

## **Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico**

**Metro Office Park No. 2 Calle 1 Suite 101**

**Guaynabo, Puerto Rico 00968-1705**

### **SERVICIOS CUBIERTOS**

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

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

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

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

Su Médico de Atención Primaria es aquel:

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

El máximo de desembolso o gasto de bolsillo por beneficios cubiertos por año póliza incluyen desembolso, co-pago y co-aseguro 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 anuales de costos compartidos que aplican a los servicios médicos y de medicamentos en esta Póliza, serán de \$6,350 en cubiertas individuales y \$12, 700 en cubiertas de familia.

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

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

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

En los casos en que PALIC-PR requiera referidos, pre autorización o autorización previa a la prestación de servicios, PALIC-PR no será responsable por el pago de dichos servicios, si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha pre autorización previa por parte de PALIC-PR. Hay ciertas condiciones que, por sus características particulares, requieren que PALIC-PR revise de cerca la utilización de los servicios para evitar el fraude al seguro o el abuso de los servicios. Las políticas de PALIC-PR van dirigidas a lograr una buena administración de estos casos particulares, de manera que se garantice un trato igual para todos los asegurados bajo condiciones similares, a la vez de garantizar un manejo costo-efectivo. Esta política no se interpretará como una eliminación o reducción de los beneficios cubiertos bajo esta Póliza.

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

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

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

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

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

## **SERVICIO PREVENTIVO PARA ADULTOS**

- **Cernimiento para la aneurisma abdominal aórtica (AAA)** - *Un servicio de cernimiento para AAA en hombres de 65 a 75 años de edad que sean fumadores o hayan sido fumadores en algún momento.*
- **Abuso del Alcohol** - *Cernimiento y consejería sobre abuso de alcohol en adultos de 18 años o mayores que tienen un patrón de riesgo o están en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, incluyendo intervenciones conductuales.*
- **Consejería sobre uso de Aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares** - *Para los hombres entre las edades de 45 a 79 años o para mujeres entre las edades de 55 a 79 años.*
- **Cernimiento de hipertensión (HBP)** - *Cernimiento para la detección de la hipertensión arterial en los adultos hombres y mujeres de 18 años en adelante*
- **Cernimiento de Colesterol** - *Cernimiento de trastorno de lípidos para hombres de entre 20 a 35 años de edad; de estar expuestos o en alto riesgo de contraer enfermedades coronarias. Pruebas de cernimiento de colesterol a hombres de 35 años de edad en adelante; mujeres de 45 años de edad en adelante cernimiento de trastorno de lípidos de estar expuestos o en alto riesgo de contraer enfermedades coronarias. En mujeres de 20-45 años de edad recomienda cernimiento de trastorno de lípidos de estar expuestas o en alto riesgo de contraer una enfermedad coronaria.*
- **Cernimiento de Cancer Colorectal** - *Prueba de sangre oculta para cernimiento para el cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años hasta la edad de 75 años.*
- **Cernimiento de depresión** - *Evaluación para cernimiento de depresión. Aplica a adultos (hombres y mujeres) y cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, psicoterapia, (cognitiva-*

*conductual o interpersonal ) y seguimiento*

- **Cernimiento de Diabetes Tipo II** - *Para adultos con hipertensión. Incluye consejería y prueba para identificar los niveles de azúcar en la sangre en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg.*
- **Dieta** - *Asesoramiento dietético conductual intensivo para pacientes adultos con hiperlipidemia y otros factores de riesgo conocidos de enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas relacionadas con la dieta. Asesoramiento intensivo brindado por médicos primarios o por referido a otros especialistas, como nutricionistas o dietistas.*
- **Cernimiento de HIV** - *Toda persona entre las edades de 15 a 65 años, por lo menos una vez. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Todas las mujeres embarazadas también requieren cernimiento de HIV. Consulte con su médico la frecuencia en la que debe realizarse la prueba*
- **Inmunización (Vacunas) de Adultos** - *Las dosis, edades pueden variar, consulte con su médico. Incluye: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Tetanus, Diphtheria, Pertussis y Varicella incluyendo las de seguimiento ("catch-up")*
- **Obesidad** - *Consejería y cernimiento para todos los adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m<sup>2</sup> o más, deben ser referidos a intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas.*
- **Enfermedades de Transmisión sexual** - *Consejería y cernimiento de enfermedades de transmisión sexual para adultos de alto riesgo*
- **Uso de Tabaco** - *Cernimiento para todos los adultos e intervenciones para cesar el uso de tabaco. Este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por años.*
- **Sífilis** - *Cernimiento de sífilis en adultos de alto riesgo*
- **Vacuna del Cáncer Cervical conforme Ley Núm. 9 del 20 de enero de 2010, Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012, Ley Núm. 255 de 15 de septiembre de 2012 y La Ley ACA** - *Según las disposiciones de la ley Núm. 9 del año 2010, La Ley Núm. 218 del 30 de agosto, Ley Núm. 255 de 15 de septiembre del 2012 y La Ley ACA, se cubrirá la vacuna para varones y mujeres contra el cáncer cervical hasta los 27 años y la pruebas de cernimiento a personas aseguradas.*
- **Adultos con sobrepeso y obesidad** - *Asesoría conductual intensiva para adultos con sobrepeso u obesidad, con al menos un factor de riesgo adicional para las enfermedades cardiovasculares para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.*
- **Prueba anual de cáncer en el pulmón.-** *Prueba anual de cáncer en el pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis para los adultos entre las edades de 55 y 80 años que han fumado durante 30 años y fuman en la actualidad, o hayan dejado de fumar durante los últimos 15 años. Las pruebas deben descontinuarse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema médico que limite sustancialmente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación curativa del pulmón.*
- **Cernimiento de Glucosa** – *Cernimiento de Glucosa en la sangre anormal & Diabetes Mellitus Tipo 2 para adultos de 40-70 años de edad con sobre peso y obesidad sin costo compartido y siguiendo las nuevas recomendaciones del USPSTF*
- **Cernimiento para detectar infertilidad-** *Cernimiento para la detectar infertilidad para hombres y mujeres Estas pruebas serán sin costo compartido*

- **Prevención de caídas para adultos mayores** – Se recomienda ejercicio o terapia física para prevenir caídas en los hogares de adultos de 65 años o más que están en alto riesgo de caídas.
- **Prevención de caídas para adultos mayores: Vitamina D** – Se recomienda suplementos de Vitamina D para prevenir caídas en los hogares de adultos de 65 años o más que están en riesgo de caídas.
- **Prueba de cernimiento del Virus de la Hepatitis C (HCV) – Hepatitis C virus infection screening** – El USPPSTF recomienda el estudio para la detección de la infección por el virus de la Hepatitis C a personas de alto riesgo de infecciones. También recomienda ofrecer 1 prueba por el VHC a adultos nacidos entre los años 1945 y 1965
- **Prueba de cernimiento del Virus de la Hepatitis B (HDV) – Hepatitis B virus infection screening** – El USPPSTF recomienda el estudio para la detección de la infección por el virus de la Hepatitis B a personas de alto riesgo de infecciones. A parte de las mujeres embarazadas, también aplica a adultos y adolescentes que no están embarazadas. Cernimiento para adultos riesgo de infección.

## **SERVICIO PREVENTIVO PARA MUJERES, INCLUYENDO MUJERES EMBARAZADAS**

### **Servicio Preventivo**

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

- *Un miembro de la familia tenía cáncer de mama y de ovario*
- *Tienes herencia judía de Europa Oriental*
- **Lactancia** - *Apoyo y consejería a través de un proveedor adiestrado en lactancia (pediatra, ginecólogo/obstetra, médico de familia) durante el embarazo y/o en el periodo post parto; El equipo de lactancia está cubierta con orden médica luego del tercer trimestre de embarazo y hasta el primer año luego del parto. Suplidos adicionales para máquina de lactancia están cubiertos y equipo disponible a través de proveedores contratados.*
- **Cernimiento de Cáncer Cervical** - *Para mujeres sexualmente activas entre las edades de 21 a 65 años por medio de citología (PaP cada tres años). Prueba de virus de papiloma humano en combinación con citología cada 5 años para mujeres entre las edades de 30 a 65 años.*
- **Cernimiento de infección de clamidia** - *Cernimiento para mujeres de 24 años o menos de edad o mujeres de 25 años o más de edad de alto riesgo y mujeres embarazadas.*
- **Métodos Anticonceptivos aprobados por la FDA \*\*** - *Incluye métodos hormonales, de barrera y dispositivos implantados así como la inserción y remoción de aparatos intrauterinos. El Medicamento Plan B (conocida como el morning after pill) estará cubierto a través de farmacias contratadas. Se requiere prescripción médica. Todos los métodos anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva*

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

- **Cernimiento y consejería para la violencia doméstica e interpersonal** - *Cernimiento y consejería sobre violencia domestica e interpersonal.*
- **Suplementos de ácido fólico** - *Para todas las mujeres que planean o tienen capacidad de quedar embarazadas tomar un suplemento diario de 0,4 a 0,8 mg (400 a 800 pg.) de ácido fólico.*
- **Pruebas de Cernimiento de diabetes gestacional** - *Para embarazadas entre las semanas 24 y 28 de gestación y en la primera visita prenatal para mujeres identificadas con alto riesgo de diabetes.*
- **Gonorrea** - *Pruebas de cernimiento de gonorrea a todas las mujeres sexualmente activas, incluyendo aquellas embarazadas si están en un alto riesgo de infección.*
- **Virus de la Hepatitis B** - *Cernimiento de Mujeres Embarazadas en su primera visita prenatal. El USPPSTF recomienda el estudio para la detección de la infección por el virus de la Hepatitis B a personas de alto riesgo de infecciones. A parte de las mujeres embarazadas, también aplica a adultos y adolescentes que no están embarazadas. Cernimiento para adultos riesgo de infección.*

- **Consejería y cernimiento de detección para la infección del virus de inmune deficiencia** - Pruebas de cernimiento del VIH y consejería para toda sexualmente activa incluyendo a mujer embarazada que se encuentren en proceso de dar a luz o prontas a dar a luz y cuyo resultado de VIH es desconocido y que no se han hecho nunca la prueba.
- **Prueba de alto riesgo del virus del Papiloma Humano (Human Papilloma) (Prueba de DNA)** - Aplica a mujeres con resultados normales de citología. Esta prueba de cernimiento debe realizarse a partir de los 30 años de edad, con una frecuencia de cada tres años.
- **Osteoporosis** - Cernimiento para osteoporosis en mujeres de 65 años de edad o mayores y en mujeres más jóvenes cuyo riesgo de fracturas es igual o mayor al de una mujer de raza blanca de 65 años que no tenga riesgos adicionales.
- **Clasificación de Grupo Sanguíneo – Factor Rh(D)** - Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita de cuidado prenatal y posteriormente para todas las mujeres RH (D) negativo entre las 24 y 28 semanas de gestación que no han sido de sintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea RH (D) negativo.
- **Uso de Tabaco** - Cernimiento e intervenciones para mujeres usuarias de tabaco e intervenciones extendidas para embarazadas que utilizan tabaco. Este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por años.
- **Enfermedades de Transmisión Sexual** - Consejería anual para mujeres sexualmente activas
- **Sífilis** - Cernimiento para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con alto riesgo
- **Visitas Preventivas de Mujeres a servicios de ginecología y obstetricia** - Visitas preventivas para obtener los servicios preventivos recomendados con acceso directo y sin referido o autorización, a servicios de ginecología y obstetricia.
- **Exámenes de VIH** - Las siguientes pruebas incluidas en el más reciente recomendaciones de la "United States Preventive Services Task Force (USPSTF): 1) Una primera prueba de VIH durante el primer trimestre del embarazo en la primera visita prenatal, y 2) Una segunda prueba durante el tercer trimestre del embarazo (entre la semana 28 y 34 de embarazo)
- **Aspirina** - Aspirina en dosis bajas (81 mg/d) como medicación preventiva después de 12 semanas de gestación en mujeres que estén en alto riesgo de preclamsia.

## **SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS**

### **Servicio Preventivo**

- **Uso de Tabaco y Alcohol** - Evaluaciones para adolescentes
- **Autismo** - Cernimiento para niños menores entre los 12 y 36 meses.
- **Evaluación de Salud Conductual** - Niños de todas las edades, 0-11 meses, 1- 4 años, 5-10 años, 11-14 años, 11-14 años 15 a 17 años
- **Cernimiento de presión sanguínea** - Cernimiento de presión sanguínea para niños y adultos de 18 años en

*adelante*

- **Desplazamiento Cervical** - *Cernimiento para niñas sexualmente activas*
- **Hipotiroidismo Congénito** - *Cernimiento para recién nacidos*
- **Depresión** - *Cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, psicoterapia (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento.*
- **Cernimiento de desarrollo** - *Cernimiento para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.*
- **Dislipidemia** - *Cernimiento para niños a riesgo de desórdenes de lípidos Edades: 1-4 años, 5 -10 años, 11-14 años, 15 – 17 años*
- **Suplementos Orales de Fluoruro** - *Suplementos Orales de Fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor.*
- **Gonorrea** - *Medicamento preventivo para los ojos de los recién nacidos*
- **Cernimiento Auditivo** - *Cernimiento de audición para recién nacidos.*
- **Cernimiento de crecimiento de estatura, peso y masa de índice corporal** - *Cernimiento para los niños Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5 – 10 años, 11-14 años 15 – 17 años.*
- **Hematocritos o Hemoglobina** - *Cernimiento para niños*
- **Hemoglobinopatías o Enfermedad de Células Falciformes** - *Cernimiento para la detención de células falciformes para los recién nacidos*
- **HIV** - *Cernimiento para la infección de VIH en adolescentes y adultos de 15 a 65 años. Los adolescentes más jóvenes y los adultos mayores que tienen riesgos más elevados también deberán ser revisados.*
- **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, Varicella incluyendo las de seguimiento (“catch-up”)*
- **Suplementos de Hierro** - *Para niños en edades de 6 a 12 meses a riesgo de anemia*
- **Cernimiento de Plomo** - *Cernimiento de para detectar el nivel de plomo en la sangre para niños entre 1 y 5 años que están en riesgo de estar expuestos y cernimiento para mujeres también embarazadas asintomáticas.*
- **Historial Médico** - *Para todos niño durante el desarrollo; entre las edades de 0-11meses, 1-4 años, 5 – 10 años 11-14 años, 15-17 años.*
- **Obesidad** - *Para niños de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso.*
- **Prevención de Caries Dentales - Salud Oral para niños recién nacidos hasta la edad de 5 años** - *El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria prescriban suplementos de fluoruro oral a partir de*

los 6 meses de edad para los niños cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro hasta la edad de 5 años.

- **Prevención de Caries Dentales - Aplicación (tópica) del Barniz de Fluoruro** - El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria apliquen barniz de fluoruro a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir de la erupción de los dientes primarios hasta la edad de 5 años.
- **Phenylketonuria (PKU)** - Cernimiento en recién nacidos para desordenes genéticos
- **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 17 años.

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

- **Cáncer en la Piel** - Consejería para niños, adolescentes y jóvenes de entre 10 y 24 años de edad quienes tienen piel delicada y blanca acerca de cómo minimizar su exposición a los rayos ultravioleta para reducir el riesgo de contraer cáncer en la piel.
- **Aplicación (tópica) del Barniz de Fluoruro** - Aplicación (tópica) del barniz de fluoruro a niños menores de 5 años de edad

## 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 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 incluyen pero no se limitan a genética, neurología, inmunología gastroenterología, nutrición, terapias del habla y 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** - Según la Ley 218-2012 aprobada el 30 de agosto los tratamientos para las condiciones de la Osteoporosis estarán cubiertos. Los servicios cubiertos incluye visitas médicas y pruebas medicamente necesarias para su monitoreo y tratamiento.
- **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, 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. Aplica copago o coaseguro de oficina médica o facilidad ambulatoria.



- **Pruebas para el Diagnostico de la capacidad física y mental de los estudiantes conforme la Ley Núm. 296 del 1 de septiembre de 2000 - Prueba Psicológica:** *Las pruebas para el diagnóstico de la capacidad física y mental de los estudiantes en el inicio del curso escolar requeridas por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, conocida como Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico sin costo alguno más allá de la prima establecida originalmente en los planes. Dicha evaluación médica deberá incluir evaluaciones física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición. Entre las evaluaciones durante el año en curso son: Historial Médico del niño, Examen Físico General, Medidas de Cabeza, Estaturas, Peso, Masa Corporal, Presión Arterial, Cernimiento de Visión, Cernimiento de Audición, Evaluación de Desarrollo, Hematocrito o Hemoglobina, Análisis de Orina, Prueba de Excreta, Prueba de Tuberculina, Asma, Epilepsia, Piel, Guía Anticipada (Orientación), Colesterol, Glucosa y Problemas del Habla.*
- **Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015** - La Ley Núm. 62 de 4 de mayo 2015 establece que se cubre el uso de equipos tecnológicos si son necesarios para que el usuario pueda mantenerse con vida para que se continúe con el beneficio de servicio a pacientes menores de 21 años y a los pacientes mayores de veintiún (21) años y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar.
- **Ley Núm. 177 del 13 de agosto de 2016** - La Ley según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, planes de seguros que brinden servicios en Puerto Rico y cualquier otra entidad contratada para ofrecer beneficios de salud en Puerto Rico, deben incluir, 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.
- **Ley 275 del 27 de Septiembre de 2012 – “Carta de Derechos de los Pacientes Sobrevivientes de Cáncer - Sección 3 – A (g) y 3 – E (d) –**  
**Derechos Generales – Sección 3 A (g)** *Las aseguradoras no podrán rechazar o denegar 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 podrá dejarse al descubierto por parte de dichas aseguradoras, organizaciones de servicios de salud y proveedores de planes de cuidado de salud.*  
**Derechos adicionales para féminas pacientes de cáncer – Sección 3 E (d)** - *Todo plan deberá proveer cubierta ampliada para el pago de estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sono-mamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.*

## **SERVICIOS CUBIERTOS EN LOS ESTADOS UNIDOS A LA PERSONA CUBIERTA**

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

Si cualquier persona con derecho a beneficios sujetos a esta póliza recibe los servicios cubiertos de

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

En casos que requieran equipo, tratamiento y facilidades que no estén disponibles en Puerto Rico. Estos servicios estarán sujetos a pre-autorización del plan y coaseguros correspondientes al plan seleccionado. PALIC- PR pagara la tarifa de Puerto Rico.

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

## **ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS**

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

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

# SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

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

## Descripción de los Beneficios

### Servicio de Diagnósticos y Tratamiento

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

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

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

## **Laboratorios, Rayos X y Otras Pruebas Diagnósticas**

**Referirse a la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles** 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 *Nerve conduction velocity study*, hasta dos (2) pruebas, de cada tipo, por año póliza, por persona asegurada
- Endoscopias gastrointestinales
- Pruebas diagnósticas en oftalmología
- Electroencefalogramas
- Pruebas cardiovasculares invasivas y no invasivas
- Pruebas vasculares no invasivas
- Electrocardiogramas
- Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), hasta una (1) prueba, de cada tipo, por vida
- Otras pruebas diagnósticas
- Examen de refracción, cubierto cuando sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría y hasta un (1) examen por año póliza, por persona asegurada.

## **Cuidado de Maternidad**

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

- Servicios sin periodos de espera para la esposa asegurada en contratos de familia, cohabitantes o parejas domésticas, para la empleada asegurada e hijas del empleado asegurado.
- Servicios pre y postnatales recibidos por la persona asegurada.
- Hospitalización – *Se requiere referido médico de Atención Primaria* (**Referirse a la Tabla Copagos, Coaseguros y Deducibles por hospitalización para parto con pre autorización, sin pre autorización y hospitalizaciones parciales.**)
- 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***

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

### **Terapias de Tratamiento -**

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

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

### **Terapia Respiratoria administrada en oficina médica**

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

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

### **Terapias de Habilitación y Rehabilitación**

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

- Las terapias de habilitación y rehabilitación que pueden ser como mínimo 20 y como máximo [de 21 hasta [XX] [ser ilimitada]] sesiones por cada una de las terapias.
- Terapias de Habilitación – Limite pueden ser como mínimo 20 y como máximo [de 21 hasta [XX] [ser ilimitada]] sesiones por año póliza.
- Terapias de Rehabilitación – Limite pueden ser como mínimo 20 y como máximo [de 21 hasta [XX] [ser ilimitada]] sesiones por año póliza.
- **Nota:** El total de las terapias son combinadas entre terapias de habilitación, rehabilitación, manipulación

*quiropática y terapia física. Las terapias que se ofrecen en el cuidado del hogar son aparte y no se toman en consideración cuando hablamos de terapias combinada*

### **Servicios de Quiropráctico y Terapia Física**

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

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

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

### **Equipo Médico Duradero (DME)**

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

- Compra o renta Ventilador Mecánico o la Bomba portátil de insulina y suplidos, sujeto a pre autorización
- Los servicios provistos por proveedores no participantes en Puerto Rico serán pagados a base de las tarifas establecidas por PALIC-PR, luego de descontar el coaseguro correspondiente al servicio recibido.

#### **1) Ventilador Mecánico**

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

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

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

La Ley Núm. 62 del 4 de mayo 2015 establece que se cubre el uso de equipos tecnológicos si son necesarios para que el usuario pueda mantenerse con vida para que se continúe con el beneficio de servicio a pacientes menores de 21 años y a los pacientes mayores de veintiún (21) años y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar.

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

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

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

### **Cuidado de Salud en el Hogar**

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

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

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

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

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

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

### **Servicios de Nutrición**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **CUBIERTA ESTANDAR DE VACUNACION PARA NIÑOS, ADOLECENTES 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.

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

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

### **Vacunas Preventivas Estándar con \$0 Co-pago**

#### **Desde 2 meses:**

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

#### **Desde 2 años:**

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



**Hasta 5 años\*:**

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

**Hasta los 7 años\*:**

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

**Desde 11 años:**

- **Tdap\*** (Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis)(90715) – Hasta los 19 años
- **HPV\*** (Human Papilloma Virus) (Gardasil-90649, Cervarix-90650) - (Desde los 9 años para casos de niñas y niños víctimas de abuso sexual) Hasta los 27 años

**Desde 60 años:**

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

**Edades variables:**

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

**Vacunas con \$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 BASICO DE VISION

### Servicio Básico Cubierto Pediátrico

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

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

### LIMITACIONES A LOS SERVICIOS DE VISION PEDIATRICA:

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

### Servicio Básico Cubierto para Adulto

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

### LIMITACIONES A LOS SERVICIOS DE VISION PARA ADULTO

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

## SERVICIOS MEDICOS - QUIRURGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

PALIC-PR se compromete a pagar, a base de las tarifas establecidas para tales propósitos, por los servicios cubiertos en esta Póliza que sean prestados a la persona asegurada durante periodos de hospitalización.. Sólo estarán cubiertos durante cualquier periodo de hospitalización los servicios de médicos que normalmente estén disponibles en el hospital [Nombre de Hospital] en que la persona asegurada se hospitalice. Si los servicios que el asegurado necesita no están disponibles en el hospital [Nombre del Hospital] el asegurado podrá buscar o escoger otro proveedor que participe de la red de proveedores de PALIC-PR siempre y cuando cumpla con los requisitos de referido 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. Los gastos por obtener y transportar materiales necesarios para los trasplantes de piel, hueso y córnea sujetos al coaseguro correspondiente
- Endoscopias gastrointestinales
- Servicios de rinoplastia
- Servicios de esterilización (*Los servicio de esterilización para la mujer , como servicio preventivo y para el hombre (la vasectomía) están cubierto con cero copago o coaseguro*)
- Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal
- 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 *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

## **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 la política establecida por PALIC-PR.

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

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

## Descripción de los Beneficios

### Servicios Médicos - Quirúrgicos

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

### Hospitalizaciones

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

- Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones regulares.
- Facilidad Ambulatoria y Cirugía Ambulatoria
- Comidas y dietas especiales
- Uso de servicios de telemetría
- Uso de Sala de Recuperación
- Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para Infantes (*Step Down Unit*)
- Servicio general de enfermería
- Administración de anestesia por personal no médico
- Servicios de laboratorios clínicos
- Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos relacionados con hiperalimentación y materiales de anestesia
- Producción de electrocardiogramas
- Producción de estudios radiológicos
- Servicios de terapia física y rehabilitación
- Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes
- Servicios de terapia respiratoria
- Uso de Sala de Emergencia cuando el asegurado sea admitido al hospital

- Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital que sean ordenados por el médico de cabecera y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital
- Uso de las unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología
- Facilidades de hemodiálisis. Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de:
  - a. la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta Póliza; o
  - b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.

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

- Sangre para transfusiones
- Servicios de esterilización (*Los 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.

#### **Ambulancia**

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

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

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

- **Servicios de Ambulancia:** El servicio de ambulancia terrestre está cubierto a base de las tarifas correspondientes determinadas por PALIC-PR, conforme con la distancia recorrida.

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

- Sistema 9-1-1” significa el sistema de respuesta de llamadas de emergencias de seguridad pública vía el número 9-1-1, creado en virtud de la Ley Núm. 144 de 22 de diciembre de 1994, según enmendada, conocida como “Ley para la Atención Rápida a Llamadas de Emergencias de Seguridad Pública” o “Ley de Llamadas 9-1-1”
  - Fue transportado por un servicio de ambulancia, según se define en la Sección de Definiciones: SERVICIOS DE AMBULANCIA;
  - padecía de una enfermedad o lesión para la cual estaba contraindicado otro medio de transportación;
  - envía la reclamación a PALIC-PR con el informe médico de la emergencia que incluya el diagnóstico; y
  - la factura por ese servicio indica el lugar donde se recogió al asegurado y su destino.

Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:

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

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

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

## SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

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

### Descripción de los Beneficios

#### Condiciones Mentales Generales

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

Servicios para el tratamiento de condiciones mentales:

- Servicios de enfermeras especiales durante hospitalizaciones por condiciones mentales

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

### **Otras Evaluaciones Psicológicas**

- Evaluación Psicológica para adultos

### **Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)**

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

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

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

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

### **Tratamiento Residencial (Residential Treatment)**

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

### **Cesación de Tabaco**

Cesación de Fumar y Uso del Tabaco (consejería para dejar de fumar y usar tabaco) es un servicio preventivo que (incluye [dos (2)] sesiones de consejería por año póliza. Cada sesión de consejería incluye hasta [cuatro (4)] visitas en persona.)

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

## BENEFICIO DENTAL

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

### Cubierta de Anestesia y Hospitalización en Procedimientos Dentales

La compañía o aseguradora de servicios de salud que provea cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios dentales en el contrato de servicios a un suscriptor, no podrá excluir o negar cubierta para anestesia general a ser administrada por un anestesiólogo y servicios de hospitalización en los siguientes casos:

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

### Pre-autorización

Toda compañía o aseguradora de servicios de salud que requiera al suscriptor 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 suscriptor someta todos los documentos requeridos por la compañía o aseguradora de servicios de salud.

Los documentos a ser requeridos serán:

- (a) el diagnóstico del paciente;
- (b) la condición médica del paciente, y
- (c) las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 1 de esta Ley.



## Servicios Básicos

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

### Servicios Cubiertos:

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

#### A. Servicios Diagnósticos y Preventivos

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

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

#### B. Servicios Generales

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

#### LIMITACIONES A LOS SERVICIOS BÁSICOS:

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

## BENEFICIOS DE FARMACIA

### Beneficios

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

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

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

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

## **Suministros y Medicamentos Cubiertos:**

El beneficio de medicamentos tiene los siguientes límites por despacho:

- **Formulario de Medicamentos** - *Este plan médico tendrá un Formulario que contiene una lista específica de medicamentos cubiertos y que será entregada al asegurado y estará disponible llamando al teléfono Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de PALIC-PR al (787) 620-1414. Este formulario incluye medicamentos de marca preferida y marca no preferida. Definimos **Formulario** a una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por la organización de seguros de salud o asegurador, o su designado, y la cual regularmente se evalúa para añadir o excluir medicamentos de receta, a la cual se refieren para determinar los beneficios en la cubierta de farmacia.*
- **Formulario con Terapia Escalonada** - *Un **Formulario con Terapia Escalonada** es un listado de medicamentos diseñado por la organización de seguros de salud o asegurador que busca darle una amplia cubierta de medicamentos a sus asegurados de manera segura, efectiva y costo efectiva. Este formulario forma parte de un programa clínico que solo aplica a ciertos medicamentos recetados. Con la terapia escalonada, los asegurados recibirán beneficios para medicamentos que están sujetos a una terapia escalonada, solo después de probar primero con medicamentos alternativos determinados como seguros, efectivos y menos costosos. En el caso de que los medicamentos alternativos identificados en el formulario de medicamentos no sean adecuados para el asegurado, el médico podrá solicitar una excepción al programa de terapia escalonada.*

- **Formulario sin Terapia Escalonada** - Un **Formulario sin Terapia Escalonada** es un listado de medicamentos diseñado por la organización de seguros de salud o asegurador que busca darle una amplia cubierta de medicamentos a sus asegurados de manera segura, efectiva y costo efectiva. Este formulario no requiere el uso de ciertos medicamentos previo a utilizar el medicamento que fue recetado por su doctor.
- **Regla de Despacho Medicamento - MAC-A** El beneficio de medicamentos recetados de esta Póliza requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos bioequivalentes o genéricos como primera opción.

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

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

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

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

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

- **Medicamentos de Mantenimiento despachados en una farmacia al detal** - Los 30 primeros días y 5 repeticiones de 30 adicionales hasta llegar a los 180. Para medicamentos de mantenimiento, en cumplimiento con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, artículo 4.120, cuando el historial del asegurado así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud, el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de ciento ochenta días (180) días, sujeto a las limitaciones de la cubierta del plan médico.
- **Medicamentos de Mantenimiento, por correo (voluntario)** - 90 días y 3 repeticiones. Despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos a 90 días en Farmacias.
- **Medicamentos Especializados** - Despacho solamente en farmacias participantes en Programa de Medicamentos Especializados
- **Terapia Escalonada** - Es un programa clínico que solo aplica a ciertos tipos de medicamentos recetados. Este programa puede requerir que usted trate ciertos medicamentos previo a que utilice otros medicamentos

para la misma condición. Por ejemplo: el Medicamento 1 y el Medicamento 2 se utilizan para tratar la misma condición médica, PALIC-PR no puede pagar por el Medicamento 2 sin que usted haya tratado el Medicamento 1. Si el Medicamento 1 no funciona para usted entonces PALIC-PR pagará por el Medicamento 2. Este tipo de terapia busca tratar sus condiciones médicas con la terapia de medicamentos recetados más rentable, efectiva y segura progresando a otras terapias más costosas.

### 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 basará 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

- **Deducible inicial:**
  - \$1,000.00 por persona asegurada por año póliza (aplica solo al plan Gold HMO Premier (Plan 1))
  - \$2,000.00 por familia por año póliza (aplica solo al plan Gold HMO Premier (Plan 1))

### **Beneficio Inicial: Gold HMO Solution - Plan 2**

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

A partir \$1,001 en adelante el miembro paga el 80% 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 **Co-pago, Co-aseguro o Deducible**.
2. Los medicamentos cuyo abastecimiento es de treinta (30) días estarán limitados a: productos para la diabetes incluyendo insulina, medicamentos para tiroides y sus derivados, nitroglicerina, diuréticos, preparaciones de digital, hipotensores, bloqueadores, anticoagulantes, anticonvulsivos, antiartríticos, hemorreológicos, hormonas de sexo, vasodilatadores, cáncer orales, úlceras, antiasmáticos, colesterol, *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. [Programa de Terapia Escalonada

Este programa requiere la utilización de medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés) o medicamentos genéricos antes de utilizar otros medicamentos para ciertas condiciones médicas. Así puede

lograr accesibilidad a medicamentos con efectividad y seguridad probada, copagos más bajos o hasta cero copagos en medicamentos de primer paso y mejor cumplimiento con la terapia de medicamentos.

Las clasificaciones que requieren un medicamento *OTC* como primer paso incluyen los inhibidores de la bomba de proton (PPI, por sus siglas en inglés), antihistamínicos no-sedantes y agentes para alergias oculares. Las clasificaciones que requieren un medicamento genérico como primer paso incluyen las estatinas para el colesterol, los bifosfonatos orales para la osteoporosis y los corticosteroides nasales para las alergias. Estos medicamentos también forman parte de la Lista de Medicamentos de PALIC-PR.

Este programa aplicará a los asegurados que utilizan el medicamento por primera vez, o si ha transcurrido un periodo mayor de 6 meses de haber utilizado alguno de los medicamentos.

Para los medicamentos en el primer paso, la receta será procesada y aprobada. En el caso de los medicamentos de segundo paso, si el asegurado ha utilizado medicamentos de primer paso en los últimos 6 meses, éstos serán procesados y aprobados. Si no ha utilizado medicamentos de primer paso, la farmacia le informará al asegurado que debe utilizar medicamentos de primer paso. El médico, luego de evaluar el caso del asegurado, debe escribir una receta con el medicamento de primer paso o solicitar una pre autorización a PALIC-PR para un medicamento de segundo paso, incluyendo una justificación médica.

Si un asegurado con otro Plan de Salud se suscribe a PALIC-PR y utiliza actualmente un medicamento de segundo paso, el asegurado debe evidenciar que ha estado utilizando el medicamento de segundo paso proveyendo copia a PALIC-PR o a la farmacia, según aplique, de los siguientes documentos: copia de su historial de reclamaciones que puede proveer la farmacia o copia de su informe de utilización del Plan de Salud anterior (explicación de beneficios, EOB).

***El Programa de Terapia Escalonada requiere que los asegurados utilicen un medicamento de Primera Línea antes de que utilice un medicamento de Segunda Línea para su condición. Los medicamentos genéricos son los que usualmente son utilizados como medicamentos de Primera Línea y los de marca como Segunda Línea en su formulario de medicamentos. El Programa de Terapia Escalonada incluye las siguientes categorías terapéuticas:***

#### Medicamentos – Categorías - Terapia Escalonada

ACNE ANTIPSYCHOTICS, ARB, AUTOIMMUNE, BISPHOSPHONATES, BPH COMBOS, BPH5 RED, PH-ALPHA1 BLCK, DULERA, GRALISE; LYRICA; HORIZANT, HMG, INHALED STEROID, INTUNIV, MULTIPLE SCLEROSIS, NASAL STEROIDS, NICOTINE, NSAID, PROTON PUMP INHIBITORS, PROSTAGLANDIN ANALOG, PROTOPIC, RANEXA, SHORT ACTING BETA AGONIST (SABA), SEROQUEL/SEROQUEL XR, SLEEP AGENTS, SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRI, SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRI)), SYMBICORT, TRIPTANS, ULORIC, URINARY ANTISPASMODICS, VANCOCIN, ZETIA

#### **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, abdominoplastia y ritidectomía abdominal e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a éstas, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
12. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) y otros instrumentos artificiales. Estarán cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
13. Intervenciones quirúrgicas cuyo propósito sea el de restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear. Además, se excluyen los servicios hospitalarios y las complicaciones asociadas con éstas.
14. 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 (Ejemplo: corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea). Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante. Estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyan en esta Póliza.
17. Gastos por servicios médicos en tratamientos de acupuntura.
18. Gastos por servicios de medicina deportiva, medicina natural, música terapia, psicoanálisis y rehabilitación cardiaca.
19. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista excepto las anestias conforme a la Ley Núm. 352 del 22 de diciembre de 1999.
20. Servicios necesarios para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada), ya sea mediante la aplicación de aparatos prostéticos o de cualquier otro método
21. Gastos por servicios de escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente; servicios necesarios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares, etc.).
22. Gastos por implantes relacionados a la cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar).
23. Gastos por inmunoterapia para alergia (vacunas de alergia).
24. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
25. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
26. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
27. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, así como cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que el asegurado resulte positivo en el mismo. Luego de que el asegurado participe en cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que resulte positivo en ese programa de detección patronal, es elegible al beneficio de tratamiento de rehabilitación cubierto por esta Póliza.
28. Gastos ocasionados por guerra o conflicto internacional armado.
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 de la Póliza de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.

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

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

## **Exclusiones de los Beneficios de Farmacia**

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

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

1. Medicamentos que no contengan la leyenda: "Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription (Over-the-Counter (OTC))", excepto los medicamentos indicados en la sección de Limitaciones.
2. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas o instrumentos similares aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
3. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cubierta de farmacia, irrespectivo a que contengan la leyenda federal: "Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription"
  - a. Cualquier medicamento con fines cosméticos o mezclas con el mismo fin.
  - b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para niños entre las edades de 6 meses a 6 años) y condiciones dermatológicas como pediculosis y 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 (Ejemplo: *Norplant®*, *Zoladex®*, etc.).
  - 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 obedecen 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.

# [CONTACTOS

**Página de Internet** [\[www.palig.com\]](http://www.palig.com)

**Dirección de correo electrónico**

**Dirección Postal**

**Servicio al Cliente**

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

**Pre Autorizaciones**

**PALIC-PR**

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

**Números de teléfono de contacto y número de facsímile**

**Servicio al Cliente** **[787-620-1414]**

**Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:**  
[Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m.  
Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.]

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

**Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico**  
**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES 2017**

	Cubierta Metálica
	<b>Oro</b>
	Nombre del Plan
	<b>Gold HMO Premier (Plan 1)</b>
<b>Deducible Anual para Medicamentos Recetados Especializados, Biotécnicos y Marca No Preferida</b>	
-Individual	\$1,000.00
-Familiar	\$2,000.00
<b>Deducible Anual para Medicamentos Recetados Genérico, Bioequivalente o Marca Preferida</b>	
-Individual	\$0
-Familiar	\$0
<b>Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Básicas y Farmacia Combinado</b>	
-Individual	\$6,350
-Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
-Accidente	\$25
-Enfermedad	\$75
<b>Hospitalización</b>	
-Parcial incluyendo Salud Mental	\$50
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental y Abuso de Sustancias)	\$100
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental y Abuso de Sustancias)	\$100
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	40%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
-Generalista	\$6
-Especialista	\$10
-Sub-Especialista	\$15
-Psiquiatra	\$15
-Psicólogo	\$15
-Obstetra / Ginecólogo	\$15
-Naturopatía	\$15
-Podiatría	\$15
-Quiropráctico	\$10
-Audiólogo	\$15
-Optómetra	\$15
-Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio	\$15
-Facilidad y Cirugía Ambulatoria	15%
Quimioterapia inyectable, vía intravenosa, vía oral, vía intratecal y Cobalto – <i>No hospitalizado</i>	40%
-Radioterapia	40%
-Litotricia	40%
<b>Servicio de Maternidad</b>	
Perfil Biofísico (1 por Embarazo)	40%
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero</b>	
-Terapia Física	\$9
-Terapia Respiratoria	\$8

-Terapia Rehabilitativa o Habilitativa	\$8
-Cuidado de Salud en el Hogar	40%
-Equipo Médico Duradero	40%
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$15
<b>Salud Mental</b>	
-Terapia de Grupo	\$15
-Visitas Colaterales	\$15
<b>Farmacia</b>	
-Beneficio Inicial de Farmacia	N/A
Terapia Escalonada	No
-Nivel 1 - Generico Bioequivalente	\$8 (HMO \$4)
-Nivel 2 - Marca Preferida	30% (HMO 25%)
-Nivel 3 - Marca No Preferida	40% (HMO 40%)
-Nivel 4 - Productos Especializados y Biotécnicos	40% (HMO 40%)
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$5(HMO \$1)
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
-Generico Bioequivalente	N/A
-Marca Preferida	N/A
-Marca No Preferida	N/A
<b>Servicios de Laboratorios y Rayos X</b>	
-Laboratorio	40%
-Rayos X	40%
-PET Scan o PET CT (1 por año)	40%
-CT o MRI (1 por región anatómica)	40%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
-Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	0%
-Visitas para cuidado preventivo de recién nacido (well baby care) durante el primer año de vida del niño	0%
-Inmunizaciones (Vacunas) No - Preventivas	50%
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	50%
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Low Vision, Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	\$0; 1 por año por niño asegurado
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$15
Servicio de Ambulancia	Un máximo de reembolso de \$80 por caso
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$0
Trasplantes de piel, hueso y cornea	40%
Servicios de emergencia en EU	40%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	40% a tarifas de PR; Requiere Pre-Autorización
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	25%
<b>Programas Incluido como Parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	PALIC-PR Reembolsará \$20 por visita
<b>Cubierta Dental</b>	
-Diagnostico y Preventivo	0%



-Mantenedores de Espacio		20%
--------------------------	--	-----