

Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico

Metro Office Park No. 2 Calle 1 Suite 101

Guaynabo, Puerto Rico 00968-1705

CUBIERTA BÁSICA PARA GRUPOS PEQUEÑOS PÓLIZA HMO

Nombre del Patrono: [Nombre del Patrono]

Número de Grupo: [XXXXXX]

Día Efectivo: [xx de xx de 20xx]

Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico, (que en adelante se denominará como PALIC-PR) asegura a los empleados activos de **[Nombre del Cliente]** y a los dependientes elegibles de dichos empleados de conformidad con las disposiciones de esta Póliza y la política de pago establecida por PALIC-PR, contra gastos por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización médicamente necesarios, que se presten mientras la Póliza esté en vigor, por motivo de lesiones o enfermedades sufridas por la persona asegurada. Esta Póliza se emite en consideración a las declaraciones en el contrato de seguro grupal y al pago por el Patrono de las primas correspondientes por adelantado. Este contrato, se emite bajo el nivel actuarial a selección del patrono **[Platinum, Gold]**, cumple con todos las disposiciones y requisitos por la Ley HIPAA según la carta normativa N-AV-10-90-97 del 24 de noviembre de 1997. Además, establece que la Ley HIPAA es aplicable en nuestra jurisdicción y se adelanta al Código de Seguro de Puerto Rico, con respecto a las disposiciones requeridas en la ley, que no se proporcionan en dicho Código o que son menos estrictas que los requisitos federales. **Este documento a su vez servirá como Certificado de Beneficios a distribuirse a cada empleado del grupo.**

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

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



José Luis Vargas
Presidente Regional

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

SERVICIOS CUBIERTOS

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

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

Los empleados activos y sus cónyuges, cohabitantes o parejas domésticas, mayores de sesenta y cinco (65) años, que estén acogidos a ambas Partes del Programa Medicare, podrán asegurarse bajo los beneficios de esta Póliza. PALIC-PR no se compromete a designar al médico o proveedor participante para prestar los servicios que las personas aseguradas requieran. Sin embargo, en esta Póliza el asegurado y sus dependientes tendrán un Médico de Atención Primaria. El Médico de Atención Primaria estará a cargo de velar, coordinar y monitorear la calidad de los servicios médicos que el asegurado necesite. Es posible que de acuerdo con las necesidades de la familia cada asegurado tenga un Médico de Atención Primaria diferente.

Su Médico de Atención Primaria es aquel:

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

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

- **Límite máximo anual de costos compartidos en cubiertas individuales es de \$6,350 por año calendario**
- **Límite máximo anual de costos compartidos en cubiertas familiares es de \$12,700 por año calendario**

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

- **No existe límites de por vida en dólares sobre los beneficios de salud esenciales (EHB)**
- **No existen límites monetarios anuales sobre beneficios de salud esenciales (EHB)**

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

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

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

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

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

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

SERVICIO PREVENTIVO PARA ADULTOS

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

- **Cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA)** - *Un (1) servicio por ultrasonografía para el cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA) en personas aseguradas de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores en algún momento.*
- **Cernimiento de glucosa en la sangre y diabetes mellitus Tipo 2** - *Cernimiento para niveles de azúcar en la sangre anormales como parte de la evaluación de riesgo cardiovascular en adultos entre las edades de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o referir a las personas aseguradas con niveles de azúcar en la sangre anormales a intervenciones de consejería conductual intensivas para promover una dieta saludable y actividad física. Además, cernimiento de diabetes Tipo 2 para adultos que no tienen síntomas, pero tienen una presión arterial sostenida (independientemente esté en tratamiento) mayor de 135/80 mm/Hg.*
- **Abuso de alcohol Cernimiento y consejería** - *Cernimiento clínico a adultos de 18 años en adelante y a mujeres embarazadas por abuso de alcohol, así como intervención de consejería conductual para reducir el uso de alcohol para asegurados que tienen un patrón de riesgo o un consumo peligroso de alcohol.*
- **Suplido de aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal: medicina preventiva** - *Uso de dosis baja de aspirina para adultos entre las edades de 50 a 59 años como prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal que tienen un 10% o más de 10 años de riesgo cardiovascular, no tienen un riesgo alto de sangrado, tienen una expectativa de vida de al menos 10 años y están dispuestos a tomar aspirinas en dosis menores diariamente por al menos 10 años.*
- **Cáncer colorrectal** - *Cernimiento de cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia, colonoscopia o prueba serológica en adultos de 50 a 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían, pero incluyen las recetas de gastroenterólogos de preparaciones intestinales para procedimiento de colonoscopia en adultos de 50 años o más.*
- **Depresión** - *Cernimiento de depresión en adultos, incluyendo personas aseguradas durante su embarazo o post-parto. El cernimiento debe realizarse en un sistema adecuado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.*

- **Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física** - *Ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante que están a riesgo de sufrir caídas.*
- **Dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares en adultos con riesgo cardiovascular: Consejería Conductual** - *Ofrecer y referir a los adultos con sobrepeso u obesidad y con factores adicionales de riesgo de enfermedad cardiovascular a intervención de consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares.*
- **Infección del virus de la Hepatitis B:** *cernimiento en adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo - Cernimiento de Hepatitis B para adultos con alto riesgo de infección.*
- **Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C: adultos** - *Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C para adultos con alto riesgo de infección y una prueba para adultos nacidos entre 1945 y 1965.*
- **Hipertensión** - *Cernimiento de hipertensión para adultos de 18 años en adelante. Se deben obtener las medidas fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.*
- **Prueba de Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo** - *Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para adultos de 15 a 65 años, así como adolescentes menores y adultos mayores con alto riesgo. Según requerido por la ley 45-2016, incluye una prueba de VIH por año como parte de la evaluación médica de rutina, excepto para personas aseguradas durante su embarazo a las cuales les aplican los requisitos del USPSTF.*
- **Inmunización Vacunas** - *Las dosis, edades y población recomendada varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Virus de Papiloma Humano, Influenza, MMR, Meningococo, Neumococo, Tétano, Difteria, Tos Ferina y Varicela. Las vacunas de seguimiento (catch up) están cubiertas.*
- **Cernimiento de cáncer del pulmón** - *Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computadorizada para adultos entre las edades de 55 a 80 años con historial de fumador de 30 años o más, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años. El cernimiento se descontinuará una vez la persona haya dejado de fumar por 15 años consecutivos o desarrolle un problema de salud que sustancialmente limite la expectativa de vida o la habilidad o probabilidad de tener una cirugía pulmonar para curar la enfermedad.*
- **Obesidad Cernimiento de obesidad para adultos** - *Los médicos pueden ofrecer o referir pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés) de 30kg/m² o más a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes.*
- **Enfermedades de transmisión sexual** - *Consejería conductual intensiva para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual.*
- **Cáncer de piel: Consejería** - *Consejería a padres de menores, menores, adolescentes y adultos jóvenes de 6 meses a 24 años que tengan una piel blanca (clara) a que reduzcan la exposición a la radiación ultravioleta para disminuir el riesgo de cáncer de la piel.*
- **Cernimiento para la prevención de eventos de ECV (CVD) - Para prevenir accidentes cardiovasculares en adultos** - *Medicamentos Preventivos Para los adultos sin historial de enfermedad cardiovascular (por ejemplo, enfermedad arterial coronaria sintomática o accidente cerebrovascular isquémico) a utilizar dosis baja o moderada de estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares y mortalidad cuando todos los siguientes criterios se cumplen:*
 1. *entre 40 a 75 años*
 2. *tienen uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar), y*
 3. *tienen un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. La identificación de dislipidemia y el cálculo de 10 años del riesgo del evento cardiovascular requieren un cernimiento de lípidos universal para adultos entre las edades de 40 a 75 años*

Las estatinas se cubren por la cubierta de farmacia; hacer referencia a la sección Beneficios de Farmacia.

- **Sífilis en adultos y adolescentes que no estén en estado de embarazo** - Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas aseguradas que tengan un riesgo alto de infección.
- **Cesar el uso de tabaco y medicinas: adultos que no están en estado de embarazo** - El Equipo o Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF siglas en inglés) recomienda que los médicos deben preguntar a todos los adultos sobre el uso del tabaco, aconsejar dejar el tabaco, ofrecer intervenciones de conducta y los medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la FDA por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año cubiertos al 100%.
- **Cernimiento de Tuberculosis - adultos** - Cernimiento de infección de tuberculosis en poblaciones de alto riesgo.

SERVICIO PREVENTIVO PARA MUJERES. INCLUYENDO MUJERES EMBARAZADAS

- **Anemia** - Cernimiento rutinario para mujeres embarazadas asintomáticas por deficiencia de hierro.
- **Bacteriuria (o infección en el tracto urinario)** - Cernimiento para personas aseguradas durante su embarazo que no muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las 12 y 16 semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término de embarazo.
- **BRCA-Cáncer: Evaluación de Riesgo y Consejería Genética/Prueba** - Los proveedores de atención primaria deben realizar un cernimiento a personas que han tenido familiares con cáncer de seno, ovario, trompas o peritoneal, a través de herramientas diseñadas para identificar historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales en los genes de susceptibilidad al cáncer de seno (BRCA1 o BRCA2). Las personas aseguradas que tengan un resultado positivo deben recibir consejería genética y, si es indicado luego de la consejería, la prueba BRCA.
- **Cernimiento de cáncer de seno** - Mamografía de cernimiento, con o sin examen clínico de seno, cada uno (1) o dos (2) años para personas aseguradas mayores de 40 años. El Equipo o Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF siglas en inglés) recomienda bianual para personas aseguradas entre 50 y 75 años de edad.
- **Cáncer de seno: medicamentos preventivos** - Orientación clínica a pacientes de alto riesgo. El Equipo o Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF siglas en inglés) recomienda que los médicos involucren a sus pacientes de alto riesgo de cáncer de seno en la determinación de utilizar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico debe ofrecer el recetar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como tamoxifen o raloxifene, para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
- **Lactancia** - Apoyo y consejería a través de un proveedor adiestrado en lactancia, durante el embarazo y/o en el periodo post parto, así como acceso al equipo de lactancia y los suplidos, por nacimiento. Intervenciones durante el embarazo y luego del nacimiento para apoyar la lactancia.
- **Cernimiento de cáncer cervical** - Cernimiento de cáncer cervical en personas aseguradas entre las edades de 21 y 65 años con la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años o para personas entre las edades de 30 a 65 años que quieran hacerse la prueba menos frecuente en combinación con una prueba del virus de papiloma humano (hrHPV) cada cinco (5) años. El Equipo o grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU actualiza sus recomendaciones de 2012 para el cribado del cáncer cervical uterino, con una novedad importante: es la primera vez que recomiendan un método de detección que no incluye la prueba de Papanicolaou para las mujeres de 30 a 65 años. En cambio, el Equipo o grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU

(USPSTF por sus siglas en inglés) sugiere que se realice la prueba primaria de alto riesgo del virus del papiloma humano (HPV) y solo cada cinco años. Como opción alternativa se pueden realizar ambas pruebas juntas cada tres años.

- **Cernimiento de clamidia y gonorrea** - *Cernimiento de clamidia y gonorrea en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección.*
- **Métodos Anticonceptivos** - *Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización, consejería y educación para todas las personas aseguradas con capacidad reproductiva según prescrito. Se cubre la inserción y remoción de cualquier dispositivo. La esterilización quirúrgica de implantes y cirugías de esterilización se cubren por la cubierta básica. Los demás métodos anticonceptivos se cubren por farmacia.*
- **Suplementos de ácido fólico** - *El Equipo o grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU (USPSTF por sus siglas en inglés) recomiendan los suplementos de ácido fólico tomando un suplemento diario de 0,4 a 0,8 mg (400 a 800 pg.) de ácido fólico para personas aseguradas que planean o tienen capacidad de quedar embarazadas.*
- **Diabetes Mellitus gestacional** - *Cernimiento para Diabetes Mellitus Gestacional en personas embarazadas que no tienen síntomas después de las 24 semanas de gestación y para aquellas identificadas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional.*
- **Hepatitis B** - *Para personas aseguradas embarazadas, cernimiento de infección del virus de Hepatitis B en la primera visita prenatal y a personas de alto riesgo de infecciones. A parte de las mujeres embarazadas, también aplica a adultos y adolescentes que no están embarazadas*
- **Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)** - *Personas aseguradas durante su embarazo. Los médicos deben realizar un cernimiento de HIV a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y que se desconoce su estatus de VIH. Se cubre sin copago para las personas embarazadas las siguientes pruebas:*
 - a. *Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación en la primera visita prenatal, y Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).*
- **Prueba de ADN del virus del Papiloma Humano** - *Prueba de ADN de alto riesgo del virus de papiloma humano a personas aseguradas con resultados normales de citología. Esta prueba de cernimiento debe realizarse a partir de los 30 años de edad, con una frecuencia de cada tres (3) años.*
- **Cernimiento para la violencia doméstica** - *Personas aseguradas en edad reproductiva Cernimiento de violencia en la relación íntima de pareja a las personas aseguradas en edad reproductiva, tales como violencia doméstica y ofrecer y referir a las personas que den positivo al cernimiento a los servicios de intervención. Esta recomendación aplica a las personas aseguradas que no presenten signos o síntomas de abuso.*
- **Cernimiento de preclamsia** - *Cernimiento de preclamsia para personas aseguradas durante su embarazo, con mediciones de presión arterial durante todo el embarazo.*
- **Cernimiento o Rastreo de Osteoporosis-Recomendaciones para prevenir fracturas para mujeres menores de 65 años y para mujeres de 65 años o mayores con mayor riesgo de osteoporosis** - *El Equipo o Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF siglas en inglés) recomienda el Cernimiento para osteoporosis con pruebas de medición ósea en personas aseguradas de 65 años de edad o mayores y en posmenopáusicas menores de 65 años de edad con mayor riesgo de osteoporosis para prevenir*

fracturas según algunas herramientas predictivas disponibles.

- **Dosis baja de aspirina para la prevención de mortalidad y morbilidad por preclamsia: medicamento preventivo** - *Uso de aspirina de dosis baja (81mg/d) como medicamento preventivo después de las 12 semanas de gestación en personas aseguradas con alto riesgo de preclamsia.*
- **Incompatibilidad Rh (D)** - *Pruebas del tipo de sangre Rh (D) y de anticuerpos para todas las personas aseguradas durante su embarazo en la primera consulta prenatal. Incluye repetir la prueba de anticuerpos a personas aseguradas durante su embarazo con pruebas RH (D) negativo no sensibilizado entre las 24 a 28 semanas de gestación, a menos que el padre biológico sea Rh (D) negativo.*
- **Uso de Tabaco y Medicamento** - *Cernimiento e intervenciones para mujeres usuarias de tabaco e intervenciones extendidas para embarazadas que utilizan tabaco. Los médicos deben preguntar a todas las personas aseguradas durante su embarazo sobre el uso del tabaco, aconsejar detener el uso del tabaco y proveer intervenciones conductuales para el cese del mismo a las personas aseguradas que usen tabaco. Este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por años cubiertos al 100%.*
- **Enfermedades de Transmisión Sexual** - *Consejería anual para mujeres sexualmente activas.*
- **Cernimiento de infección de sífilis durante el embarazo** - *Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas aseguradas durante su embarazo. El Equipo o Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF siglas en inglés) recomienda la detección temprana de la infección por sífilis en todas las personas embarazadas.*
- **Visitas Preventivas de Mujeres a servicios de ginecología y obstetricia** - *Visita anual preventiva (dependiendo de la salud, necesidades de salud y otros factores de riesgo de la persona asegurada) para que las personas aseguradas adultas obtengan sus servicios preventivos recomendados que sean apropiadamente desarrollados para su edad, incluyendo cuidado prenatal y servicios necesarios para el cuidado prenatal. Esta visita anual preventiva debe, cuando sea apropiado, incluir otros servicios preventivos enumerados. Si el médico determina que el paciente requiere visitas adicionales, las mismas se cubrirán sin copago. Visitas preventivas para obtener los servicios preventivos recomendados no necesitan referido o pre-autorización, a servicios de ginecología y obstetricia.*

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS

- **Abuso de Alcohol** – *Cernimiento y Consejería - Se recomienda a los médicos que proveen asesoramiento a para adolescentes de diez y ocho (18) años en adelante por el abuso de alcohol y que proveen a las personas con comportamiento riesgoso y consumo de alcohol peligroso consejería e intervención para reducir el consumo de alcohol.*
- **Anemia/Hierro** - *Suplemento de hierro para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia.*
- **Tabaco, Alcohol o Drogas** - *Evaluaciones para adolescentes y niños de entre las edades de 11 a 21 años.*
- **Uso de tabaco en menores y adolescentes** - *Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores en edad escolar y adolescentes para prevenir el inicio del uso de tabaco.*
- **Cernimiento de Autismo** - *Cernimiento para niños menores entre los 12 y 36 meses.*

- **Evaluación de Salud Conductual** - Niños de todas las edades, 0-11 meses, 1- 4 años, 5-10 años, 11-14 años, 11-14 años 15 a 17 años.
- **Cernimiento de presión sanguínea** - Cernimiento de presión sanguínea para niños y adultos de 18 años en adelante.
- **Desplazamiento Cervical** - Cernimiento para personas aseguradas sexualmente activas.
- **Depresión** - Cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, psicoterapia (cognitiva- conductual o interpersonal) para un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
- **Cernimiento de desarrollo y vigilancia** - Cernimiento para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
- **Dislipidemia** - Cernimiento para niños a riesgo de desórdenes de lípidos Edades: 1-4 años, 5 -10 años, 11- 14 años, 15 – 17 años.
- **Suplementos Orales de Fluoruro** - Suplementos Orales de Fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor empezando en la edad de (6) seis meses.
- **Profilaxis Ocular en el recién nacido para la prevención de Gonorrea** - El Equipo o Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF siglas en inglés) recomienda la administración de gotas oftálmicas, que contienen antibióticos y que se colocan en los ojos del recién nacido. Una disposición legal exige la realización de este procedimiento para proteger al bebé contra una posible infección de gonorrea no diagnosticada en el cuerpo de la madre.
- **Cernimiento Auditivo** - Cernimiento de audición para recién nacidos incluyendo la evaluación auditiva a bebés recién nacidos antes que sean dados de alta por el hospital y se extiende para el cuidado de seguimiento.
- **Cernimiento de crecimiento de estatura, peso y masa de índice corporal** - Cernimiento para los niños Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5 – 10 años, 11-14 años 15 – 17 años.
- **Cernimiento del virus de Hepatitis B en asegurados con alto riesgo de infección.**
- **Cernimiento de Hepatitis B en adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo.**
- **Hipertensión Cernimiento para personas aseguradas de 18 años en adelante.** Se deben obtener las medidas fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
- **Hemoglobinopatías o Enfermedad de Células Falciformes** - Cernimiento para la detención de células falciformes para los recién nacidos.
- **Prueba del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en adolescente y adultos (personas no embarazadas)** - Cernimiento para adolescentes y adultos de 15 a 65 años, así como para personas más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo. Según requerido por la Ley 45 de 16 de mayo del 2016 se cubre una prueba al año como parte de la prueba de evaluación médica de rutina, excepto personas embarazadas a las cuales les aplica los requisitos del Equipo o Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF siglas en inglés).
- **Hipotiroidismo** - Cernimiento de hipotiroidismo congénito para recién nacidos.

- **Inmunización (Vacunas) de Niños - Para niños desde nacimiento hasta la edad de los 21 años de edad.** *Las dosis, edades pueden variar, consulte con su médico. Incluye: Haemophilus influenzae type b, Hepatitis A, Hepatitis B, Rotavirus, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella, Meningococcal conjugate vaccine (MCV4), Pneumococcal, Tetanus, Diphtheria, Pertussis, Inactivate Poliovirus, Varicella incluyendo las de seguimiento (“catch-up”). Las vacunas de seguimiento están cubiertas. HPV comienza desde los 9 años en menores y adolescentes con historial de abuso sexual o asalto quienes no han iniciado o completado las 3 dosis (recomendación Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).*
- **Enfermedad de transmisión sexual** - *Consejería conductual intensiva para adolescentes sexualmente activos y adultos que tengan un alto riesgo de infecciones transmitidas sexualmente.*
- **Cernimiento de Plomo** - *Cernimiento de para detectar el nivel de plomo en la sangre para niños entre 1 y 6 años que están en riesgo de estar expuestos y cernimiento para mujeres también embarazadas asintomáticas.*
- **Historial Médico** - *Para todo niño durante el desarrollo; entre las edades de 0-11 meses, 1-4 años, 5 – 10 años, 11-14 años, 15-21 años.*
- **Obesidad en menores y adolescentes** - *Para niños y de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso del menor.*
- **Cernimiento de caries dentales en menores hasta los 5 años.** *Suplementos orales de fluoruro a partir de los 6 meses para menores cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro. Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a dientes primarios para infantes y menores desde la erupción de los dientes primarios.*
- **Salud Oral** - *Asesoramiento y evaluación de riesgo para niños pequeños de entre las edades de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, y de 5 a 10 años.*
- **Infección de Sífilis en adultos y adolescentes (no embarazados)** - *El Equipo o Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF siglas en inglés) recomienda es cernimiento de sífilis en adultos y adolescentes no embarazados de alto riesgo.*
- **Enfermedad de Transmisión sexual** - *Alto nivel de consejería de conductual para la prevenir las infecciones de trasmisión sexual (ETS) para adolescentes sexualmente activos en mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual.*
- **Tuberculina** - *Prueba de tuberculina para niños en mayor riesgo de tuberculosis de edades de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, 11 a 14 años y de 15 a 21 años.*
- **Cernimiento de visión: menores** - *Cernimiento de visión, por lo menos una (1) vez, para todos los menores entre las edades de 3 y 5 años para detectar ambliopía o factores de riesgo.*
- **Consejería para la prevención del cáncer de la piel –** *Consejería y asesoramiento para adultos, jóvenes, adolescentes y adultos jóvenes de menores entre 6 meses a 24 años acerca de minimizar la exposición a la radiación o rayos ultravioleta (UV) para personas entre las edades de 6 meses hasta los 24 años con piel blanca y delicada para reducir el riesgo de cáncer en la piel.*
- **Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)** - *Cernimiento en recién nacidos para desórdenes genéticos.*
- **Prueba de Cernimiento del Virus de la Hepatitis B (HDV) – Hepatitis B virus infection screening** –*Se recomienda una evaluación y asesoramiento para el estudio para la detección de la infección por el virus de la Hepatitis B a personas de alto riesgo de infecciones incluyendo adultos y adolescentes que no están embarazadas.*

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

- **Tratamiento del Autismo conforme a la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre del 2012** - Según la Ley 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo) los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales, estarán cubiertas sin límites, en nuestro plan de salud, luego que la necesidad médica haya sido establecida por un médico licenciado, conforme lo establece el Artículo 15 – “Planes Médicos Privados” de la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre del 2012. Los servicios cubiertos en nuestro plan incluyen, pero no se limitan a genética, neurología, inmunología gastroenterología, nutrición, terapias del habla y terapias de lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas, e incluirá visitas médicas y pruebas medicamente necesarias.
- **Monitoreo anual para Osteoporosis conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012.** En conformidad con esta Ley, PALIC-PR incluirá los tratamientos para las condiciones de: cáncer, presión arterial alta y colesterol, diabetes, osteoporosis y enfermedades de transmisión sexual. Los servicios cubiertos incluyen visitas médicas y pruebas medicamente necesarias para su monitoreo y tratamiento.
- **Ley Número 140 del 22 de septiembre de 2010** – En conformidad con esta Ley, PALIC-PR incluirá bajo la lista de medicamentos preferidos para el tratamiento de adicción a opiáceos el medicamento conocido como buprenorfina conocido en inglés como “buprenorphine”.
- **Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia conforme a la Ley Núm. 107 del 5 de junio de 2012** – Según las disposiciones de la ley Núm. 107 del año 2012, aprobada el 5 de junio, PALIC-PR en conformidad con esta ley, cubrirá bajo este plan los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del especialista u oncólogo. Aplica copago o coaseguro de oficina médica o facilidad ambulatoria.
- **Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015** – Según la Ley Núm. 62 de 4 de mayo 2015 y en conformidad con esta, PALIC-PR cubrirá bajo este plan el equipo tecnológico cuyo uso puede ser necesario para mantener vivo al usuario, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas de servicios de enfermería proporcionados por enfermeras capacitadas con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con habilidades de enfermería, los suministros necesarios para operar equipos tecnológicos y la terapia física y ocupacional necesaria para desarrollar las habilidades motoras de estos afiliados.
- **PALIC- PR** cubrirá anualmente las pruebas para el diagnóstico de la capacidad física y mental del individuo conforme la Ley Núm. 296 del 1 de septiembre de 2000 - Prueba Psicológica: En Conformidad con esta la ley, PALIC-PR ha establecido en este plan que las pruebas para el diagnóstico de la capacidad física y mental del individuo en el inicio del curso escolar requeridas por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, conocida como Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico han de cubrirse bajo este plan, sin costo alguno más allá de la prima establecida originalmente en los planes. Dicha evaluación médica deberá incluir evaluaciones física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición, además de todos los cernimientos periódicos recomendados por la Academia Americana de Pediatría. Entre las evaluaciones durante el año en curso son: Historial Médico del niño, Examen Físico General, Medidas de Cabeza, Estaturas, Peso, Masa Corporal, Presión Arterial, Cernimiento de Visión, Cernimiento de Audición, Evaluación de Desarrollo, Hematocrito o Hemoglobina, Análisis de Orina, Prueba de Excreta, Prueba de Tuberculina, Asma, Epilepsia, Piel, Guía Anticipada (Orientación), Colesterol, Glucosa y Problemas del Habla.
- **Ley Núm. 177 del 13 de agosto del año 2016** - En conformidad con la ley ,según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, PALIC-PR incluirá, como parte de su cubierta básica el suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años y un mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y ciento cincuenta (150) lancetas cada mes, con el propósito del monitoreo de los niveles de glucosa en los pacientes diabéticos menores

de veintiún (21) años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo. Pacientes con niveles anormales de arriba de 135/80mmg se les referirá a consejería para promover la dieta saludable y actividad física. El médico especialista en endocrinología también podrá ordenar el uso del monitor de glucosa con sus aditamentos en aquellos pacientes que presenten un cuadro clínico de predisposición o mayor cantidad de factores de riesgo de desarrollar la condición de Diabetes Mellitus Tipo 1. Si el médico especialista (endocrinólogo), ordena un glucómetro en específico debido al tratamiento que utilice el paciente, el endocrinólogo someterá una justificación a PALIC. En dicho caso PALIC cubrirá la marca del glucómetro ordenada por el endocrinólogo. La selección de la marca de este dispositivo la determina el endocrinólogo basado en la edad del paciente, el grado de actividad física del paciente y el conocimiento del paciente y/ o cuidadores sobre la condición.

- **Ley 275 del 27 de septiembre de 2012 – “Carta de Derechos de los Pacientes Sobrevivientes de Cáncer - Sección 3 – A (g), 3 E (c) y 3 – E (d) –**
 - **Derechos Generales – Sección 3 A (g) PALIC-PR no rechazará o denegará ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, cuando medie una recomendación médica a esos fines. Médicos, organizaciones de servicios de salud, aseguradoras y proveedores no podrán rechazar o denegar tratamiento entre los cuales se incluye la hospitalización, diagnósticos y medicamentos a cualquier paciente diagnosticado con cáncer. Para el sobreviviente de cáncer, el tratamiento y monitoreo frecuente y permanente de la salud física y el bienestar emocional del asegurado, no quedara al descubierto.**
 - **Derechos adicionales para féminas pacientes de cáncer – Sección 3 E (c) - Se incluirán como parte de las cubiertas bajo este plan, los exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical.**
- **Derechos adicionales para féminas pacientes de cáncer – Sección 3 E (d) - PALIC-PR proveerá bajo este plan, cubierta ampliada para el pago de estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otr o seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.**
- **Ley Núm. 212 del 9 de agosto Del 2008.** Sujeto a autorización previa, PALIC-PR proveerá cubierta para (1) una cirugía bariátrica de por vida para el tratamiento de la obesidad mórbida utilizando una de las siguientes técnicas: derivación gástrica, banda gástrica ajustable o gastrectomía en manga. La técnica de balón intragástrico está excluida de la ley. Este plan requiere a los asegurados y beneficiarios que cumplan con un período de espera de doce (12) meses, antes de cubrir los beneficios estipulados en esta ley. Para la autorización previa de estos servicios, el primer tratamiento para la obesidad mórbida debe ser dietético y en cambios en el estilo de vida. El médico debe documentar los intentos fallidos con programas de reducción de peso supervisados médicamente no operativos. Para los propósitos de esta ley, obesidad mórbida significa un índice de masa corporal de al menos treinta y cinco (35) kilogramos por metro cuadrado, o mayor. La cirugía bariátrica se refiere a los diversos procedimientos quirúrgicos realizados para tratar la obesidad, que se pueden practicar mediante las siguientes cuatro técnicas: derivación gástrica, banda gástrica ajustable o gastrectomía en manga o balón intragástrico.
- **Ley Núm. 349 del 2 de septiembre del 2000 - Carta de Derechos de las Personas Portadoras del Virus VIH/SIDA PALIC-PR proveerá bajo este plan el pago por servicios relacionados con el VIH/SIDA sin ninguna restricción. El Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconoce su responsabilidad de proveer, hasta donde sus medios y recursos lo hagan factible, las condiciones adecuadas que promuevan en las personas portadoras del**

virus VIH/SIDA el goce de una vida plena y el disfrute de sus derechos naturales humanos y legales.

- **Ley 139 del 8 de agosto del 2016** – *PALIC-PR incluye en su plan de salud la cobertura de la "preparación de aminoácidos libres de fenilalanina" para los pacientes diagnosticados con el trastorno genético llamado fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de la edad del paciente. Ofreciendo cubierta para la atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innato del metabolismo.*
- **Ley 161 del 1 de noviembre del 2010** – *PALIC-PR permitirá que el padre o tutor de un menor dependiente pueda seleccionar a un pediatra como su proveedor de cuidado primario, siempre que este médico pediatra sea parte de la red de proveedores del plan de cuidado de salud. Además, permitirá acceso directo a los servicios de ginecología y obstetricia sin requerir derivaciones o autorización previa, en la medida en que dicho médico participe en la red de proveedores de atención médica.*
- **Ley Núm. 97 del 15 de mayo del 2018 “Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down”** - *PALIC-PR, en conformidad con esta ley, incluye en su plan de salud cobertura para el tratamiento de las personas con Síndrome de Down. Esto incluirá pruebas, sin limitarse a, genéticas, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición; incluirá, además, las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente y servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años. Le aplica copagos y/o coaseguro como el de Servicios para Autismo.*
- **Ley 63 del 19 de julio de 2019** - *PALIC-PR En conformidad con la ley, incluye, como parte de su cubierta básica el tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales.*

SERVICIOS CUBIERTOS EN LOS ESTADOS UNIDOS A LA PERSONA CUBIERTA

Servicios provistos en los Estados Unidos, estarán cubiertos únicamente en casos de emergencia y en casos de tratamientos, equipo y/o facilidades que no estén disponibles en Puerto Rico requieren pre-autorización de PALIC-PR. Servicios de Emergencia no necesitan pre-autorización. Aplicará el coaseguro establecido en la Tabla de Beneficios al final de esta póliza.

Si cualquier persona con derecho a beneficios sujetos a esta Póliza recibe los servicios cubiertos fuera de Puerto Rico y este servicio fue pre-autorizado, PALIC-PR pagará la tarifa usual y acostumbrada del área donde se reciba el servicio en los Estados Unidos hasta la cantidad correspondiente de acuerdo con lo especificado en la póliza. En caso de que el suscriptor reciba los servicios cubiertos fuera de Puerto Rico sin haber sido pre-autorizados, PALIC-PR pagará directamente a la facilidad el gasto incurrido hasta la cantidad que hubiese pagado a un profesional o facilidad participante o hasta la cantidad correspondiente de acuerdo con lo especificado en la póliza. Cualquier diferencia será responsabilidad del asegurado

En casos que requieran equipo, tratamiento y facilidades que no estén disponibles en Puerto Rico. Estos servicios estarán sujetos a Pre-Autorización del plan y coaseguros correspondientes indicados al final de la póliza en la Tabla de Coaseguros y Copagos. PALIC- PR pagará hasta la tarifa usual y acostumbrada del área donde se reciba el servicio en los Estados Unidos.

La persona asegurada deberá suministrar a PALIC-PR todos los documentos necesarios que se requieren en tales casos. Los requisitos mínimos para evaluar el servicio son los siguientes: Expediente médico del asegurado y orden médica donde se justifique el servicio fuera de Puerto Rico. Podría darse el caso de que el Departamento de Evaluación Clínica requiera información adicional pertinente al caso. Tratamientos electivos no serán cubiertos por este plan si existen en Puerto Rico.

ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS

Los HMO/Centro de Servicios Primarios generalmente limitan la cobertura a los asegurados que usan proveedores de la Red HMO/Centros de Servicio Primarios. Un HMO/Centro de Servicios Primarios no cubre o limita la cobertura de los proveedores que no pertenecen a la red, excepto en caso de emergencia. Si se atiende con un médico o en un hospital que no pertenece a la Red HMO/Centro de Servicios Primario, usted será responsable del precio total del servicio, excepto en casos de servicios no ofrecidos por médicos u hospitales que pertenecen a la Red HMO/Centro de Servicios Primarios. Los asegurados de los HMO/Centro de Servicios Primarios tienen un médico de cabecera y necesitan una orden de dicho médico para atenderse con un especialista.

HMO/Centros de Servicios Primarios

- Los servicios se ofrecen a través de la Red HMO/Centros de Servicios Primarios, la cual se compone por Grupos Médicos y Hospitales debidamente contratados. Estos proveedores constituyen el punto de acceso para todos los servicios médico-hospitalarios ofrecidos bajo esta póliza. Es necesario que seleccione un Médico Primario (Médico de Cabecera).
- Se necesita ser referido por su Médico Primario en caso de necesitar consultar a un especialista. Es su Médico Primario el que lo refiere para dicho servicio.
- No se requiere referido en casos de emergencia.
- Si usted decide recibir servicios fuera de la Red HMO/Centros de Servicio Primarios sin el debido referido de su Médico Primario, usted será responsable por el pago de dichos servicios.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

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

Descripción de los Beneficios

Servicio de Diagnósticos y Tratamiento

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

Servicios tales como:

- Visitas a la oficina del médico generalista
- Visitas a especialistas
- Visitas a sub-especialistas
- Visitas a audiólogos
- Visitas a optómetras (*Límite de (1) examen de rutina para adultos – Examen de Refracción por año póliza por participante.*)
- Visitas a podiatras incluyendo el cuidado de rutina de los pies

- Visitas a psicólogos clínicos y psiquiatra
- Visitas a quiroprácticos
- Visitas a un Doctor en Naturopatía (por reembolso hasta máximo de \$10 por visita)
- Ginecólogos/Obstetras sin requerir referido o autorización previa del plan
- Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio
- Inyecciones intrarticulares hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones por año póliza, por persona asegurada
- Servicios en las salas de emergencia de hospitales, materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura contratada con PALIC-PR. Cubre además medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura, suministrados en salas de emergencia debido a condiciones de accidente y enfermedad. Aplica copago por enfermedad y accidente. Para pruebas diagnósticas no rutinarias provistas en salas de emergencias, que no sean laboratorios y rayos-X, aplica los coaseguros y/o límites correspondientes al beneficio ambulatorio, incluyendo la interpretación de rayos-X; según especificado en esta Póliza.
- Criocirugía del cuello uterino, hasta un (1) procedimiento por año póliza, por persona asegurada
- Servicios por condiciones de tuberculosis
- Servicios de esterilización (*los servicios de esterilización para la mujer, como servicio preventivo y para el hombre (la vasectomía) están cubierto con cero copago o coaseguro*)

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

Laboratorios. Rayos X y Otras Pruebas Diagnósticas

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

Exámenes tales como:

- Laboratorio clínico
- Timpanometría, hasta una (1) prueba por año póliza, por persona asegurada
- Rayos-X
- Pruebas de medicina nuclear
- Tomografía computadorizada, hasta uno (1) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada
- Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)
- Sonograma
- Estudio de resonancia magnética (MRA) Tiene que ser medicamento necesario
- Estudio de resonancia magnética (MRI), hasta uno (1) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada. Tiene que ser medicamento necesario
- PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año póliza, por persona asegurada, excepto para las condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, las cuales estarán cubiertas hasta dos (2) por año póliza, por persona asegurada sujeto a pre-autorización
- Electromiogramas, hasta dos (2) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada
- Pruebas para el Estudio de Velocidad de Condución Nerviosa (NCV *Nerve conduction velocity study*), hasta dos (2) pruebas, de cada tipo, por año póliza, por persona asegurada
- Endoscopias gastrointestinales
- Pruebas diagnósticas en oftalmología
- Electroencefalogramas
- Mamografías, mamografías digitales y sonomamografías cuando no sean prestadas como pruebas preventivas según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de condición

- Pruebas cardiovasculares invasivas y no invasivas
- Pruebas vasculares no invasivas
- Electrocardiogramas
- Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), hasta una (1) prueba, de cada tipo, por vida
- Densitometría ósea, para personas mayores de 65 años de edad o cuando no es prestada como una prueba preventiva según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición
- Pruebas audiológicas de función vestibular y procedimientos diagnósticos especiales
- Otras pruebas diagnósticas
- Examen de refracción, cubierto cuando sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría y hasta un (1) examen por año póliza, por persona asegurada.

Cuidado de Maternidad

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

Servicios sin periodos de espera para la esposa asegurada en contratos de familia, cohabitantes o parejas domésticas, para la empleada asegurada principal, la esposa e hijas dependientes directos [y colaterales] del empleado asegurado.

Servicios tales como:

- Servicios pre y postnatales recibidos por la persona asegurada.
- Hospitalización – Se requiere referido médico de Atención Primaria
- Servicios de obstetricia dentro del hospital
- Uso de Sala de Partos y producción de Monitoreo Fetal (*Fetal Monitoring*)
- Uso Sala para Recién Nacidos (*Well Baby Nursery*)
- Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para Infantes (*Step Down Unit*)
- Cubierta de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias como parte de la cubierta de hospitalización para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s).
- Se proveerá una cubierta mínima de cuarenta y ocho (48) horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) si se trata de un parto natural y de noventa y seis (96) horas si el parto requiere Cesárea.
- Visitas para cuidado preventivo de recién nacidos (well baby care) durante el primer año de vida del niño asegurado
- Perfil Biofísico, para personas aseguradas con derecho al beneficio de maternidad, hasta un (1) servicio por embarazo –

Nota: Para los servicios de maternidad el ginecólogo obstetra será el médico de Atención Primaria de la asegurada por el tiempo que dure el embarazo.

Cuidado de Alergias

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

Exámenes tales como:

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

Terapias de Tratamiento

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

Exámenes tales como:

- Radioterapia -
- Quimioterapia inyectable y cobalto se cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del especialista u oncólogo.
- Tratamiento Ojo Vago (Orthoptic Training)
- Diálisis y Hemodiálisis: Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de:
 - a. la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta cubierta o plan médico; o
 - b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.

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

Terapia Respiratoria administrada en oficina médica

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

Exámenes tales como:

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

Terapias de Habilitación y Rehabilitación

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

Exámenes tales como:

Las terapias de habilitación y rehabilitación que pueden ser como máximo 20 sesiones por cada una de las terapias o en combinación con otras terapias hasta alcanzar el máximo de sesiones permitidas.

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

Nota: El total de las terapias son combinadas entre terapias de habilitación, rehabilitación, manipulación quiropráctica y terapia física. Las terapias que se ofrecen en el cuidado del hogar son aparte y no se toman en consideración cuando hablamos de terapias combinada

Servicios de Quiropráctico y Terapia Física

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

Exámenes tales como:

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

Nota: *Solo se aplica un copago por visita.

Equipo Médico Duradero (DME)

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

Servicios tales como:

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

1) Ventilador Mecánico

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

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

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

La Ley Núm. 62 del 4 de mayo 2015 establece que los planes de salud deben incluir, como parte de la cobertura, el equipo tecnológico cuyo uso puede ser necesario para mantener vivo al usuario, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas de servicios de enfermería proporcionados por enfermeras capacitadas con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con habilidades de enfermería, los suministros necesarios para operar equipos tecnológicos y la terapia física y ocupacional necesaria para desarrollar las habilidades motoras de estos afiliados.

A los fines de esta ley, se entenderá por usuario aquellos que usan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuya operación depende del equipo médico, ventilador u oxígeno suplementario y

aquellos que han comenzado el tratamiento como menores y se encuentran veinte (21) años y quienes recibieron servicios médicos o atención en el hogar, continúan recibiendo estos servicios después de cumplir veinte (21) años de edad.

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

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

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

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

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

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

Cuidado de Salud en el Hogar

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

Servicios tales como:

Cubre los siguientes servicios y suministros provistos en el hogar del paciente por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar certificada por el Departamento de Salud de Puerto Rico. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.

- **Servicios de Enfermería** - parciales o intermitentes provistos o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a), limitados a un máximo de dos (2) visitas diarias
- **Auxiliar de Servicios de Salud en el Hogar** - servicios parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado del paciente, limitadas a un máximo de dos (2) visitas diarias.
- **Terapias Físicas, Ocupacionales, del Habla y de Lenguaje** – que son mínimo 40 y como máximo [de 41 hasta [XX] [ser ilimitada]] visitas en el hogar, por año póliza. Las Terapias para condiciones de Autismo están cubiertas y estas no tienen límites en las visitas.

Una visita por un miembro de la agencia para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar, se considerarán cada uno como una visita en el hogar.

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

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

Servicios de Nutrición

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

Servicios tales como:

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

- PALIC-PR pagará por los servicios de nutrición, prestados en Puerto Rico, por médicos especialistas en nutrición o enfermedades metabólicas. Las visitas a estos especialistas, debidamente certificados por la entidad gubernamental designada para tales propósitos, estarán cubiertas siempre que sean médicamente necesarias y estén asociadas solo para el tratamiento de obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes.
- Las visitas estarán limitadas a un mínimo de 4 y como máximo [de 5 hasta [XX] [ser ilimitada]] por año póliza, por persona asegurada. En el caso de los servicios de nutrición por condiciones renales, estarán cubiertos solo durante el periodo de los primeros 90 días a partir de:

- a) la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta cubierta o plan médico o; b) la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicará cuando la diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.

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

Otros servicios para el tratamiento de Autismo y de Síndrome Down

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

Servicios tales como:

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

- Exámenes y procedimiento neurológicos
- Servicios de gastroenterología
- Inmunología
- Pruebas genéticas
- Pruebas de laboratorio para Autismo o Síndrome de Down
- Servicios de nutrición
- Terapia física, ocupacional, del habla y de lenguaje
- Visitas al psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social.
- Tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales.

CUBIERTA ESTANDAR DE VACUNACION PARA NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

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

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

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

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

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

VACUNAS PREVENTIVAS ESTÁNDAR CON \$0 COPAGO

Desde 2 meses:

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

Desde 2 años:

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

Hasta 5 años*:

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

Hasta los 7 años*:

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

Desde 11 años:

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

Desde 60 años:

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

Edades variables:

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

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

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

Vacunas con Co-pago o Co-aseguro – Requiere referido médico de Atención Primaria.

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

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

SERVICIO BÁSICO DE VISIÓN

Servicio Básico Cubierto Pediátrico

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

- PALIC-PR pagara un (1) par de lentes con montura de la colección de IVision International por año póliza por niño asegurado. Los copagos o coaseguros son para el examen de la vista (no para lentes o marcos).

LIMITACIONES A LOS SERVICIOS DE VISION PEDIATRICA:

1. Este servicio se ofrece hasta el día que el asegurado cumpla veinte uno (21) años de edad.
2. Low Vision: Espejuelos para asegurados hasta los 21 años, un par (1) por año póliza, dentro de la colección

contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para asegurados con pérdida significativa de la visión, pero no tienen ceguera total. Además, cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para asegurados hasta los 21 años con pérdida significativa de visión, pero que no tienen ceguera total.

- Estos servicios se ofrecen con cero copago o coaseguro para menores de 21 años

Servicio Básico Cubierto para Adulto

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

LIMITACIONES A LOS SERVICIOS DE VISION PARA ADULTO

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

SERVICIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

Descripción de los Beneficios

Servicios Médicos - Quirúrgicos

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

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

- Cirugías
- Servicios de diagnóstico

- Tratamientos
- Administración de anestesia
- Anestesia Epidural
- Consulta de especialistas
- Trasplantes de piel, hueso y córnea. Se necesita pre-autorización. También incluyen transportación de los materiales y cargos directamente relacionados con el servicio de trasplante, incluyendo: cuidado previo a la cirugía, post-cirugía y tratamiento relacionado a medicamentos inmunosupresores, a través de proveedores y en caso de que el proveedor no esté contratado se trabajará a través de reembolso
- Endoscopias gastrointestinales
- Servicios de rinoplastia
- Servicios de esterilización (*Los servicios de esterilización para la mujer, como servicio preventivo y para el hombre (la vasectomía) están cubierto con cero copago o coaseguro*)
- Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal y su seguimiento después de dejar el hospital
- Servicios de Prueba y Procedimiento Neurológico
- PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año póliza, por persona asegurada, excepto para las condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, las cuales estarán cubiertas hasta dos (2) por año póliza, por persona asegurada sujeto a pre-autorización
- Electromiogramas, hasta dos (2) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada
- Pruebas para el Estudio de la Velocidad de Conducción Nerviosa (NCV-*Nerve conduction velocity study*), hasta dos (2) pruebas, de cada tipo, por año póliza, por persona asegurada
- Medicamentos de quimioterapia inyectable y radioterapia si está hospitalizado
- Cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar). Se excluyen los gastos por implantes relacionados a la cirugía ortognática. Se requiere pre-autorización para este beneficio
- Cirugía de bypass gástrico- Este plan médico cubre solo cirugía de bypass gástrico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una (1) cirugía de por vida, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico. Requiere pre-autorización. La cirugía bariátrica no tiene periodo de espera; se evalúa cada caso y si cumple con los criterios se autoriza.
- Terapia Habitacional están cubiertos por el plan si el asegurado los recibe en una facilidad hospitalaria.

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

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

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

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

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

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

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

Solicitud de Cuidado Urgente: Significa

- a. Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento en la cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:
 - i. Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona cubierta o asegurado o su recuperación plena;
o
 - ii. En la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o asegurado, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.
- b. Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la organización de seguros de salud o asegurador ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o asegurado determina presentar una solicitud de cuidado urgente dentro del significado del inciso (1), la organización de seguros de salud o asegurador tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

Descripción de los Beneficios

Servicios Médicos - Quirúrgicos

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

Hospitalizaciones

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

- Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones regulares.
- Facilidad Ambulatoria y Cirugía Ambulatoria
- Comidas y dietas especiales
- Uso de servicios de telemetría
- Uso de Sala de Recuperación

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

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

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

Unidad de Cuidado de Enfermería Diestro (SNF)

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

Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.

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

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

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

Servicios de Emergencia

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios – No se requiere referido médico de Atención Primaria

Emergencias ocasionadas por enfermedad/accidente estarán cubiertas con el copago aplicable:

- En casos de emergencia por accidentes, siempre y cuando el (la) participante cubierto (a) solicite los servicios dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de haber ocurrido el accidente, es elegible para recibir, de ser necesario, en forma ambulatoria los siguientes servicios:
- Uso de sala de emergencia
- Servicios usuales de enfermería
- Uso de sala de operaciones
- Uso de sala de recuperación, de haber disponible
- Anestesia
- Pruebas de laboratorio
- Rayos X
- Pruebas patológicas
- Todos los medicamentos que sea necesario administrar en la sala de emergencia
- Oxígeno
- Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones
- Bandejas, yeso, materiales quirúrgicos, gasas y cualquier otro material curativo
- Evaluación médica
- Consultas con especialistas y sub-especialistas
- Cualquier otro servicio rutinario de sala de emergencia
- En casos de emergencia por condiciones médico-agudas (que no son resultado de un accidente, pero que requieren atención médica inmediata y que, de no recibir la atención, la condición puede agravarse y peligrar la vida del paciente) el (la) participante estará cubierto (a) por todos los servicios recibidos en la sala de emergencia de acuerdo a la cantidad diaria contratada por PALIC-PR.

Ambulancia

Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles para los siguientes Beneficios - Se requiere referido médico de Atención Primaria y pre-autorización en adición para ambulancia aérea.

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

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

Servicios de Ambulancia:

El servicio de ambulancia terrestre está cubierto a base de las tarifas determinadas por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos en conformidad de la Ley Núm. 109 de 28 de junio de 1962, según enmendada, conocida como la Ley de Ambulancias de Puerto Rico conforme con la distancia recorrida. PALIC-PR pagará directamente a

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

Sistema 9-1-1

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

Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:

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

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

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

SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

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

Descripción de los Beneficios

Condiciones Mentales Generales

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

Servicios para el tratamiento de condiciones mentales:

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

Otras Evaluaciones Psicológicas

- Evaluación Psicológica para adultos

Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)

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

- Hospitalizaciones regulares
- Hospitalizaciones parciales

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

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

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

Tratamiento Residencial (Residential Treatment)

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

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

Cesación de Tabaco

Cesación de Fumar y Uso del Tabaco (consejería para dejar de fumar y usar tabaco) es un servicio preventivo que incluye sesiones de consejería. El Programa de Cesación de Tabaco cubre medicamentos para dejar de fumar, recetados y sin leyenda federal (OTC) aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco. Este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por noventa (90) días consecutivos en un intento de hasta dos (2) intentos por año cubiertos al 100%. Para más información consulte su beneficio de medicamentos recetados.

BENEFICIO DENTAL

PALIC-PR, en conformidad con La Ley 352 del 22 de diciembre de 1999, provee en este plan, cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios de anestesia dental en el contrato de servicios a un asegurado, que honren la cubierta de anestesia general y servicios de hospitalización en determinados casos de procedimientos dentales para infantes, niños, niñas, adolescentes o personas con impedimentos físicos y mentales.

Cubierta de Anestesia y Hospitalización en Procedimientos Dentales

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

PALIC-PR provee cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios dentales en el contrato de servicios, y no podrá excluir o negar cubierta para anestesia general a ser administrada por un anesthesiólogo y servicios de hospitalización en los siguientes casos:

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

Preautorización

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

Los documentos a ser requeridos serán:

- (a) el diagnóstico del paciente;
- (a) la condición médica del paciente, y
- (b) las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental de acuerdo a lo dispuesto por la ley

Servicios Básicos

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

Servicios Cubiertos:

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

A. Servicios Diagnósticos y Preventivos

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

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

B. Servicios Generales

1. Visita al hospital
2. Aplicación de medicamento desensibilizante
3. Tratamiento de las complicaciones (post-quirúrgicas) reportadas por circunstancias inusuales

LIMITACIONES A LOS SERVICIOS BÁSICOS:

1. El examen comprensivo inicial está limitado a uno (1) cada tres (3) años.
2. Los servicios de examen periódico de rutina, de emergencia y profilaxis dentales (limpieza) están limitados a dos (2) por año póliza cada uno, por asegurado y a intervalo de no menos de seis (6) meses desde la última fecha de servicio.
3. La serie completa de radiografías o la panorámica están limitadas a no más de una cada tres (3) años póliza por asegurado, ni más de un par de radiografías de mordida por cada año póliza por asegurado.
4. El tratamiento de fluoruro tópico está limitado a dos (2) por año póliza a un intervalo no menos de seis (6) meses, hasta el día que el asegurado cumpla diecinueve (19) años de edad.

REEMBOLSO A LA PERSONA ASEGURADA POR SERVICIOS DENTALES

Si el servicio se presta fuera de Puerto Rico por cirujano-dentista no participante, PALIC-PR pagará directamente a la persona asegurada la cantidad que resulte menor, entre el 100% del gasto incurrido y el 100% del honorario que hubiese pagado a un cirujano-dentista participante por el mismo servicio de acuerdo a los honorarios establecidos

por PALIC-PR, luego de descontar los coaseguros aplicables.

Cualquier servicio que preste un cirujano-dentista fuera de Puerto Rico a una persona asegurada, aplicará a los límites establecidos en esta Póliza, como si los servicios hubiesen sido prestados en Puerto Rico.

ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL

Las personas aseguradas en esta cubierta continuarán siendo elegibles al cumplir sesenta y cinco (65) años de edad.

Los servicios de la cubierta dental estarán disponibles para todos los (as) participantes que se acojan y paguen la prima correspondiente por la misma. La cubierta pagará por servicios que se consideren médicamente necesarios.

BENEFICIOS DE FARMACIA

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

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

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

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

Medicamentos Recetados

PALIC-PR provee este beneficio para el pago de medicamentos recetados por un médico, que sean aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA por sus siglas en inglés y adquiridas por una persona asegurada y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado.

En cumplimiento con la ley 203 del 2012 que enmienda el Código de Salud de Puerto Rico, PALIC-PR proveerá para el despacho de los medicamento cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. Además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

Procedimientos para el Manejo de los Beneficios de Medicamentos Recetados

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

- A. PALIC-PR garantizará que todo comité de farmacia y terapéutica establezca políticas y requisitos de divulgación en los que se contemple la identificación de posibles conflictos de interés entre los miembros de los comités y los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta. Ningún miembro del comité de farmacia y terapéutica tendrá relación o interés alguno, financiero o de otra índole, con los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta.
- B. PALIC-PR garantizará que todo comité de farmacia y terapéutica establezca por escrito y siga un procedimiento para evaluar la evidencia médica y científica relacionada con la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta, incluyendo la información comparativa sobre medicamentos de receta similares y bioequivalentes, al decidir cuáles de los medicamentos de receta se incluirán en el formulario y al desarrollar otros procedimientos de manejo. PALIC-PR también garantiza que el comité de farmacia y terapéutica establezca procedimientos para el análisis, y posible inclusión en el formulario, de medicamentos para un uso no indicado (“off label use”), en aquellas condiciones de salud donde se haya probado, mediante evidencia médica o científica, la eficacia del medicamento.

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

- C. PALIC-PR requerirá que todo comité de farmacia y terapéutica adopte y observe un procedimiento, el cual constará por escrito, para considerar e implantar actualizaciones y cambios en el formulario u otro procedimiento de manejo, de manera oportuna, a base de:
 - (1) Nueva evidencia científica y médica u otra información relacionada con los medicamentos de receta que figuren en el formulario o estén sujetos a otro procedimiento de manejo y nueva evidencia científica y médica sobre medicamentos de receta recién aprobados y de otra índole que no figuren en el formulario o estén sujetos a algún otro procedimiento de manejo, para determinar si se debe hacer un cambio al formulario o procedimiento de manejo;
 - (2) si fuera aplicable, información que reciba PALIC-PR respecto a solicitudes de excepción médica para permitir que el comité de farmacia y terapéutica evalúe si los medicamentos que figuran en el formulario o que están sujetos a otro procedimiento de manejo, cumplen con las necesidades de las personas cubiertas o asegurados; e
 - (3) información sobre la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta que figuran en el formulario o están sujetos a otro procedimiento de manejo, información sobre medicamentos de receta que sean clínicamente similares o bioequivalentes pero que no figuran en el formulario ni están sujetos a otro procedimiento de manejo, información que surja de las actividades de garantía de calidad de PALIC-PR, o información incluida en reclamaciones recibidas después de la revisión más reciente del comité de farmacia y terapéutica de dichos medicamentos de receta.

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

El proveedor de atención médica puede recetarle repeticiones para medicamentos de mantenimiento hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o ciento ochenta (180) días de suplido en total, en la medida en que no ponga en peligro la salud del paciente, y a discreción del médico, sujeto a las limitaciones de la cobertura del plan de salud.

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

A. PALIC-PR cumplirá con los siguientes requisitos:

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

Los beneficios se cubrirán de la siguiente manera:

1. Servicios prestados por farmacias participantes:

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

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

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

Suministros y Medicamentos Cubiertos:

El beneficio de medicamentos tiene los siguientes límites por despacho:

- **Formulario de Medicamentos** - *Este plan médico tendrá un Formulario que contiene una lista específica de medicamentos cubiertos y que será entregada al asegurado y estará disponible llamando al teléfono Centro de llamadas de Servicio al Cliente de PALIC-PR al (787) 620-1414. Este formulario incluye medicamentos de marca preferida y marca no preferida. Definimos **Formulario** a una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por la organización de seguros de salud o asegurador, o su designado, y la cual regularmente se evalúa para añadir o excluir medicamentos de receta, a la cual se refieren para determinar los beneficios en la cubierta de farmacia.*
- **Terapia escalonada** - *Significa el protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica. Este formulario requiere el uso de terapia escalonada para ciertos medicamentos previos a utilizar el medicamento que fue recetado por su doctor.*

Regla de Despacho Medicamento

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

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

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

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

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

EL BENEFICIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS TIENE LOS SIGUIENTES LÍMITES POR DESPACHO:

- **Medicamentos de Mantenimiento despachados en una farmacia al detal** - *Los 30 primeros días y 5 repeticiones de 30 adicionales hasta llegar a los 180. Para medicamentos de mantenimiento, en cumplimiento con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, artículo 4.120, cuando el historial del asegurado así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud, el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de ciento ochenta días (180) días, sujeto a las limitaciones de la cubierta del plan médico.*
- **Medicamentos de Mantenimiento, por correo (voluntario)** - *90 días y 3 repeticiones. Despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos a 90 días en Farmacias.*

- **Medicamentos Especializados** - *Despacho solamente en farmacias participantes en Programa de Medicamentos Especializados*
- **Medicamentos cubiertos sin leyenda federal** Insulina - Insulina y jeringuillas para la administración de insulina
- **Medicamentos fuera del Recetario (Over the Counter, OTC por sus siglas en Inglés) – Nivel 10** - *Ver formulario para detalles de medicamentos cubiertos*

Los medicamentos cubiertos bajo esta Póliza son:

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

Medicamentos cubiertos sin leyenda federal

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

Programa de Medicamentos Especializados

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

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

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

Descripción de Beneficios de Farmacia

Tipo de Cubierta

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

Beneficio Inicial: Gold HMO Solutions - Plan 2

El miembro paga un copago que va de \$0 hasta \$1,000. A partir \$1,001 en adelante el miembro paga el 85% de coaseguro para medicamento [genérico, marca preferida, marca no preferida, especializados y biotécnicas] hasta alcanzar el beneficio máximo (MOOP)

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

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

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

Abastecimiento de Medicamentos en General

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

6. Abastecimiento de noventa (90) días para algunos medicamentos de mantenimiento como medicamentos para condiciones cardíacas, tiroides, diabetes, entre otros; despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos a 90 días en Farmacias. No aplica a los Productos Especializados.

Limitaciones

1. La persona asegurada tendrá derecho al reembolso de una cantidad que no exceda el 70% de la tarifa establecida por PALIC-PR para los medicamentos cubiertos despachados por farmacias no participantes en los Estados Unidos de América y sus posesiones, excepto en Puerto Rico, según se establece en la sección de Exclusiones. A esta cantidad se le descontará lo establecido en la sección de Copago, Coaseguro o Deducible.
2. Los medicamentos cuyo abastecimiento es de treinta (30) días estarán limitados a: productos para la diabetes incluyendo insulina, medicamentos para tiroides y sus derivados, nitroglicerina, diuréticos, preparaciones de digital, hipotensores, bloqueadores, anticoagulantes, anticonvulsivos, antiartríticos, hemorreológicos, hormonas de sexo, vasodilatadores, cánceres orales, úlceras, antiasmáticos, colesterol, *Parkinson* y glaucoma, entre otros. Los medicamentos para el tratamiento de úlceras están limitados a *Tagamet*®, *Zantac*®, *Pepcid*®, *Axid*® y *Carafate*®.
3. Se despacharán los medicamentos genéricos como primera opción, excepto cuando los mismos no existan en el mercado.
4. Los medicamentos despachados a través del programa de Envío de Medicamentos por Correo (*mail order*) o Despacho de Medicamentos a 90 días en farmacias estarán limitados a ciertos medicamentos de mantenimiento. No aplica a los productos especializados.
5. Los medicamentos *Over-the-Counter* (OTC) cubiertos incluyen: *Prilosec OTC*®, *Claritin*® OTC, *Zyrtec*® OTC, *Zaditor*® OTC, *Motrin*® OTC, *Advil*® OTC, *Aleve*® OTC, *Ecotrin*® OTC, *Bayer*® OTC, *Lamisil*® OTC, *Miralax*® OTC y los genéricos de éstos; y cualquier otro medicamento OTC que PALIC-PR desee incluir. Además, se cubren algunas dosis de aspirina para asegurados mayores de 18 años de edad. Los mismos están incluidos en la Lista de Medicamentos. Para poder obtener el medicamento a través de su cubierta de farmacia, se requiere que el asegurado presente en la farmacia una receta del médico que indique la selección del medicamento OTC. Los demás medicamentos OTC permanecen excluidos.
6. En algunos casos, requerimos que el asegurado trate primero un medicamento como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición (Terapia Escalonada). Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan ambos para tratar su condición médica, nosotros requerimos que su médico recete primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para el asegurado, entonces cubriremos el Medicamento B.

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

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

A. Medicamentos que requieren pre-autorización (PA):

Ciertos medicamentos necesitan una pre-autorización para ser obtenidos por el paciente. Los mismos se identifican en la Lista de Medicamentos o Formulario con PA (requiere Pre-autorización), en cuyo caso, la farmacia gestiona la pre-autorización antes del despacho del medicamento al asegurado. La farmacia

también nos contactará para obtener autorización por cambios en dosis y cuando los cargos exceden los \$1,500 por receta despachada para evitar errores de facturación.

Los medicamentos que requieren pre-autorización usualmente son aquellos que presentan efectos adversos, son candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado. Aquellos medicamentos que han sido identificados que requieren pre-autorización deben satisfacer los criterios clínicos establecidos según lo haya determinado el Comité de Farmacia y Terapéutica. Estos criterios clínicos se han desarrollado de acuerdo a la literatura médica actual.

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

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

Exclusiones Generales de la Cubierto Básica

Este plan médico no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Servicios que se presten mientras el seguro de la persona no esté en vigor.
2. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, responsabilidad del Patrono, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona asegurada no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquier otro país, por la persona cubierta excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
4. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
5. Gastos o servicios de comodidad personal como teléfono, televisión o servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio.
6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos clínicos, quiroprácticos, doctores de neuropatía y otros especificados en esta Póliza.
7. Gastos por exámenes físicos requeridos por el Patrono del empleado asegurado.
8. Rembolso de gastos ocasionados por pagos que una persona asegurada le haga a cualquier médico o proveedor participante sin estar obligada por esta Póliza a hacerlos.

9. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
10. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto PALIC-PR determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta Póliza. Tampoco están cubiertos los gastos médicos relacionados con estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos médicos que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio (*clinical trials*) para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En este caso, PALIC-PR cubrirá los “gastos médicos rutinarios del paciente”, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios de paciente”, aquellos relacionados con el estudio o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio. Una vez estos servicios sean incluidos en la cubierta, PALIC-PR pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dichos servicios médicos se hubiesen prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.

11. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física, mamoplastias o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno), septoplastias, rinoseptoplastias, blefaroplastias, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto la obesidad mórbida tratada en Puerto Rico; tratamientos de liposucción, abdominoplastía y ritidectomía abdominal e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstas, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
12. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) y otros instrumentos artificiales. Estarán cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
13. Intervenciones quirúrgicas cuyo propósito sea el de restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear. Además, se excluyen los servicios hospitalarios y las complicaciones asociadas con éstas.
14. Servicios por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, los servicios médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas con éstos excepto pruebas para detectar infertilidad.
15. Gastos por servicios de escalenotomía - división del músculo escaleno anticus sin resección de la costilla cervical.
16. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos de corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea. Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados a los trasplantes mencionados en esta exclusión. Estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyan en esta Póliza.
17. Gastos por servicios médicos en tratamientos de acupuntura.
18. Gastos por servicios de medicina deportiva, medicina natural, música terapia, psicoanálisis y rehabilitación cardíaca.
19. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista excepto las anestésicas conforme a la Ley Núm. 352 del 22 de diciembre de 1999.
20. Servicios necesarios para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada), ya sea mediante la aplicación de aparatos prostéticos o de cualquier otro método
21. Gastos por servicios de escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente; servicios necesarios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares, etc.).
22. Gastos por implantes relacionados a la cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar).
23. Gastos por inmunoterapia para alergia (vacunas de alergia).
24. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
25. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
26. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.

27. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, así como cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que el asegurado resulte positivo en el mismo. Luego de que el asegurado participe en cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que resulte positivo en ese programa de detección patronal, es elegible al beneficio de tratamiento de rehabilitación cubierto por esta Póliza.
28. Gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado; excepto en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que la persona asegurada estuvo activa en el ejército (service connected), en cuyo caso la compañía recobra a la Administración de Veteranos.
29. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio serán evaluadas de forma individual, previa a ser reconocidas para pago y PALIC-PR determine su inclusión o exclusión en la cubierta ofrecida bajo este plan médico. PALIC-PR determinará las pruebas de laboratorio cubiertas bajo este plan médico. Las pruebas de laboratorio, consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por PALIC-PR.
30. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.
31. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima.
32. Servicios prestados por facilidades de Tratamiento Residencial fuera de Puerto Rico, independientemente exista o no justificación médica para el tratamiento.
33. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o bypass gástrico no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo. Requiere pre-autorización.
34. Gastos por remoción de skin tags, reparación de ptosis e inyección en tendón/puntos de gatillo.
35. Gastos por pruebas de laboratorios citogénicas y cromosomas genéticos, *heavy metals*, dopaje, *unlisted codes*, *HLA Typing*.
36. Gastos por aparatos prostéticos e implantes como tampoco Ortopedia, equipos de ortopédicos u ortóticos y rehabilitación cardíaca.

Exclusiones de Beneficios Dentales

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

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

1. Todo servicio no incluido como servicio cubierto en la descripción de esta cubierta.
2. Servicios para las reconstrucciones orales totales (*Full Mouth Reconstruction*).
3. Tratamientos de endodoncia en dientes primarios (deciduos).
4. Servicios dentales básicos, prótesis y de periodoncia prestados por cirujano- dentistas no participantes en Puerto Rico.

5. Todo servicio dental que se preste con fines puramente cosméticos.
6. Gastos por servicios de prótesis, endodoncia, periodoncia y ortodoncia.
7. Servicios de apicectomia y tratamiento de canal en dientes molares.
8. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
9. Gastos por servicio de reemplazo o reparación de aparatos provistos bajo los servicios de ortodoncia.
10. Programa de control de la placa.
10. Instrucción de higiene oral.
11. Instrucciones dietéticas.
12. Productos que se compran sin receta médica tales como blanqueadores de dientes, pasta de dientes, hilos dentales.
13. Servicios provistos por proveedores que están fuera de la red de proveedores de Palic-PR.
14. Óxido nitroso

Exclusiones de los Beneficios de Farmacia

Las exclusiones de el plan médico o cubierta de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos. PALIC-PR no será responsable por los gastos correspondientes a los siguientes beneficios:

1. Medicamentos que no contengan la leyenda: "Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription (Over-the-Counter (OTC))", excepto los medicamentos indicados en la sección de Limitaciones.
2. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas o instrumentos similares aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
3. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cubierta de farmacia, irrespectivo a que contengan la leyenda federal: "Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription"
 - a. Cualquier medicamento con fines cosméticos o mezclas con el mismo fin.
 - b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para niños entre las edades de 6 meses a 6 años) y condiciones dermatológicas como pediculosis y escabidas, productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú, lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie), medicamentos para el dolor (*Nubain®* y *Stadol®*); y los productos *Rogaine®*, *Retin-A®* y *Accutane®*.
 - c. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento excepto en casos de obesidad mórbida tratada en Puerto Rico.
 - d. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad, fertilidad, impotencia o implantes
 - e. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos.
 - f. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral, excepto algunas dosis de ácido fólico para mujeres, Vitamina D y algunas presentaciones de suplementos de hierro para niños entre los 6 y 12 meses de edad.
 - g. Hormonas de crecimiento.

- h. Medicamentos para trasplantes de órganos y tejidos excepto aquellos medicamentos que son necesarios para el trasplante de piel, hueso y cornea.
 - i. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa.
- 4. Productos considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones, para los cuales la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*) no ha autorizado su uso. Tampoco están cubiertos los gastos médicos o de farmacia relacionados con estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos médicos o de farmacia que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio (*clinical trials*) para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial.
- 5. Cualquier gasto por medicamentos que formen parte de las exclusiones acá mencionadas no estará cubierto bajo ningún concepto a menos que se necesite hacer cambios en esta sección y en el formulario de medicina o en otros procedimientos de manejo de medicamentos de recetas si estos obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento no lo pueda suplir o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de recetas o de medicamentos que se encuentren en esta sección.
- 6. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.
- 7. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.

REFERIDOS

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

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

PRE AUTORIZACIONES

El proceso de pre-autorización le garantiza a usted y a su familia que recibirá un nivel de cuidado adecuado para su condición de salud. El objetivo de una pre-autorización es establecer medidas de cuidado coordinado que aseguren que los servicios hospitalarios y ambulatorios se brinden en el lugar, en el momento y por el profesional adecuado. Además, verificar la elegibilidad del asegurado para el servicio que se está solicitando. El médico, hospital o facilidad están orientados sobre qué servicios deben ser pre-autorizados. Las pre-autorizaciones puede ser hospitalaria o para sus servicios ambulatorios.

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

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

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

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

Puede someter la información requerida vía fax o por correo.

Oficina Central: [(787) 620-414]

Fax Centros de Servicios:

[(787) 999-1251

(787) 999-8834]

Correo:

Pan-American Life Insurance Company of PR

Departamento de Pre-Autorización

[P.O. Box 369865

San Juan, Puerto Rico 00936-9865]

Procedimiento de Trámite de Pre Autorizaciones

PALIC-PR tiene un período de 15 días luego del recibo de la solicitud de pre-autorizaciones de procedimientos electivos para lo siguiente:

- a. Notificarle su determinación; o
- b. Solicitarle información adicional. Usted tendrá hasta 45 días para proveer la información solicitada.
- c. Indicarle que necesita más tiempo para tomar su decisión. Esta extensión puede ser de hasta quince (15) días adicionales.

PRE AUTORIZACIONES EN CASOS URGENTES

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

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

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

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

[CONTACTOS

Página de Internet [www.palig.com]

Página de Registro al portal [www.mypalig.com] *(Por favor referirse a la página 148 para instrucciones de como registrarse).*

Servicio al Cliente

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

Pre Autorizaciones

PALIC-PR

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

Números de teléfono de contacto y número de facsímile

Servicio al Cliente [787-620-1414]

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

[Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m.

Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m.

Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.]

Fax – Servicio al Cliente

[787-999-1255 / 787-999-8834]

COMO REGISTRARSE A SU PORTAL WWW.MYPALIG.COM

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

Para registrarse favor de seguir los pasos a continuación:

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

Asegurado deberá acceder la página/ Seleccionar el Idioma



Hacer Click: Member/Policy Holder Portal


Español • Registrarse • Iniciar sesión

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

Miembro/Asegurado
 ¿Quiere estar seguro o seguro en un participante cubierto por un plan de Pan American Life?

Proveedor
 ¿Quiere estar seguro o seguro en un proveedor?

Emprendedor/Propietario
 Por favor, comuníquese con su proveedor de cuenta para el acceso al Portal de Información de Pan American Life.

Estudiante
 Por favor, comuníquese con su proveedor de cuenta para el acceso al Portal de Información de Pan American Life.

© Copyright 2016 - Pan American Life Insurance Group | Política de Privacidad | Términos de uso | Protección Financiera por Pan American Life


Español • Inicio • Mi Cuenta • Salir

Bienvenido a MyPalo.com!

A dónde voy desde aquí?

<p>Conectarse a un portal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembros Fideicomiso del Assegurado • Portal del Grupo para Mercado Doméstico • Portal de Gestión y Cobertura 	<p>Mantenimiento de Cuenta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar Mi Cuenta
--	---

Para obtener ayuda, póngase en contacto con Servicio al Cliente al 1-877-583-3075 (seleccione por favor la opción 1)

© Copyright 2016 - Pan American Life Insurance Group | Política de Privacidad | Términos de uso | Protección Financiera por Pan American Life

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