogo • Geneticista • Ginecólogos • Gastroenterólogo
Medicina Nuclear	Coaseguro de 50%
Tomografía Computadorizada (CT Scan)	Coaseguro de 50%
SPECT	Coaseguro de 50% Requiere preautorización
Sonogramas	Coaseguro de 0% en Hospitales Menonita y coaseguro de 50% fuera de Hospitales Menonita.
Resonancia Magnética (MRI o MRA)	Coaseguro de 50% Limitadas a 1 por región anatómica por año contrato MRA's no tienen limitación en frecuencia
Pruebas Diagnósticas Especializadas (incluye PET Scan y PET CT)	Coaseguro de 50% Requiere preautorización
Mamografías no preventivas, digitales o de	Coaseguro de 50%

resonancia magnética y sonomamografias	
Cateterismo Cardíaco	Coaseguro de 50%
Criocirugía	Coaseguro de 50% limitada a un (1) procedimiento por año contrato
Perfil Biofísico	Coaseguro de 50% 1 procedimiento por embarazo
Pruebas Neurológicas incluyendo electroencefalogramas (EEG)	Coaseguro de 50% NCV cubierto hasta 2 por año contrato
Pruebas de diagnóstico Cardiovasculares invasivas o no invasivas	Coaseguro de 50%
Diálisis y Hemodiálisis	Coaseguro de 50%
Estudios periferovasculares no invasivos	Coaseguro de 50%
Densitometría Ósea No preventiva	Coaseguro de 50%
Procedimientos endoscópicos (en la oficina del médico subespecialista)	Coaseguro de 50% Aplica copago para el médico subespecialista Endoscopias virtuales requieren preautorización
"Servicios preventivos requeridos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) y según detallados, recomendados y establecidos por el United States Preventive Services Task Force. Se cubrirá como parte de su cubierta básica los siguientes servicios de cuidado preventivo con $0 copago ó 0% de coaseguro: **Se cubrirá las siguientes pruebas para adultos:** ✓ evaluación para cernimiento de aneurisma aortica abdominal (AAA) por ultrasonografía en hombres de 65 a 75 años que nunca hayan fumado. ✓ Cernimiento de adultos mayores de 18 años de edad por mal uso de alcohol y consejería para aquellos expuestos a consumo de alto riesgo y peligroso para que reduzcan el uso de alcohol. ✓ Uso de aspirina en dosis baja para prevención primaria de enfermedad cardiovascular y cáncer colorrectal en adultos entre las edades de 50 a 59 años con un 10% o más de riesgo cardiovascular, que no están en riesgo de	Cubiertos al 100%

sangrado, con expectativa de vida de al menos 10 años y que están dispuestos a tomar aspirina en baja dosis diariamente por al menos 10 años. ✓ Cernimiento de Cáncer colorectal usando pruebas de sangre oculta en excreta, sigmoidoscopias o colonoscopias en adultos para adultos comenzando a la edad de 50 años hasta 75 años. ✓ Cernimiento de depresión en la población general adulta, incluyendo mujeres embarazadas y postparto. El cernimiento debe ser implementado con sistemas adecuados para asegurar diagnosticos certeros, tratamiento efectivo y seguimiento apropiado. ✓ Cernimiento niveles anormales de glucosa en sangre como parte del riesgo cardiovascular en adultos entre las edades de 40 a 70 años de edad obesos o en sobrepeso. El medico deberá recomendar o referir a los pacientes con niveles anormales de glucosa a intervenciones intensivas de conducta para promover una dieta saludable y actividad física. ✓ El USPSTF recomienda el uso de vitamina D para prevención de caídas en adultos mayores de 65 años de edad que están a riesgos de caídas. ✓ Consejería de intensa conductual para promocionar dieta saludable y actividad física para la prevención de enfermedad cardiovascular en adultos sobrepeso u obesos con factores adicionales de riesgo de enfermedad cardiovascular. ✓ Cernimiento de infección por el virus de hepatitis B (HBV) en adolescentes y adultos en alto riesgo de infección y que no estén embarazadas. ✓ Cernimiento de infección por el virus de hepatitis C (HCV) en adultos que estén en alto riesgo. También se recomienda e1 cernimiento para HCV en adultos nacidos entre los años 1945 y 1965.	

✓ Cernimiento de presión sanguínea en adultos mayores de 18 años. La USPSTF recomienda obtener medidas fuera escenario clínico para confirmar diagnostico antes de comenzar tratamiento. ✓ Cernimiento para la infección con el virus de HIV en adolescentes y adultos entre las edades de 15 a 65 años de edad. Toda evaluación médica se realizará al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) años en bajo riesgo y anualmente para todas las personas en alto riesgo, en conformidad con la Ley 45 del 16 de mayo de 2016. ✓ Vacunas incluyendo los Catch Ups para adultos según poblaciones y dosis recomendadas para Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papollomavirus, Influenza (flu Shot), Varicelas, paperas, Rubella, Meningococo, Neumococo, Tetano, Disferia, Pertussis y Sarampión. ✓ Prueba anual de cáncer en el pulmón con tomografía computarizada de dosis baja para los adultos entre las edades de 55 y 80 años que han fumado durante 30 años y fuman en la actualidad, o hayan dejado de fumar durante los últimos 15 años. Las pruebas deben descontinuarse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema médico que limite sustancialmente la expectativa de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación curativa del pulmón. ✓ La USPSTF recomienda que los médicos deben ofrecer y referir al adulto con un índice de masa corporal de 30 kg/m2 o mayor, a intervenciones intensivas de comportamiento. ✓ Consejería conductual para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (STI, por sus siglas en inglés) para todo adolescente activo sexualmente y para	

adultos en alto riesgo de STI. ✓ Dosis baja a moderada de estatina para la prevención de eventos cardiovasculares y mortalidad en pacientes adultos sin historia de enfermedad cardiovascular cuando se cumplan los todos los siguientes criterios: Edad entre 40 a 75 años, tienen 1 o más factores de riesgo como por ejemplo dislipidemia, diabetes, hipertensión y son fumadores, y tienen un riesgo calculado de 10 años de riesgo mayor de un 10% de un evento cardiovascular. ✓ Cernimiento de sífilis para adultos en alto riesgo ✓ Para aquellos que usan productos para cesar de fumar este plan cubre el despacho de medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA, para el cese de fumar por noventa (90) días consecutivos en un intento, y hasta dos intentos por año. ✓ Cernimiento para infección latente de tuberculosis en poblaciones de alto riesgo. ✓ Cernimiento de consumo de alcohol no saludable en cuidado primario para adultos mayores de 18 años incluyendo mujeres embarazadas, e intervenciones de consejeria conductual breve a personas involucradas en consumo de alto riesgo y peligroso para reducir el uso no saludable de alcohol. **Se cubrirá las siguientes pruebas para mujeres incluyendo embarazadas:** ✓ Cultivo de orina para cernimiento, bacteriuria asintomática en mujeres en estado de embarazo de 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal si es posterior al periodo mencionado. ✓ Cernimiento de médicos primarios para mujeres que tienen miembros de su familia con cáncer de mamas, ovario, tubal o peritoneal que pudieran estar en riesgo de mutaciones peligrosas en genes suceptibles	

a cáncer de mamas (BRCA1 o BRCA2) a través de varias herramientas de cernimiento. Mujeres con resultados positivos deben recibir consejería genética y si es indicado posterior a la consejería, pruebas genéricas BRCA. ✓ Asesoramiento clínico para mujeres en alto riesgo de cáncer de seno sobre uso de medicamentos para reducir el riesgo. Para mujeres que están en alto riesgo de cáncer de seno y a bajo riesgo de efectos adversos de los medicamentos se recomienda medicamentos de reducción de riesgo tales como tamoxifen o raloxifene. ✓ Cernimiento de cáncer de seno por mamografía cada 1 o dos años para mujeres sobre 40 años de edad. Para mujeres entre los 50 y 74 años de edad la USPSTF recomienda cernimiento con mamografía cada dos años. ✓ Apoyo comprehensivo de lactancia y asesoramiento por un proveedor entrenado durante el embarazo y/o el periodo luego del parto, y acceso a equipos de lactancia y suplidos. ✓ Cernimiento para cáncer cervical. El USPSTF recomienda cernimiento para para cáncer cervical cada 3 años con citología cervical (PAP Smear) sola en mujeres entre 21 y 29 años, para mujeres de 30 a 65 años se recomienda cernimiento cada 3 años con citología cervical (PAP Smear) sola, cada 5 años con examen de HrHPV solo, cada 5 años con una combinación de citología y prueba de papiloma humano (HrHPV). ✓ Cernimiento para infección por clamidia para toda mujer embarazada menor de 24 años de edad y para mujeres embarazadas mayores que están en alto riesgo. Cernimiento para infección por clamidia en toda mujer activa sexualmente, mujeres jóvenes no embarazadas menores de 24 años de edad y en mujeres mayores no embarazadas que están en alto riesgo.	

✓ Anticonceptivos en todas sus modalidades incluyendo inserción y remoción de aparatos uterinos para toda mujer con capacidad reproductiva y según prescrito por su médico. Incluye educación y consejería. ✓ Cernimiento para violencia domestica de pareja y servicios de intervención en aquellas mujeres con resultado positivo. Este cernimiento y recomendación aplica también a mujeres que no tengan signos o síntomas de abuso. ✓ Suplemento diario de ácido fólico 0.4mg a 0.8 mg para mujeres que pueden quedar embarazadas. ✓ Laboratorio clínico de cernimiento para diabetes gestacional en mujeres asintomáticas embarazadas luego de la semana 24 de gestación y en la primera visita de mujer embarazada identificada como alto riesgo de diabetes Mellitus Gestacional. ✓ Cernimiento de Gonorrea en mujeres de 24 años o menos que están sexualmente activas y en mujeres mayores en alto riesgo de infección. ✓ Cernimiento de Hepatitis B en la primera visita prenatal. ✓ Cernimiento para el HIV para toda mujer embarazada incluyendo aquellas en parto que no han sido evaluada y sus estatus de HIV es desconocido. A tenor con la política pública proclamada en la Orden Administrativa Núm. 307 de 14 de agosto de 2013, por el Departamento de Salud se ofrecerá a toda mujer embarazada una primera prueba del HIV durante el primer trimestre de gestación en la primera visita prenatal y una segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y las 34 semanas de embarazo) ✓ Estudio anual de Densidad Ósea para Cernimiento de Osteoporosis en mujeres de 65 años de edad o más y mujeres más	

jóvenes cuyo riesgo de fractura es igual o mayor que aquel de una mujer de 65 años de edad que no tiene otros factores de riesgo. El USPSTF recomienda el cernimiento para osteoporosis con exámenes de medida osea para prevenir fracturas en mujeres postmenopausicas menores de 65 años de edad que están a mayor riesgo de osteoporosis, según determinado por herramientas de evaluación de riesgo clínico. El USPSTF recomienda el cernimiento para osteoporosis con exámenes de medida osea para prevenir fracturas en mujeres de 65 años de edad o mayores. ✓ El USPSTF recomienda que los médicos provean o refieran a personas embarazadas o post parto que están en alto riesgo de depresión perinatal a intervenciones de consejeria. ✓ Aspirina en dosis bajas (81 mg/d) como medicación preventiva después de 12 semanas de gestación en mujeres que están en alto riesgo de preclamsia. ✓ El USPSTF recomienda el cernimiento de preclamsia en mujeres embarazadas con medidas de presión sanguínea a través del embarazo. ✓ Evaluación de anticuerpos y tipo de sangre Rh (D) para toda mujer embarazada durante la primera visita por embarazo. También se incluye evaluación de anticuerpos Rh (D) repetida para toda mujer negativa entre las semanas 24 y 28 de gestación a menos que se conozca que el padre biológico es negativo Rh (D). ✓ Cernimiento de infección por sifilis en mujeres embarazadas. ✓ Los médicos deben preguntar a toda mujer embarazada sobre el uso de tabaco y aconsejarles que deben detener el uso del mismo y proveer intervenciones para cesar de fumar. ✓ Consulta anual de cuidado preventivo	

(depende del estatus de salud de la mujer, sus necesidades y otros factores de riesgo) para mujeres adultas para obtener servicios preventivos recomendados apropiados por edad y desarrollo, incluyendo cuidado de preconcepción y servicios necesarios para el cuidado prenatal. Esta consulta debe, donde sea apropiado, incluir otros servicios preventivos listados. Si el medico determina que un paciente requiere consutas de bienestar adicionales, las visitas adicionales se proveerán sin copago o coaseguro adicional. **Las siguientes Pruebas de Cernimiento para niños están cubiertas**: ✓ Evaluación y consejeria para adolescentes mayores de 18 años de mal uso de alcohol e intervenciones breves de consejeria de comportamiento para reducir el riesgo de mal uso de alcohol. ✓ Evaluacion y cernimiento según sea apropiado, por recomendación en el AAP Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics (Iron Chapter). Suplementos de hierro para niños de 4 meses a 21 años de edad en riesgo de anemia. ✓ Examen de Autismo para niños de 12 a 36 meses de edad. ✓ Evaluaciones sobre comportamiento para niños de todas las edades de 0 meses hasta los 17 años. ✓ Cernimiento de Hipotiroidismo Congénito para recién nacidos ✓ Cernimiento de caries en niños desde que nacen hasta los 5 años: El USPSTF recomienda la prescripción por médicos primarios de suplementación de fluoruro oral comenzando desde la edad de 6 meses en niños con deficiencia de fluoruro en su suplido de agua. Tambien recomienda la aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a dientes primarios a infantes y niños comenzando a la edad de erupción de	

dientes primarios. ✓ Cernimiento sobre desorden de depresión mayor (DDM) en adolescentes de 12 a 18 años. El cernimiento debe ser implementado con sistemas adecuados para asegurar diagnosticos certeros, tratamiento efectivo y seguimiento apropiado. ✓ Cernimiento y monitoreo de desarrollo para niños menores de 3 años en observación durante su niñez. ✓ Cernimiento de Displasia Cervical para niñas sexualmente activas. ✓ Cernimiento Presión Arterial desde los 18 años de edad en adelante ✓ Cernimiento de Dislipidemia en niños en alto riesgo de desorden de lípidos desde las edades de 1 a 17 años de edad. ✓ Medicamentos topicos oculares preventivos de gonorrea para recién nacidos para prevenir oftalmía neonatal gonocócica. ✓ Cernimiento Audición para todos los niños recién nacidos. ✓ Medidas de altura, peso y masa corporal en niños desde 0 meses a 17 años de edad. ✓ Examen médico de hemoglobinopatías para recién nacidos. ✓ Vacunas y "Catch Ups" para niños desde nacidos hasta la edad de 21 años de edad en dosis y edades recomendadas para Difteria, Tétano, Pertussis, Haemophilus Influenza type b, Hepatitis A, Hepatitis B, Human Papollomavirus, Poliovirus inactivado, Influenza (Flu Shot), Sarampión, Paperas, Rubella, Meningococo, Neumococo, Rotavirus y Varicelas. ✓ Historial Medico para niños entre las edades de 0 hasta 21 años de edad. ✓ Cernimiento de Obesidad desde los 6 años de edad o ofrecerles o referirlos a intervenciones intensivas y amplias de comportamiento para promover mejoría en el peso del niño. ✓ Cernimiento de Salud Oral hasta los 10 años.	

✓ Cernimiento para el desorden genético de Fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU) en recién nacidos. ✓ Consejería cáncer de piel: El USPSTF recomienda consejería a jóvenes adultos, adolecentes, niños, y padres de niños jóvenes sobre minimizar la exposición a radiación ultravioleta (UV) para personas entre las edades de 6 meses a 24 años de edad con tipo de piel saludable para reducir el riesgo de cáncer de piel. ✓ Consejería, educación e intervenciones a niños, adolescentes en edad escolar para la prevención de uso inicial de tabaco. ✓ Cernimiento para uso de tabaco, alcohol o uso de drogas en niños de 11 años hasta 21 años de edad. ✓ Pruebas para niños en alto riesgo de tuberculosis en edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 21 años. ✓ Cernimiento de Visión al menos una vez entre las edades de 3 a 5 años para detectar la presencia de ambliopía o factores de riesgo Para más información sobre los servicios preventivos a los que aplican esta disposición de ley puede acceder al siguiente enlace: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/	
"Stress Test"	Coaseguro de 50%
Ecocardiograma	Coaseguro de 50%
Holter de 24 horas	Coaseguro de 50%
Litotricia	Coaseguro de 50% Requiere preautorización
Estudios del Sueño (Polisomnografía)	Coaseguro de 50% 1 por vida; Requiere preautorización
Pruebas de Alergia	Cubiertas 50 pruebas por año; vacunas no incluidas Aplica copago especialista
Transportación de Emergencia/Ambulancia	Coaseguro de 20% El servicio de ambulancia por emergencias a través de 9-1-1 el PLAN lo pagará directamente al proveedor.
Ambulancia Aérea	Coaseguro de 30%

	Ambulancia aérea fuera de Puerto Rico no está cubierta
Visitas a Generalistas	Copago de $10
Visitas a Especialistas	Copago de $15
Visitas a Sub-Especialistas	Copago de $20
Servicio ambulatorio de Quimioterapia vía oral, inyectable, intravenosa e intratecal, radioterapia y cobalto	Coaseguro de 50%
Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina	Coaseguro de 50%
Servicios de Naturopatía	Por Reembolso a tarifas contratadas por "El PLAN" hasta un máximo de $20 por visita 5 visitas por año contrato
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en la Oficina del Médico o facilidades ambulatorias. 1. Endoscopias incluyendo gastrointestinales 2. Electrocardiogramas 3. Encefalogramas	Coaseguro de 50% aplica copago al medico
Cirugía Bariátrica	Limitada a una (1) de por vida. Copago de $0 en Hospitales Menonita y copago de $250 fuera de los Hospitales Menonita. Requiere preautorización.
Ventilador Mecánico: La cubierta comprenderá de los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para suscriptores menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de éstos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante.	Coaseguro de 50% Requiere preautorización
Vasectomías	Copago de $50
Podiatra y cuidado rutinario del pie	Copago de $15
Manipulaciones Quiropráctico	Copago de $15 Visita Inicial, Copago de $15 Visitas Subsiguientes veinte (20) terapias o manipulaciones combinadas por año contrato
Cuidado Prenatal y Postnatal	Copago de $15
Cirugía Ortognática	Copago $250

	Los gastos relacionados a materiales están excluidos; Requiere preautorización
Psiquiatra, Psicólogo	Copago de $15
Visita a Audiólogo	Copago de $15
Nutricionista	Cubierto por reembolso hasta $20 por visita 4 por año contrato
Optómetra	Copago de $15
Terapias del Habla y lenguaje y ocupacionales para pacientes de Autismo	Coaseguro de 30%
Visitas Colaterales	Copago de $15
Terapia de Grupo	Copago de $15
Terapia Física	Copago de $15 veinte (20) terapias o manipulaciones combinadas por año contrato
Terapia Respiratoria	Copago de $15 Quince (15) terapias por año contrato en oficina del medico
Cuidado de Salud en el Hogar	Coaseguro de 50% Requiere preautorización; veinte (20) terapias o manipulaciones combinadas por año contrato por suscriptor para servicios de habilitación y rehabilitación respectivamente
Equipo Médico Duradero	Coaseguro de 50% hasta un máximo de $5,000, exceso 80% Requiere preautorización
Inyecciones Intraarticulares	Cubiertas al 100% Hasta 12 inyecciones por año contrato; por suscriptor; máximo 2 por día.
Timpanometrias	Coaseguro de 50% 1 por año contrato
Vacunas para Niños y adolescentes 1. Hepatitis B (Hep B) 2. Difteria, Tétano, Pertusis (Tos Ferina) (DTaP) 3. Tétano, Difteria, Pertusis (Tos Ferina) (Tdap) 4. Inactivated Poliovirus (IPV) 5. Haemophilus Influenzae, Tipo b (Hib)	Cubiertas al 100%

6. Pneumococo (PCV) y (PPV) (conocida como la vacuna Prevnar) 7. Influenza (FLU) 8. Sarampión, Papera, Rubeola (MMR por sus siglas en ingles) 9. Varicela (Var) 10. Hepatitis A (Hep A) 11. Meningitis 12. Meningococo (MCV) y (MPS) 13. Human Papiloma Virus (HPV) – Esta vacuna estará cubierta en varones y feminas comenzando a la edad de 9 años con historial de abuso o asalto sexual que no han comenzado o completado la serie de 3 dosis. Féminas y varones víctimas de abuso o asalto sexual deberán recibir esta vacuna a través de las edades recomendadas de no haberse vacunado antes de acuerdo con lo recomendado por el "Advisory Committee on Inmunization Practices". 14. Rotavirus (ROTA por sus siglas en inglés)	
Vacuna Synagis (RSV)	Coaseguro de 50% Requiere preautorización
Vacunas para Adultos	Cubiertas al 100%; únicamente las recomendadas por el Advisory Committe on Immunization Practices
Examen de la Vista Rutinario y Refracción para adultos	Copago de $15 1 examen por año contrato
Facilidades de enfermería diestra o "Skill Nursing Home" por sus sigleas en ingles	Coaseguro de 50% Requiere preautorización
Servicios de habilitación y rehabilitación ambulatorios	Copago de $15 veinte (20) terapias o manipulaciones combinadas por año contrato por suscriptor
Bomba de Infusión de insulina y Suministros para la misma	Aplica coaseguro de 50% de Equipo médico duradero para Pacientes Diabéticos solo para menores de veintiún (21) años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo.

	Requiere preautorización
Equipo para medir la azúcar (glucómetro)	Aplica coaseguro de 50% de Equipo Médico Duradero. Cubierto 1 cada tres (3) años y un mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y ciento cincuenta (150) lancetas cada mes. Solo para Pacientes Diabéticos menores de veintiún (21) años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo. Requiere preautorización
Cubierta de Farmacia	
$0-$1,000 Aplicara los copagos y coaseguros descritos a continuación $1,001 en adelante aplicara Coaseguro de 80% Aplica deducible anual por suscriptor de $250.00 previo a activar cubierta de farmacia	
Genérico	Copago de $5.00
Marca Preferida	Coaseguro de 25% Genérico Primera Opción
Marca No Preferida	Coaseguro de 50% Genérico Primera Opción
Medicamentos Especializados	Coaseguro de 50%
Cubierta Visión Pediátrica	
Lentes y Montura Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años	Coaseguro de 20% hasta $250; exceso paga coaseguro de 80% 1 par por año contrato
Examen de Refracción y examen de rutina	Cubierto al 100% 1 examen por año contrato suplementado por FEDVIP
Low Vision Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años	1 par por año contrato en 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. Coaseguro de 20% hasta $250; exceso paga coaseguro de 80%
Cubierta Dental	

$0-$1,000 Aplicara los copagos y coaseguros descritos a continuación $1,001 en adelante aplicara Coaseguro de 80%	
Limpieza oral en adultos y niños cada seis (6) meses.	Cubierto al 100% 2 por año contrato por suscriptor
Aplicación de fluoruro cada seis (6) meses hasta la edad de diecinueve (19) años inclusive.	Cubierto al 100%
Radiografías de Mordida y "periapicales"	Coaseguro de 20% 1 set cada 3 años

Todo servicio de cuidado preventivo recomendado por "USPTF", las inmunizaciones que sean recomendadas por el "Advisory Commitee Inmunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention", cuido preventivo que incluya las vacunas recomendadas según su edad y en cuanto a las mujeres y el cuidado preventivo contra el cáncer de mamas según recomendado por el "Health Resources and Services Administration" será cubierto al 100%.