

RESUMEN DE BENEFICIOS

*EFFECTIVIDAD: 1RO DE ABRIL DE 2019 AL
31 DE MARZO DE 2021*

UNIÓN INDEPENDIENTE DE EMPLEADOS TELEFÓNICOS DE PUERTO RICO (UIET)



PREMIUM U1

DIRECCIÓN POSTAL

PO Box 191580, San Juan PR
00918-1580

DIRECCIÓN FÍSICA

Ext. Villa Caparra, 530 Calle
Marginal Buchanan,
Guaynabo, PR 00966
Tel. 787-474-3999

TABLA DE CONTENIDO

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE	6
AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SUSCRIPCIÓN A PLANES INDIVIDUALES SI USTED YA NO ES ELEGIBLE PARA UN PLAN GRUPAL.....	7
DISPONIBILIDAD DE CUBIERTA EN EL MERCADO INDIVIDUAL	7
PROCEDIMIENTO DE SUSCRIPCIÓN DENTRO Y FUERA DENTRO DEL PERIODO DE SUSCRIPCIÓN FIJO	7
TRASFONDO HISTÓRICO	10
QUIÉNES SOMOS	10
NUESTRO COMPROMISO.....	10
NUESTROS PROVEEDORES.....	11
RED DE SERVICIOS.....	11
NUESTROS SUSCRIPTORES.....	11
NUESTRAS ALTERNATIVAS EN PRODUCTOS	12
CÓMO FUNCIONA EL PLAN.....	12
DEFINICIONES	13
DISPOSICIONES GENERALES	19
DISPOSICIONES UNIFORMES	21
CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS DE ESTE PLAN	31
CÓMO UTILIZAR ESTA CUBIERTA	32
SISTEMA DE QUERELLAS.....	47
DIVULGACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN EXTERNA.....	54
CUBIERTA PREMIUM	55
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.....	55
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN.....	55
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR (HOME HEALTH CARE).....	56

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA	56
EQUIPO MÉDICO DURADERO	59
SERVICIOS PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN.....	59
SERVICIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES CON CANCER DE SENO *	60
SERVICIO DE ANESTESIA GENERAL Y USO DE SALA PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES*	61
SERVICIOS DE MATERNIDAD.....	62
SERVICIOS PARA CONDICIONES MENTALES	63
SERVICIOS DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO	63
SERVICIOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS	64
SERVICIOS DE TERAPIAS ESPECIALIZADAS	65
SERVICIOS DE EMERGENCIA	65
BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIAS MÉDICAS FUERA DE PUERTO RICO	66
CUIDADO DE URGENCIA- SERVICIOS FUERA DE PUERTO RICO (SÓLO ESTADOS UNIDOS).....	67
SERVICIOS PREVENTIVOS.....	67
SERVICIOS PREVENTIVOS.....	67
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS	67
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA MUJERES INCLUYENDO LAS EMBARAZADAS	71
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS.....	73
EXCLUSIONES.....	77
TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS	81
CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES	83
DEFINICIONES	83
DISPOSICIONES GENERALES	84
GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.....	85
BENEFICIOS CUBIERTOS.....	86
Trasplante de Órganos.....	88
REQUERIMIENTOS DE ELEGIBILIDAD para LOS TRASPLANTE DE ÓRGANOS.....	90

PERIODOS DE ESPERA para LOS TRASPLANTE DE ÓRGANOS	90
EXCLUSIONES GENERALES para LOS TRASPLANTE DE ÓRGANOS.....	91
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES	92
CUBIERTA DE FARMACIA F-12	93
DEFINICIONES	97
DESCRIPCIÓN DE LA CUBIERTA	100
DEDUCIBLEs, COPAGOS Y COASEGUROS APLICABLES	101
DEDUCIBLE ANUAL DE MEDICAMENTOS	101
COPAGOS Y COASEGUROS.....	101
BENEFICIO INICIAL	101
CANTIDAD DE DESPACHO	101
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA	103
CUBIERTA DENTAL D-10	105
A. SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y PREVENTIVO	105
B. SERVICIOS RESTAURATIVOS BÁSICOS (20% COASEGURO).....	106
C. SERVICIOS RESTAURATIVOS MAYORES (50% COASEGURO)*	106
D. PRÓTESIS FIJA (50% COASEGURO)*	107
E. PRÓTESIS REMOVIBLE (50% COASEGURO)*	107
F. ORTODONCIA (50% COASEGURO)*	108
BENEFICIO MÁXIMO ANUAL	108
DIRECTORIO DE LIBRE SELECCIÓN	108
EXCLUSIONES.....	109
CUBIERTA DE SALUD VISUAL	110
SERVICIOS DE SALUD VISUAL PEDIÁTRICO	110
SERVICIOS DE SALUD VISUAL ADULTO	111
SEGURO DE VIDA	112
HOSPITALES Y CLÍNICAS ASOCIADAS	114

FIRST HEALTH CALL.....114

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE

ESTE CONTRATO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE *MEDICARE*

Este no es un plan Complementario a *Medicare*

Este contrato provee beneficios limitados, si usted cumple con las condiciones del mismo para gastos relacionados a los servicios específicos enumerados en el contrato. No paga sus copagos o coaseguros de *Medicare* y no es un sustituto para cubierta complementaria a *Medicare*.

Este contrato duplica beneficios de *Medicare* cuando:

Algunos de los servicios cubiertos por el contrato también están cubiertos por *Medicare*.

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

- **Hospitalización**
- **Servicios médicos**
- **Otras partidas y servicios aprobados**

Antes Que Usted Compre Este Contrato

Coteje la cubierta en **todos** los contratos de plan de salud que tenga.

Para más información sobre *Medicare* y la cubierta complementaria a *Medicare*, revise la *Guía de Cubierta de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la organización de servicios de salud.

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

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SUSCRIPCIÓN A PLANES INDIVIDUALES SI USTED YA NO ES ELEGIBLE PARA UN PLAN GRUPAL

DISPONIBILIDAD DE CUBIERTA EN EL MERCADO INDIVIDUAL

First Medical Health Plan, Inc. no negará la disponibilidad de productos en el Mercado individual según aprobados por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, a cualquier persona o patrono que le solicite de conformidad a la legislación aplicable. No se denegará cubierta de plan médico a ningún individuo o patrono sujeto a las limitaciones permisibles por ley. Aquellos empleados y/o sus dependientes que pierdan elegibilidad a la cubierta grupal, podrán solicitar conversión a una cubierta individual de acuerdo a las disposiciones señaladas en la sección Procedimiento de suscripción dentro y fuera del Periodo de Suscripción Fijo de este contrato. En caso del mercado de planes individuales, no impondrá restricción por condiciones preexistentes, independientemente de la edad del suscriptor.

PROCEDIMIENTO DE SUSCRIPCIÓN DENTRO Y FUERA DENTRO DEL PERIODO DE SUSCRIPCIÓN FIJO

First Medical Health Plan, Inc. proveerá cubierta a todo individuo que la solicite, sin sujetarlos a evaluación de riesgo ni a periodo de espera por condiciones preexistentes; en los planes médicos que tenga disponibles para el mercado de planes médicos individuales.

Estos planes individuales se proveerán dentro del periodo de suscripción fijo anual que transcurre desde el 1 de octubre al 31 de diciembre de cada año la fecha de efectividad de la cubierta será el 1 de enero del siguiente año. Luego del 31 de diciembre, si la solicitud se recibe entre los días 1 y 15 del mes, la cubierta será efectiva al primer día del mes siguiente. Si la solicitud se recibe entre el día 16 al 31 del mes, la cubierta será efectiva el primer día del segundo mes en que se recibió la solicitud.

Un plan individual ya suscrito deberá renovarse durante los periodos fijos de suscripción anual subsiguientes. Este plan se entenderá renovado retroactivamente al 1 de enero si el suscriptor renueva el mismo en o antes del 31 de enero. De no renovar según previamente establecido, no tendrá derecho a la suscripción garantizada al plan médico individual hasta el próximo periodo de suscripción anual, excepto que se extendiera la cubierta según establecido en el periodo especial de suscripción definido en este contrato.

Para suscripciones fuera del periodo fijo o fuera de los periodos especiales de suscripción (o que no sean resultado de un evento cualificante), First Medical Health Plan, Inc. aceptará suscripciones sujeto a la imposición de un periodo de espera de noventa (90) días calendario desde la fecha de efectividad del contrato, exceptuando casos de emergencias, según dispone la ley. El periodo de espera de noventa (90) días calendario no aplica a personas que solicitan un plan individual como resultado de los siguientes eventos cualificantes:

1. Ejercen su derecho de conversión al mercado individual con First Medical Health Plan, Inc.;
2. Proviengan de otra Organización de Seguros de Salud o Asegurador y cumplan con los siguientes criterios:
 - a. Ha estado sin cubierta por sesenta y tres (63) días o menos;
 - b. Su último plan médico fue grupal;
 - c. Ha estado cubierto por un plan médico en los últimos dieciocho (18) meses. En ese lapso el suscriptor puede haber estado cubierto por planes del mercado individual o grupal;
 - d. la póliza anterior no ha sido cancelada por falta de pago o fraude de parte del suscriptor;
 - e. Si el suscriptor era elegible a la cubierta de la Ley Federal "Consolidated Omnibus Budget Act de 1986" (COBRA por sus siglas en inglés), seleccionó la misma, y la agotó;
 - f. o si perdió elegibilidad al plan de Mi Salud; o
3. Cumplan con aquellos otros criterios que el Comisionado de Seguros de Puerto Rico disponga mediante carta normativa.
4. También será elegible en este plan cualquier individuo que se haya quedado sin cubierta grupal o cubierta individual debido a la quiebra, disolución o revocación de licencia del asegurador con el cual tenía su plan médico, siempre y cuando presente su solicitud al nuevo asegurador dentro de sesenta y tres (63) días luego de declarada la quiebra, disolución o revocación de la licencia del asegurador.
5. Si ocurre un evento cualificador según se define en el Artículo 603 de ERISA que son los siguientes:
 - a. por la muerte del suscriptor principal,
 - b. la terminación de empleo o reducción de horas del suscriptor principal,
 - c. el divorcio o separación legal del suscriptor principal de su cónyuge,
 - d. el suscriptor principal es elegible a beneficios de Medicare,
 - e. un hijo dependiente deja de serlo,
 - f. un procedimiento de quiebras bajo el título 11 de la ley federal que haya comenzado en o después del 1 de julio de 1986 con respecto a un patrono de cuyo empleo se haya retirado el suscriptor principal; o
6. En cualquiera de las circunstancias que se describen a continuación:
 - a. Se pierde la cubierta mínima con los beneficios de salud esenciales;
 - b. Se adquiere un dependiente por medio de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción;
 - c. La persona cubierta se inscribió o dejó de inscribirse en un plan médico de manera no intencional, inadvertida o errónea y como resultado del error, tergiversación o falta de acción de algún oficial, empleado o agente de First Medical Health Plan, Inc. o del Departamento de Salud Federal (HHS, por sus siglas en inglés) o sus instrumentalidades. Esto será evaluado y determinado por First Medical Health Plan, Inc. First Medical Health Plan, Inc. tomará las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o falta de acción;
 - d. La persona cubierta demuestra que su plan anterior en el que esté inscrito violó sustancialmente los términos del contrato;
 - e. Es elegible por primera vez o adviene elegible nuevamente
 - f. En aquellos casos en que la cubierta existente bajo un plan grupal patronal elegible ya no sea costeable o ni siquiera proveerá un valor mínimo para el próximo año del

plan médico patronal, First Medical Health Plan, Inc. permitirá que las personas elegibles tengan acceso a la cubierta en un periodo especial de suscripción antes de que termine la cubierta bajo dicho plan patronal

- g. Una persona elegible o una persona cubierta solicita un plan médico debido a un cambio de residencia.

TRASFONDO HISTÓRICO

First Medical Health Plan, Inc., es una Organización de Servicios de Salud. Fue fundada en el 1977 y actualmente su presidente es el Sr. Francisco J. Artau Feliciano. Por más de 39 años **First Medical Health Plan, Inc.**, ha dedicado sus esfuerzos a mejorar la calidad de vida de la comunidad trabajadora puertorriqueña mediante la planificación e implantación de cubiertas de servicios médicos de la más alta calidad a un costo muy razonable.

El compromiso de servir bien a nuestros suscriptores ha merecido la lealtad de aquellos que laboran en los sectores de la manufactura y servicio, tanto en la industria privada como el sector gubernamental.

QUIÉNES SOMOS

First Medical Health Plan, Inc., es una organización puertorriqueña con fines de lucro dedicada a ofrecer al consumidor puertorriqueño productos, cubiertas de beneficios y servicios médicos a través de programas de libre selección y manejos coordinados que ayuden al desarrollo y mantenimiento de una mejor salud y mejor calidad de vida a nuestros suscriptores.

NUESTRO COMPROMISO

Mantener una comunicación abierta con nuestros suscriptores, ya que estos nos ofrecen información valiosa para la implementación de nuevos proyectos y establecer nuevos objetivos organizacionales. Para nosotros servir a nuestros suscriptores es un placer. Nuestro compromiso es el siguiente:

- ✓ Servicio al suscriptor de excelencia
- ✓ Servicio honesto, íntegro y respetuoso
- ✓ Mantener informados a los suscriptores de los cambios en la medicina
- ✓ Mantenernos actualizados en todos los nuevos adelantos de la industria

NUESTROS PROVEEDORES

First Medical Health Plan, Inc., cuenta con la mayoría de los hospitales en Puerto Rico, en adición cuenta con una red de proveedores a través de toda la Isla, permitiendo a nuestros suscriptores escoger el médico de su preferencia utilizando nuestro Directorio Médico. El mismo es actualizado periódicamente, lo cual garantiza a nuestros suscriptores la información más reciente sometida por nuestros proveedores.

Para su conveniencia, el Directorio Médico ha sido organizado por orden alfabético. Bajo cada pueblo encontrará los nombres de los proveedores que prestan servicios en esa región, acompañados por la dirección física y teléfonos de sus oficinas.

Nuestra Red de Proveedores es **International Medical Card** consta de alrededor de 10,000 proveedores de servicio.

RED DE SERVICIOS

Para ofrecer un servicio de calidad **First Medical Health Plan, Inc.**, cuenta con 18 Oficinas de Servicio, 12 Hospitales y 12 Clínicas alrededor de todo Puerto Rico.

NUESTROS SUSCRIPTORES

First Medical Health Plan, Inc., ofrece diversas cubiertas de servicios médicos tanto al empleado suscrito de la empresa privada como aquellos que laboran en el sector público. Dichas cubiertas están aprobadas por el Comisionado de Seguros y anualmente son revisadas, de modo que cumplan con las necesidades y exigencias de nuestros suscriptores y de la medicina moderna. Las mismas están diseñadas para tomar los servicios a través de un programa de Libre Selección (Directorio) o manejo coordinado (Centros).

Los suscriptores que actualmente disfrutan de nuestras cubiertas pertenecen a los siguientes sectores:

- ❖ Grupos de Empresas Privadas
- ❖ Pago Directo
- ❖ Estado Libre Asociado de Puerto Rico

NUESTRAS ALTERNATIVAS EN PRODUCTOS

En ésta sección encontrará una descripción general sobre las opciones en productos y cubiertas:

FIRST MEDICAL:	Cubierta Médico-Hospitalaria
Farmacia:	Cubierta de Farmacia
Salud Oral:	Cubierta Dental
Cubierta Opcional:	Gastos Médicos Mayores y Cubierta Visual

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

INTRODUCCIÓN

Esta Cubierta establece sus derechos y obligaciones como suscriptor o persona cubierta. Es importante que usted LEA SU RESUMEN CUIDADOSAMENTE y se familiarice con sus términos y condiciones.

Esta Cubierta podría requerir que usted como empleado suscrito contribuya al pago de las primas establecidas. La información relacionada a las primas y a cualquier porción de los costos de primas que el suscriptor tenga que pagar, en el caso de que el/ella deje de ser elegible a este plan, puede obtenerla solicitando la correspondiente orientación.

Es esencial que usted MANTENGA EL PAGO DE SUS PRIMAS AL DÍA. Su cubierta podría ser cancelada por falta de pago. El costo de su plan puede ser contributivo y el pago de primas puede que sea compartido entre usted y su patrono. En cualquiera de los casos, ASEGÚRESE DE QUE SU PATRONO HAGA LAS CORRESPONDIENTES ASIGNACIONES DE APORTACIÓN PATRONAL Y LOS DESCUENTOS DE NÓMINA QUE PUDIESEN APLICARLE A USTED, SEGÚN SEA EL PLAN QUE USTED ESCOJA. ESA ES UNA RESPONSABILIDAD PRIMORDIALMENTE SUYA COMO EMPLEADO SUSCRITO Y SUSCRITOR DEL PLAN. Recuerde, usted puede constatar esta información examinando sus talonarios de pago, mes tras mes. De igual forma, si usted estuviese en algún tipo de licencia, usted es igualmente responsable por velar que sus primas estén al día, incluyendo el pago de las aportaciones patronales que a usted le correspondan. Asegúrese de estos importantes detalles contactando la División de Nóminas de su patrono siempre que esto sea necesario. De esta forma usted disfrutará de la continuidad de su cubierta.

DEFINICIONES

1. **AÑO DE CONTRATO:** Significa el periodo de doce (12) meses consecutivos por el cual el suscriptor o persona cubierta adquiere o renueva el contrato con First Medical Health Plan, Inc.
2. **AUDIÓLOGO:** Profesional de la salud que mide y evalúa la capacidad de una persona para oír los sonidos y se especializa en el tratamiento de los pacientes con trastornos de audición.
3. **COASEGURO:** Significa la cantidad relativa o por ciento (%) que pagará un suscriptor directamente al proveedor al momento de recibir los servicios; el coaseguro se calcula como un porcentaje a base de los honorarios establecidos que han sido contratados por First Medical Health Plan, Inc. con el proveedor.
4. **COHABITANTE:** Personas Cohabitanter- Dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, que no están relacionadas por lazos familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, sujetas a convivencia sostenida y afectiva de manera voluntaria, estable, pública y continua durante un plazo no menor de un (1) año, que cohabitan en una residencia común sin estar casadas entre sí y que tienen la intención de continuar con la situación cohabitacional indefinidamente.
5. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Una condición, sin importar la causa de esta, para la cual se recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico.
6. **CÓNYUGE:** Persona con la cual el suscriptor se encuentre casado luego de haber cumplido con los requisitos y formalidades exigidos por la ley.
7. **COPAGO:** Significa la cantidad fija establecida a ser pagada por el suscriptor al momento de recibir los servicios.
8. **CUBIERTA ACREDITABLE:** significa, respecto a una persona, los beneficios de salud o la cubierta provista conforme a algunos de los siguientes mecanismos:
 - a. Un plan médico, ya sea grupal o individual;
 - b. La Parte A o la Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare);
 - c. El Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid), aparte de la cubierta que consiste solamente de beneficios en el Artículo 1928 (el programa para la distribución de vacunas pediátricas);
 - d. El Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estados Unidos (cuidado médico y dental para los miembros y algunos ex-miembros de la uniformada, y para sus dependientes. Para propósitos del Título 10 U.S.C. Capítulo 55, "la uniformada" significa las Fuerzas Armadas y el Cuerpo Comisionado de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica y del Servicio Público de Salud);
 - e. Un fondo común de riesgos de salud estatal;

- f. Un plan médico ofrecido bajo el Capítulo 89 del Título 5 del Código de Estados Unidos (Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales —FEHBP, por sus siglas en inglés—);
- g. Un plan médico público que, para propósitos de este Capítulo, significa un plan establecido o mantenido por un estado, el Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero o alguna subdivisión política de un estado, del Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero que provea cubierta a las personas afiliadas en el plan;
- h. Un plan médico según descrito en el Artículo 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz, 22 U.S.C. 2504(e); o
- i. El Título XXI de la Ley del Seguro Social (Programa de Seguro de Salud para Niños, conocido como Children’s Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés).

No se contará un periodo de cubierta acreditable con respecto a la suscripción de un individuo bajo un plan médico grupal si, después de dicho periodo y antes de la fecha de suscripción, la persona es objeto de una interrupción sustancial de cubierta (“significant break coverage”). Se entenderá como “interrupción sustancial de cubierta” un periodo de sesenta y tres (63) días consecutivos durante el cual la persona no ha tenido cubierta acreditable alguna. Los periodos de espera y los periodos de inscripción no se tomarán en cuenta para efectos del cómputo de los sesenta y tres (63) días.

- 9. **CUBIERTO:** Significa que First Medical será responsable por el cien por ciento (100%) de los costos del servicio incurrido a razón de las tarifas contratadas con el proveedor de servicio.
- 10. **DEDUCIBLE:** Significa la cantidad fija de gasto que el suscriptor deberá incurrir antes de que el Plan comience a efectuar pago por beneficios cubiertos.
- 11. **DENTISTA:** También, denominado **odontólogo**, es el **especialista que se dedica profesionalmente al cuidado y tratamiento de las enfermedades de los dientes como ser las caries, por nombrar una de las más regulares y extendidas.**
- 12. **DEPENDIENTE DIRECTO:** Denomina a:
 - a) El cónyuge y/o cohabitante.
 - b) Los hijos del empleado suscrito, incluyendo los adoptivos y colocados para adopción, hasta que cumplan los veintiséis (26) años de edad, según requerimientos de la Ley de Reforma Federal.
 - c) Los hijastros y los hijos naturales reconocidos de los suscriptores menores de veintiséis (26) años de edad y cualquier otro familiar que esté bajo la patria potestad o custodia legal, que vivan con el empleado suscrito en una relación corriente de padre e hijo.
 - d) Cualquier hijo de crianza que sin ser hijo natural o adoptivo del empleado suscrito, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el empleado suscrito en una relación normal de padre/madre e hijo/hija. (Ejemplos: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos, planillas, etc.). Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años.
 - e) Disponiendo que también cualifican los menores no emancipados como dependiente directo de un plan de salud familiar, cuyo abuelo o abuela u otro familiar sea el empleado suscrito, siempre y cuando se le presente al “Plan” copia certificada de la Sentencia final y firme del Tribunal, en la que se le adjudica la custodia de dicho menor no emancipado a dicho abuelo,

abuela o familiar. Además, cualifica un incapacitado como dependiente directo de un plan de salud familiar, cuyo empleado suscrito sea el abuelo, abuela o familiar de dicho incapacitado, siempre y cuando dicho abuelo, abuela o familiar le presente copia certificada de la Sentencia final y firme del Tribunal, mediante la cual se declara incapaz a dicho incapacitado, así como la carta de tutela o el documento judicial oficial que autoriza a dicho abuelo, abuela o familiar actuar como tutor del incapacitado.

13. **EMPLEADO SUSCRITO:** Persona empleada por la corporación (grupo), con trabajo a tiempo completo. (No menos de treinta (30) horas a la semana) y que recibe pago por dicho trabajo o tiempo.
14. **EMERGENCIA:** Es una condición súbita de aparición inesperada o una lesión que requiere atención médica o quirúrgica inmediata para diagnosticar y estabilizar la condición de salud física o mental que pone en riesgo la vida del paciente.
15. **ENFERMEDAD:** Significa desorden en el cuerpo o de la mente que requiere atención médica.
16. **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:** Evaluación efectuada por un psicólogo para determinar el estado de la salud mental de una persona.
17. **GASTOS CUBIERTOS:** Son gastos en los cuales incurre un suscriptor cuando recibe algún servicio de los contemplados en esta cubierta a través de un proveedor no participante, y que First Medical se compromete a reembolsarle al suscriptor según las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores, International Medical Card, para un proveedor de una especialidad similar al servicio ofrecido, menos el copago que aplique conforme a la especialidad del médico o al tipo de proveedor.
18. **GRUPO:** Patrono contratante con First Medical Health Plan, Inc.
19. **HIJO DE CRIANZA:** Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el suscriptor principal, en una relación de padre, madre e hijo o hija.
20. **HOGAR DE CONVALECENCIA:** Extensión de unos servicios médicos con menos supervisión de la que se requiere en un hospital.
21. **HOSPITAL PARTICIPANTE:** Significa una institución pública o privada legalmente autorizada a operar como hospital y que provea servicios a la comunidad ofreciendo tratamiento y diagnóstico médico o quirúrgico para enfermedades, lesiones o tratamientos obstétricos a pacientes hospitalizados, incluyendo hospitales generales y especiales tales como de tuberculosis, de enfermedades mentales y otros tipos de hospitales y facilidades relacionadas con los mismos, que hayan firmado contrato con "El Plan" para prestar servicios de hospitalización a sus suscriptores.
22. **LEY COBRA:** Ley Pública 99- 272, Título X, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA), la cual requiere que todo patrono con veinte (20) empleados o más que auspicia planes grupales de plan médico, le provea a sus empleados y familiares en algunas situaciones, de una cubierta temporera (llamada cubierta de continuidad) cuando la cubierta del plan termina.
23. **MEDICAMENTO AGUDO:** Medicamento para un tratamiento de quince (15) días o menos.

24. **MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO:** Medicamento para condiciones crónicas, con un tratamiento usualmente en lapsos de treinta (30) días, con la facultad de poderse obtener adicionales para lapsos de tiempo similares por hasta tres (3) meses con la receta original.
25. **MÉDICO:** Doctor en medicina autorizado para ejercer la profesión médica en Puerto Rico. Debe poseer y mantener actualizada aquella licencia que lo facultan a brindar cabalmente los beneficios de este plan, incluyendo aquellas que permiten la prescripción de medicamentos y sustancias controladas.
26. **MÉDICO PARTICIPANTE:** Denomina a un doctor en medicina, cirujano-dentista, o cirujano maxilofacial, y otros proveedores especialistas legalmente autorizados a practicar la profesión de médico que haya firmado contrato con "El Plan" para prestar servicios médicos.
27. **MÉDICO PERSONAL:** Médico Generalista, Pediatra, Ginecólogo/Obstetra, Médico de Familia o Internista.
28. **NECESIDAD MÉDICA COMPROBADA:** significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es medicamento necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:
- Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza
 - Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud
 - Que la determinación de "necesidad médica" no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la First Medical Health Plan, Inc. u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica
 - Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y
 - Que dicha determinación de "necesidad médica" esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.
29. **OBESIDAD MÓRBIDA:** El exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35.
30. **OPTÓMETRA:** Profesional certificado para hacer evaluación y examen de la vista.
31. **PAGADOR SECUNDARIO:** First Medical Health Plan, Inc. asumirá la responsabilidad como pagador secundario según la regla de coordinación de beneficios y la misma adjudique tal responsabilidad.
32. **PATRONO:** incluye toda persona natural o jurídica de cualquier índole que, con ánimo de lucro o sin él, emplee o permita trabajar cualquier número de obreros, trabajadores o empleados mediante cualquier clase de compensación.

33. **PERIODO DE ESPERA:** significa el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona cubierta antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico. El periodo de espera en ningún caso podrá exceder de noventa (90) días.
34. **PERSONA CUBIERTA:** Persona que mantiene un contrato de cubierta con First Medical Health Plan, Inc., que le da derecho a los beneficios establecidos en el contrato expedido a nombre del grupo contratante y asume las responsabilidades.
35. **PLAN DE SALUD FAMILIAR:** Cubierta para el suscriptor y dos o más dependientes directos.
36. **PROFESIONAL DE LA SALUD:** Es aquel profesional debidamente certificado por el estado para ejercer la práctica de la medicina o sus componentes para la atención y tratamiento de enfermedades, incluye médicos, dentistas, audiólogos, optómetras, psicólogos clínicos, quiroprácticos, podiatras y naturópatas.
37. **PROVEEDOR PARTICIPANTE:** Denomina a un doctor en medicina, cirujano dentista o cirujano maxilofacial y otros especialistas legalmente autorizados por las leyes de Puerto Rico a practicar su profesión que haya firmado contrato con First Medical Health Plan, Inc.
38. **PRUEBA BRCA:** Pruebas estándar para detectar mutaciones comunes en los genes BRCA-1 y BRCA-2 que aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama o de ovario.
39. **PRUEBA HEAVY METAL (PRUEBA DE METALES PESADOS):** Pruebas de los estudios o pruebas de laboratorios usados para cernir, diagnosticar o evaluar la efectividad del tratamiento de envenenamiento por metales pesados en individuos que han sido expuesto de manera aguda o crónica a estas sustancias. Además, son utilizados para medir a través del tiempo las concentraciones de metales pesados en trabajadores o personas que están en contacto con metales pesados.
40. **PRUEBA HLA TYPING (PRUEBA DE TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO DE LEUCOCITO HUMANO):** La prueba de Tipificación de Antígeno de Leucocito Humano (HLA por sus siglas en inglés) identifica los antígenos en las células blancas de la sangre para determinar la compatibilidad para un trasplante de órgano.
41. **PSICOANÁLISIS:** Es un método que tiene como objetivo la investigación y tratamiento de las condiciones mentales.
42. **PSICÓLOGO CLÍNICO:** Profesional certificado para tratar con el alivio de las trastornos mentales y evaluaciones psicológicas.
43. **QUIROPRACTICO:** Profesional certificado para tratar y manipular el sistema nervioso y su relación a la estructura funcional.
44. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** es un proceso de revisión llevado a cabo por un médico especialista, sobre la condición médica de un paciente luego que un primer diagnóstico o tratamiento establecido el cual millones de personas en el mundo entero acceden a ella buscando la mejor opción para enfrentar una enfermedad generalmente de diagnóstico serio si no es tratada adecuadamente.

45. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un suscriptor mientras no se encuentre recluido como paciente en un hospital.
46. **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:** Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un suscriptor mientras se encuentre recluido como paciente en un hospital.
47. **SERVICIOS MEDICAMENTE NECESARIOS:** Se refiere a servicios de salud determinados como médicamente apropiados cuando:
- a) son necesarios para suplir la necesidades básicas de salud del suscriptor,
 - b) son prestados de la manera más costo-eficiente y en el ambiente más apropiado para la prestación del servicio de salud requerido,
 - c) el servicio es consistente en tipo, frecuencia y duración conforme a las guías generalmente aceptadas en la práctica médica o según es determinado por las autoridades y entidades apropiadas,
 - d) son consistentes con el diagnóstico de la condición,
 - e) son requeridos por razones que no sean la conveniencia del suscriptor o de su médico,
 - f) han demostrado mediante literatura médica debidamente revisada por profesionales de igual categoría que son:
 - Seguros y efectivos para el tratamiento o diagnóstico de una condición o enfermedad cubierta para el cual su uso se propone, o,
 - Son servicios seguros con promesa de eficacia para el tratamiento de enfermedades o condiciones de salud cubiertas.
48. **SUBROGACIÓN:** Si por culpa o negligencia de un tercero, el suscriptor o cualquiera de sus dependientes sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta en este contrato, First Medical Health Plan, Inc. tendrá derecho a subrogarse en los derechos del suscriptor, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento del suscriptor, ocasionados por tales actos culposos o negligentes. El suscriptor reconoce el derecho de subrogación de First Medical Health Plan, Inc. y tendrá la responsabilidad de notificarle a First Medical Health Plan, Inc. toda acción que inicie en contra de dicho tercero; disponiéndose, que en caso de que actúe en forma contraria, el suscriptor será responsable de pagar por dichos gastos a First Medical Health Plan.
49. **SUSCRIPTOR:** Cualquier persona acogida a este plan médico emitido por First Medical Health Plan, Inc.
50. **URGENCIA:** Significa una condición médica suscitada, que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia.
51. **VISITAS COLATERALES:** Entrevistas en la oficina de un psiquiatra con familiares inmediatos del paciente suscrito bajo este contrato.

DISPOSICIONES GENERALES

- A. La cubierta bajo este contrato no está diseñada para duplicar ningún beneficio al cuál el suscriptor tenga derecho bajo la ley de seguro social federal.
- B. La persona cubierta no podrá ceder, traspasar o enajenar a favor de terceras personas, ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de esta cubierta.
- C. El suscriptor tendrá un término de treinta (30) días, a partir de la fecha de envío de las tarjetas de identificación para reclamar cualquier error cometido por First Medical Health Plan, Inc. en la adjudicación de cubiertas y/o dependientes. En estos casos, la corrección se hará retroactiva a la fecha de la cubierta.
- D. Los suscriptores tendrán derecho a los servicios cubiertos que sean médicamente necesarios descritos en esta sección sólo durante la vigencia de este contrato. Las limitaciones, exclusiones y otras provisiones de este contrato y pago por el suscriptor del cargo de copago o coaseguro de los servicios cubiertos, si alguno, según se especifica en este contrato.

DEDUCIBLES

Deducible	Individual	Familiar
<i>Deducible Anual de Médico</i>	\$0	\$0
<i>Deducible Anual de Medicamentos</i>	Deducible, según cubierta seleccionada, si aplica	Deducible, según cubierta seleccionada, si aplica

PERÍODO DE ACUMULACIÓN DE DEDUCIBLE

Todos los años contratos, el suscriptor cubrirá este deducible antes de que se paguen beneficios a una persona cubierta. El período de acumulación comenzará a la fecha de efectividad del contrato y terminará al vencimiento del mismo, y de ahí en adelante desde la fecha de renovación hasta el aniversario.

- E. Los Beneficios Esenciales de Salud (EHB), según descritos por el Affordable Care Act (ACA) contemplados en esta cubierta conllevan un máximo de gastos correspondientes que son responsabilidad del suscriptor (Maximum Out of Pocket o MOOP). El MOOP será determinado anualmente por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

El máximo que aplica a este contrato será equivalente al máximo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para el año de vigencia del mismo y representa la suma de gastos de bolsillo de la persona cubierta entiéndase: deducible inicial, copagos y/o

coaseguros establecidos para la cubierta médica y los medicamentos recetados (combinados). Cuando la persona cubierta alcance el máximo de gastos del bolsillo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, First Medical cubrirá los beneficios esenciales de salud al 100%.

MOOP:

Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700

Este MOOP aplica para todos los beneficios integrados de esta cubierta (cubierta básica y beneficios de medicinas en farmacia).

DISPOSICIONES UNIFORMES

Rescisión

First Medical Health Plan, Inc. podrá rescindir el plan médico en casos que involucren fraude o un tergiversación intencional de datos sustanciales de parte de la persona cubierta o de la persona solicitando un plan médico a nombre de otra persona. First Medical Health Plan, Inc. proporcionará un aviso, con por lo menos treinta (30) días de anticipación, al empleado suscrito que se pueda ver afectado por esta rescisión de la cubierta.

Contrato Único; Cambios

Este contrato, incluyendo los endosos y documentos anejos, si los hubiere, constituye el texto íntegro del contrato. Ningún cambio en este contrato será válido hasta que sea aprobado por un funcionario ejecutivo de la organización y a menos que dicha aprobación sea endosada en la presente o a la misma. Ningún representante autorizado tiene autoridad para cambiar este contrato o renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Ley HIPAA

HIPAA son las siglas de la ley federal conocida como Health Insurance Portability and Accountability Act, la cual entró en vigor en 1996. Este contrato se rige por las disposiciones establecidas en la carta normativa N-AV-10-90-97 del 24 de noviembre de 1997 sobre la Ley HIAA. Esta ley establece requisitos con respecto a cambios, acceso y renovación de cubiertas de salud de tipo grupal y las compañías que proveen cubiertas de salud. Esta Ley es aplicable en nuestra jurisdicción y sustituye el Código de Seguros de Puerto Rico en cuanto a las disposiciones que no están incluidas en el Código o que son menos rigurosas que las disposiciones federales.

Certificación de Cubierta Acreditable

First Medical proveerá un formulario de certificación de cubierta acreditable al empleado suscrito según se define:

- (1) Cuando la persona deje de estar cubierta por el otro plan médico o tiene cubierta por una disposición de continuación según la Ley COBRA;
- (2) En el caso de la persona cubierta o empleado suscrito por una disposición de continuación según la Ley COBRA, cuando la persona ya no esté cubierta por dicha disposición.

El formulario de certificación de cubierta acreditable contendrá lo siguiente:

- (1) El periodo de cubierta acreditable de la persona según el otro plan médico y
- (2) El periodo de espera, si alguno, y, si fuera aplicable, el periodo de suscripción que se estipula para la persona con respecto a la cubierta del otro plan médico.

Pago de prima

El patrono será responsable por el pago de la prima correspondiente al contrato; disponiéndose, que dicha responsabilidad cubrirá toda prima adeudada hasta la fecha de terminación del contrato, conforme a la cláusula de terminación.

First Medical Health Plan, Inc. podrá utilizar los servicios de agencias de cobro para requerir el pago de cualquier deuda que exista. Disponiéndose, además, que el deudor se obligue a pagar las costas, gastos y honorarios del abogado, así como cualquier otra cantidad o gasto adicional que incurra First Medical Health Plan, Inc. para el cobro de la deuda. First Medical Health Plan, Inc. se reserva el derecho de notificar en forma detallada a cualquier agencia, institución u organismo que se dedique a investigaciones de crédito, el incumplimiento de pago por parte del empleado suscrito.

Condiciones Preexistentes

First Medical Health Plan, Inc. no deniega, excluye o limita beneficios a las personas por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad de la persona.

Periodo de Gracia

Se concede un periodo de gracia no menor de 31 días para el pago de cada prima que venza después de la primera prima, periodo durante el cual el contrato continuará en vigor.

Cancelación Individual

La organización podrá cancelar el plan médico en casos que involucren fraude o una tergiversación intencional de datos sustanciales de parte de la persona cubierta o de la persona solicitando un plan médico a nombre de otra persona. La notificación para esta cancelación se hace por escrito y se entrega a usted o se enviará por correo a su última dirección según demuestren los archivos de First Medical Health Plan, Inc., no menos de treinta (30) días antes de la fecha de cancelación.

El representante autorizado del grupo reportará mensualmente las cancelaciones, la fecha y la razón de terminación de empleo, en o antes del día veintidós (22) de cada mes, las cuales serán efectivas al día último del mes en curso.

Requisitos de Participación Mínima y Aportación Patronal

First Medical Health Plan, Inc. no requerirá un nivel mínimo de participación y de aportación patronal que sea mayor de:

- a. El cien por ciento (100%) de los empleados elegibles que trabajen para patronos de tres (3) empleados o menos y
- b. El setenta y cinco por ciento (75%) de los empleados elegibles que trabajen para patronos con cuatro (4) empleados o más
- c. Cumplir con el requisito de aportación patronal para que el grupo pueda ser elegible

Al aplicar los criterios de participación mínima con respecto a un patrono, First Medical Health Plan, Inc. tomará en consideración los empleados o dependientes que tengan cubierta acreditable al momento de determinar el porcentaje de participación aplicable. No se tomarán en consideración las personas que están cubiertas por un plan médico conforme a las disposiciones de continuación de COBRA.

First Medical Health Plan, Inc. no aumentará los niveles de participación mínima, ni modificarán ningún requisito de aportación mínima del patrono, después que se haya aceptado al patrono para el plan médico.

Renovación del Plan Médico

Se renovará la cubierta a todos los empleados elegibles y sus dependientes, excepto en los siguientes casos:

- (1) Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia;
- (2) Cuando la persona cubierta o suscriptor realiza un acto que constituye fraude. En tal caso, First Medical Health Plan puede elegir no renovar el plan médico a esa persona cubierta o suscriptor por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;
- (3) Cuando la persona cubierta o suscriptor ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal caso, First Medical Health Plan puede elegir no renovar el plan médico a esa persona cubierta o suscriptor por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;
- (4) Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos por el plan de salud;
- (5) Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;
- (6) Cuando First Medical Health Plan determine discontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos formalizados con patronos en Puerto Rico. En estos casos, se notificará por escrito al Comisionado, al patrono y a las personas cubiertas o suscriptores, su determinación de no renovar, por lo menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha de renovación del plan médico.
- (7) Cuando el Comisionado determine que la continuación del plan médico no responde a los mejores intereses de los titulares de los contratos, o afectaría la capacidad de plan médico para cumplir sus obligaciones contractuales.
- (8) Cuando ya no hay un empleado del patrono que viva, trabaje o resida dentro del área geográfica establecida por el plan médico.

Suscriptor Tardío

Un empleado elegible o dependiente que solicite acogerse a un plan médico de patronos después del periodo de suscripción inicial, disponiéndose que dicho término nunca será menor de treinta (30) días.

No se considerará un suscriptor tardío a un empleado elegible o dependiente alguno:

1. Si el empleado elegible o dependiente cumple con cada uno de los siguientes criterios:
 - a. Estaba cubierto bajo una cubierta acreditable al momento de la suscripción inicial
 - b. Perdió la cubierta acreditable como resultado del cese de la aportación del patrono, la terminación de su empleo o de su elegibilidad, la reducción en el número de horas de su empleo, la terminación involuntaria de una cubierta acreditable, o la muerte de un cónyuge, divorcio o separación legal
 - c. Solicita acogerse dentro de treinta (30) días a partir de la terminación de la cubierta acreditable o el cambio en las condiciones que llevaron a la terminación de la cubierta.
2. Si el empleado elegible o dependiente se acoge durante un periodo de suscripción establecido, cuando se provea para ello en un plan médico o cuando de otra manera disponga la ley
3. Si el empleado elegible está empleado por un patrono que ofrece múltiples planes médicos y éste elige un plan médico diferente durante un periodo de suscripción
4. Si un tribunal ha ordenado que se provea cubierta para un cónyuge, hijo menor o dependiente bajo el plan médico de un empleado y se hace la solicitud de suscripción dentro de los treinta (30) días después de emitirse la orden del tribunal
5. Si el estatus del empleado cambia de no elegible a uno de elegible y solicita suscripción dentro de los treinta (30) días después del cambio de estatus
6. Si el empleado elegible o dependiente tenía cubierta bajo una disposición de continuación del "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)" y la cubierta bajo esa disposición se ha extinguido
7. El empleado elegible cumple con los requisitos de suscripción especial a tenor con las disposiciones de esta sección.

Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción

A. Requisitos de Cubierta

En los casos de niños recién nacidos, recién adoptados y colocados para adopción, First Medical Health Plan, Inc. está obligado a proveer cubierta a:

- (1) Niños recién nacidos de personas cubiertas desde el momento en que nacen o
- (2) Niños recién adoptados por personas cubiertas a partir de la primera de las siguientes fechas:
 - a. La fecha en que se colocan en el hogar de la persona cubierta con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes de la persona cubierta, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al niño del hogar donde había sido colocado;
 - b. La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del niño a la persona cubierta que tenga la intención de adoptarlo; o
 - c. La fecha de vigencia de la adopción.

La cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción bajo el presente Contrato cumple con los siguientes requisitos:

- (1) Servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico; y
- (2) No está sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.

B. Requisitos de Notificación

En los casos de niños recién nacidos, First Medical Health Plan, Inc. está obligada a proveer a las personas cubiertas una notificación razonable sobre lo siguiente:

- (1) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá exigir que la persona cubierta o suscriptor notifique del nacimiento del niño y que proporcione el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento.
- (2) Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, el plan médico podrá optar por no continuar proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de treinta (30) días. No obstante lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño la persona cubierta o suscriptor emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.
- (3) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá solicitar que se proporcione una notificación del nacimiento del niño, pero no podrá denegar o rehusarse a continuar proveyendo la cubierta si la persona cubierta o suscriptor no proporciona dicha notificación.

En los casos de niños recién adoptados o niños colocados para adopción, First Medical Health Plan, Inc. estará obligado a proveer a las personas cubiertas o suscriptores una notificación razonable acerca de lo siguiente:

- (1) Si para proveer cubierta a un niño recién adoptado o un niño colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá

exigirle a la persona cubierta o suscriptor que notifique al plan médico sobre la adopción o sobre la colocación en un hogar para adopción y que provea el pago de la prima o cargos requeridos a más tardar los treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience.

- (2) Si la persona cubierta no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, el plan médico no podrá tratar al niño adoptado o al niño colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.

Exámenes Físicos y Autopsia

La organización tendrá el derecho y la oportunidad de examinar, por su cuenta a la persona cubierta cuando y tan frecuentemente como razonablemente se requiera para propósitos de auditoría o investigaciones de fraude.

Acciones Civiles

No se entablará ninguna acción civil o en equidad para recobrar, con arreglo a este contrato antes de transcurrir sesenta (60) días después de haberse suministrado prueba escrita de la pérdida, de acuerdo con los requisitos de este contrato. No se entablará ninguna acción luego de transcurridos tres (3) años desde la fecha en que se requiere se suministre prueba escrita de la pérdida.

Terminación

El patrono podrá terminar este contrato mediante el envío de una notificación por escrito a First Medical Health Plan, Inc., para tener efecto dicha terminación al recibo de la notificación o en cualquier fecha posterior que en el mismo se especifique; disponiéndose, que el patrono será responsable del pago de las primas hasta la fecha de terminación del contrato. Inmediatamente luego de terminado el contrato, el empleado suscrito deberá devolver a First Medical Health Plan, Inc., su tarjeta de identificación y las tarjetas de todos sus dependientes. La terminación no afectará a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de terminación.

Sujeto a cualquier requisito de pago de prima, First Medical Health Plan, Inc. le garantizará al suscriptor que podrá continuar recibiendo los servicios durante un periodo de transición de noventa (90) días, contando a partir de la fecha de la terminación del plan médico.

En los casos que el suscriptor se encuentre hospitalizado al momento de la referida fecha de terminación del plan, y la fecha de alta de hospitalización haya sido programada antes de dicha fecha de terminación, el periodo de transición se extenderá desde esta fecha hasta noventa (90) días después de la fecha en que sea dado de alta el suscriptor.

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

En caso de que el suscriptor sea diagnosticado con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con dicha

condición antes de dicha fecha, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.

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

Reinstalación

Si no se pagare alguna prima de renovación dentro del tiempo concedido al grupo para su pago, la subsiguiente aceptación de una prima por First Medical Health Plan, Inc. o por algún representante autorizado debidamente autorizado por la organización para aceptar tal prima, rehabilitará el contrato. Si la organización o tal representante autorizado exige una solicitud de reinstalación y extiende un recibo condicional por la prima pagada, el contrato quedará reinstalado al aprobarse dicha petición por la organización o a falta de tal aprobación, al cuadragésimoquinto día siguiente la fecha de dicho recibo condicional, a menos que la organización haya previamente notificado por escrito al grupo la desaprobación de tal solicitud. El contrato rehabilitado sólo cubrirá pérdida resultante de cualquier lesión accidental que pueda sufrirse después de la fecha de la rehabilitación y pérdidas debidas a cualquier enfermedad que pueda comenzar más de diez (10) días después de tal fecha. En cualquier otro respecto, suscriptor y organización tendrán los mismos derechos con arreglo al contrato que los que tenían inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima insoluta, sujeto a cualesquiera disposiciones endosadas o adheridas a la presente, en relación con la reinstalación. Cualquier prima que se acepte en relación con una reinstalación deberá aplicarse a un periodo por el cual no haya pagado previamente, pero no a ningún período mayor de sesenta (60) días con anterioridad a la fecha de la reinstalación.

Ley ERISA

La ERISA, o Ley de seguridad del ingreso de los empleados jubilados, fue aprobada por el Congreso en 1974, con el objetivo principal de proteger las pensiones de los trabajadores. El propósito era darles a los trabajadores ciertas protecciones mínimas y al mismo tiempo permitirles a las empresas grandes que ofrecieran el mismo conjunto de prestaciones médicas en distintos estados eliminando los obstáculos planteados por las discrepancias entre las diversas leyes estatales. Los partidarios de la ERISA dicen que la ley ha ayudado a darles cobertura médica a millones de trabajadores al haber reducido las cargas administrativas y reglamentarias de las grandes empresas. No obstante, algunos formuladores de políticas opinan que algunas de las disposiciones de la ERISA menoscaban los intereses del consumidor.

Veamos un ejemplo. Si un trabajador que está protegido por un plan acorde con la ERISA siente que se le ha denegado una prestación injustamente, como podría ser el caso de una prueba para detectar el cáncer, y más tarde a la persona se le diagnostica esa enfermedad, no tiene derecho a poner un pleito ante un tribunal estatal por haber sufrido daños y perjuicios. Esto se debe a que la ERISA le concede primacía a toda ley estatal vinculada con la denegación o demora indebida de prestaciones bajo un plan médico patrocinado por una empresa privada.

La ERISA sí permite que se demande a compañías que proveen plan de salud y patrono, pero sólo en tribunales federales y por el valor inmediato de la atención médica denegada, sin incluir otras pérdidas económicas conexas u otros daños resultantes que no sean de tipo económico. Dadas la carestía y

dificultad del proceso jurídico, estas disposiciones han logrado poner fin a las demandas por responsabilidad civil contra planes de salud y patronos que gozan de la protección de la ERISA.

Gobierna cómo los patronos privados y las compañías de plan de salud y pensiones deben administrar los beneficios para el empleado, incluyendo los planes médicos.

Cobertura de ERISA

El ERISA gobierna beneficios como los planes de pensión, de salud, y de discapacidades; las prestaciones en caso de fallecimiento; los planes de indemnización; los planes prepagados para obtener servicios legales; los fondos para la educación y los programas de entrenamiento; y los centros de cuidado infantil operados por el patrono. El ERISA no cubre los planes que están requeridos y administrados por las leyes estatales, como la compensación de los empleados y del desempleo.

Recuerde que la ley no requiere que un patrono proporcione beneficios particulares a los empleados, tales como los planes de salud. Sin embargo, el ERISA ordena que una vez que el patrono decida ofrecer tales planes, éstos deben operar de acuerdo a ciertos estándares diseñados para proteger los intereses de los empleados y de otros beneficiarios del plan (como los miembros de la familia).

Los requisitos del ERISA

El ERISA generalmente establece que los planes de beneficios deben ser operados de manera justa y financieramente razonable. Los patronos y las entidades que manejan y controlan los planes de beneficios laborales están obligados a lo siguiente:

- Manejar tales fondos para el "beneficio exclusivo" de los participantes y beneficiarios del plan;
- Evitar conflictos de intereses cuando se hagan inversiones o se tomen decisiones acerca de los beneficios;
- Reportar, tanto al gobierno como a los participantes, cierta información acerca de los planes; y
- Cumplir con los lineamientos específicos que regulan cómo y cuándo deben invertirse los fondos del plan.

Cada plan debe notificar a los participantes sobre el procedimiento para hacer la solicitud de beneficios, y de los estándares establecidos que deben cumplir para poder recibir los beneficios. Dichos estándares pueden, por ejemplo, incluir criterios para determinar cuándo alguien es "discapacitado" y tiene derecho a recibir beneficios por discapacidad, qué tan pronto un empleado puede jubilarse y tiene derecho a demandar beneficios de pensión, qué tan rápido se le conceden dichos beneficios al empleado después de haber pagado el plan, y qué tan rápido un participante puede reclamar los beneficios del plan médico para que una enfermedad o lesión sea cubierta. Un patrono o administrador (tal como una compañía de plan de salud o de inversión para el retiro) no puede hacer cambios significativos al plan sin notificar a los participantes.

Reclamos de Beneficios

El administrador de un plan no puede injustamente rechazar un reclamo de beneficios si está regulado por el ERISA. Una vez que el participante de un plan hace un reclamo, el administrador del plan tiene 90 días para informar al participante si su reclamo ha sido aprobado o rechazado. Si el reclamo es rechazado, el administrador del plan debe decirle al participante cómo presentarlo de nuevo para que se haga una revisión justa de su caso; para ello puede darle al participante 60 días. Una vez que el participante presenta su reclamo para una revisión, el administrador del plan debe hacer la revisión y emitir una decisión antes de 120 días. Si el participante continúa considerando que el rechazo fue incorrecto, puede iniciar una demanda en contra del administrador del plan bajo el ERISA.

Víctimas de Violencia

Es discriminatorio el que First Medical Health Plan, Inc.:

- (1) Deniegue, rehuse emitir, renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que la persona cubierta ha sufrido maltrato; o
- (2) Excluya, limite la cubierta o deniegue una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta.

Cuando First Medical Health Plan, Inc. tenga información que claramente indique que una persona cubierta, actual o potencial, es una víctima de maltrato, se considerará injustamente discriminatorio que dicha First Medical Health Plan, Inc. divulgue o transfiera información confidencial sobre el maltrato, para el propósito que fuera o a la persona que fuera, excepto en los siguientes casos:

1. A la víctima de maltrato o a una persona específicamente designada por escrito por dicha víctima
2. A un proveedor de cuidado de salud para fines de prestar servicios a la víctima
3. A un médico identificado y designado por la víctima de maltrato
4. Cuando lo ordene el Comisionado o un tribunal competente, o como se requiera por ley
5. Cuando sea necesario, por motivos comerciales legítimos, transferir alguna información confidencial sobre maltrato debido a que no se pueda segregar dicha información del resto sin causar una carga indebida. En estos casos, la información confidencial sobre maltrato sólo se podrá divulgar si el destinatario ha accedido por escrito a atenerse a las prohibiciones dispuestas y a someterse a la jurisdicción de los tribunales de Puerto Rico para hacer cumplir las disposiciones del mismo. La divulgación de información confidencial sobre maltrato por motivos comerciales legítimos que autoriza, a modo de excepción, sólo podrá hacerse a las siguientes personas:
 - a. Un reasegurador que pagará indemnización con respecto a una póliza o parte de ésta que cubre a una víctima de maltrato, siempre y cuando el reasegurador no pueda proveer el reaseguro o cumplir con sus obligaciones conforme al contrato de reaseguro sin que se divulgue dicha información;
 - b. Una de las partes en una transacción de venta, traspaso, fusión o consolidación, propuesta o consumada, de las operaciones de First Medical Health Plan, Inc.
 - c. Personal médico o personal a cargo del trámite de reclamaciones empleado o contratado por First Medical Health Plan, Inc., únicamente cuando sea necesaria la divulgación para procesar una solicitud o desempeñar los deberes conforme a la póliza
 - d. Con respecto a la dirección y número de teléfono de la víctima de maltrato, a las entidades con quienes First Medical Health Plan, Inc. tenga relaciones comerciales, cuando no se puedan llevar a cabo las transacciones comerciales sin la referida dirección o número de teléfono
6. A un abogado que necesita la información para representar efectivamente a First Medical Health Plan, Inc., siempre y cuando la organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros notifique al abogado de sus obligaciones conforme a este Capítulo y solicite que el abogado tome el debido cuidado de proteger la información confidencial sobre el maltrato
7. Al titular del contrato o su cesionario, en el transcurso de entregar del contrato, si el contrato contiene información acerca de la situación de maltrato
8. A toda entidad que el Comisionado determine que corresponde entregar la información.

Constituye un acto discriminatorio solicitar información acerca de actos de maltrato o la situación de maltrato de una persona cubierta, actual o potencial, o usar dicha información, independientemente

de cómo se obtenga, salvo para los fines limitados de cumplir con las obligaciones legales o verificar el reclamo que haga la persona a los efectos de que es una víctima de maltrato.

Además, constituye un acto discriminatorio terminar la cubierta grupal de una víctima de maltrato por motivo de que la cubierta se hubiere emitido originalmente a nombre del maltratante y éste se haya divorciado o separado de la víctima de maltrato o haya perdido la custodia de la víctima, o porque la cubierta del maltratante haya terminado de cualquier otra manera voluntaria o involuntaria. Lo aquí dispuesto no impide que First Medical Health Plan, Inc. requiera que la víctima de maltrato pague la prima completa de la cubierta del plan médico o que requiera, como condición de cubierta, que la víctima de maltrato resida o trabaje dentro del área de servicio del plan médico, si los requisitos se aplican igualmente a todas las personas cubiertas, actuales o potenciales. First Medical Health Plan, Inc. podrá dar por terminada la cubierta grupal después de que la cubierta continuada que aquí se requiere haya estado vigente durante dieciocho (18) meses, si ofrece una conversión equivalente a un plan individual. La cubierta continuada que aquí se requiere se podrá satisfacer con la cubierta que dispone la ley "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985" (COBRA) y no será adicional a la cubierta provista al amparo de dicha ley COBRA.

Pacientes diagnosticados con cáncer y sobrevivientes

En cumplimiento con la **Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012** First Medical Health Plan, Inc. no rechazará o denegará cualquier tratamiento acordado o incluido en esta cubierta como hospitalización, pruebas diagnósticas o medicamentos para pacientes diagnosticados con cáncer y sobrevivientes cuando existe una recomendación médica para esos propósitos. Tampoco se denegará el tratamiento y monitoreo frecuente y permanente de la salud física y el bienestar emocional del paciente sobreviviente de cáncer.

En cumplimiento con el artículo 1 de la **Ley Núm. 107 de 2012** First Medical Health Plan, Inc. proveerá cobertura de la quimioterapia contra el cáncer en sus varios métodos de administración de la droga, tal como por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según sea la orden del médico especialista u oncólogo. Esto estará cubierto con un 20% de coaseguro en todas las alternativas de dosificación.

Derecho Personales

Los derechos y beneficios de este contrato no son transferibles y ninguna persona cubierta puede ceder, traspasar o enajenar ninguno de los derechos o beneficios que pueda reclamar en virtud del contrato a favor de terceras personas. First Medical Health Plan, Inc., se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que la persona cubierta, con su consentimiento expreso o implícito, permita que personas no suscritas utilicen la tarjeta de suscriptor expedida a su favor por First Medical Health Plan, Inc., y disponiéndose además, que el recobro de tales gastos no impedirá que First Medical Health Plan, Inc., pueda cancelar el contrato en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la radicación de querrela para que se enjuicie criminalmente a la persona cubierta o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.

Identificación

First Medical Health Plan, Inc., expedirá una tarjeta a cada persona cubierta, la que será requisito presentar a cualquier proveedor participante de First Medical Health Plan, Inc. al cual se le soliciten servicios, para que los mismos estén cubiertos por este contrato.

Subrogación

Esta provisión es aplicable en instancias en donde First Medical haya cubierto o pagado por servicios, en donde el suscriptor pueda recuperar alguna compensación económica de un tercero o de otra persona y/o entidad. A esos efectos, First Medical podrá ejercer su derecho a subrogarse o sustituir al suscriptor, en su potestad y capacidad de recobrar o recuperar dinero, por las cantidades pagadas por First Medical para cubrir servicios médicos-hospitalarios y de medicamentos a consecuencia de una lesión o condición causada por un tercero. No obstante, el derecho de recuperación de First Medical no puede sobrepasar aquellas cantidades pagadas por First Medical por servicios cubiertos o que puedan ser cubiertos en el futuro a consecuencia de las acciones del tercero. Es obligación del asegurado cuando así sea solicitado por el asegurador, hacer todo lo que le sea posible para permitir al asegurador el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación, es decir, el asegurado debe facilitar el ejercicio de los derechos que adquiere el asegurador en contra de los responsables de la ocurrencia que produjo.

CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS DE ESTE PLAN

Los servicios médicos cubiertos por este plan de salud se ofrecen a través de la red de proveedores de INTERNATIONAL MEDICAL CARD*, un sistema de acceso a médicos, dentistas, hospitales, laboratorios, etc., en un ambiente de LIBRE SELECCIÓN. La red de proveedores conocida como INTERNATIONAL MEDICAL CARD es un sistema de prestación de servicios establecido para los suscriptores FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

Para poder obtener los servicios de la cubierta, el suscriptor acudirá a los proveedores contratados según aparecen en el directorio de proveedores participantes. De ordinario, el suscriptor sólo pagará el copago o coaseguro aplicable al servicio. Si no hubiese un proveedor contratado disponible para brindar el servicio requerido, First Medical Health Plan, Inc. se compromete a reembolsarle al suscriptor el 100% de por los gastos cubiertos que sean médicamente necesarios, según las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores International Medical Card para un proveedor de una especialidad similar al servicio ofrecido, menos el copago que aplique conforme a la especialidad del médico o al tipo de proveedor. Además, de existir un proveedor de servicios de una especialidad no disponible en el directorio de proveedores de First Medical Health Plan, Inc. y que el servicio que éste brinde sea uno cubierto por el plan, First Medical Health Plan, Inc. deberá reembolsar el 100% de los gastos incurridos por el suscriptor, menos el copago que aplique.

First Medical Health Plan, Inc. cuenta con un sistema de hospitales y clínicas asociadas a través de las cuales el suscriptor puede obtener una gran cantidad de servicios médicos, pruebas diagnósticas especializadas y servicios de sala de emergencia, entre otros. Al visitar estas facilidades, por lo regular usted no tendrá que pagar copagos o coaseguros en una serie de servicios. Pregunte acerca de estos beneficios.

Usted y cualquiera de sus dependientes suscritos, por quienes las primas requeridas hayan sido pagadas, son elegibles a la cubierta bajo el Contrato. La cubierta está sujeta a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones del Contrato.

Esta Cubierta reemplazará e invalida cualquier literatura que le haya sido emitido a usted previamente por este Plan o por cualquier otro medio.

***International Medical Card es una empresa afiliada de First Medical Health Plan, Inc.**

CÓMO UTILIZAR ESTA CUBIERTA

Esta Cubierta debe ser leída y re-leída en su totalidad. Muchas de las cláusulas de esta cubierta están inter-relacionadas, por lo tanto, el leer solo una o dos de las cláusulas podría no darle una visión precisa y completa de su cubierta.

Esta Cubierta le informará a usted acerca de lo siguiente, entre otros:

- Los beneficios cubiertos por el Plan y los no cubiertos.
- Cuándo y cómo usted debe utilizar los servicios de este Plan.
- Información relacionada a los servicios dentales y los servicios de salud mental.
- Cuándo una condición de salud es considerada una emergencia.
- Acerca de medicamentos, laboratorios, pruebas de diagnóstico entre otros.
- Sus derechos y obligaciones bajo este Plan.
- Las obligaciones y responsabilidades de First Medical Health Plan, Inc.

También, acerca de otros aspectos importantes e información de gran interés para usted.

Servicios de Emergencia

First Medical Health Plan, Inc. cubrirá los servicios de emergencia necesarios para el cernimiento y estabilización de la persona cubierta o asegurado, de conformidad con las siguientes normas:

- a. First Medical Health Plan, Inc. no requerirá obtener autorización previa para los servicios de emergencia necesarios para el cernimiento y estabilización de la persona cubierta, aún cuando dichos servicios de emergencia hayan sido provistos por un proveedor no participante de la red de proveedores First Medical Health Plan, Inc.
- b. Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, no se impondrán requisitos administrativos ni limitaciones de cubierta que resulten más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicables a los proveedores participantes cuando prestan los mismos servicios de emergencia

Si Usted Tiene una Emergencia Médica

Pregúntele a su médico acerca de las cosas que usted debe hacer en caso de que usted enfrente una emergencia médica. Usted debe visitar la sala de emergencia más cercana si usted siente que su vida corre peligro. Si no es una emergencia, usted debe visitar su médico en su oficina. También está disponible el servicio de consulta telefónica en First Health Call al teléfono 1-866-337-3338. Este servicio de consulta telefónica sirve como orientación de salud las 24 horas los 7 días a de la semana, con enfermeras graduadas respaldadas por médicos.

Visitas a Especialistas

Usted debe visitar el especialista de la red de proveedores participantes. Si usted quisiera cambiar de especialista, lo puede hacer. Para los servicios a ser cubiertos por el Plan, usted debe siempre escoger entre los médicos participantes de su directorio de proveedores.

¿Qué es una Autorización Previa?

Es una autorización escrita que le permite a usted obtener un servicio en específico. Algunos servicios médicos tienen que ser autorizados de antemano por el Plan. Estos están identificados por la frase:

Requieren autorización previa del plan. El personal en la oficina del Plan se encargará de manejar la autorización que usted pueda necesitar y enviar la información, ya sea al proveedor o a usted mismo/a, según sea apropiado. Si el servicio solicitado es médicamente necesario y es un beneficio cubierto por el Plan, éste será evaluado para determinación. A usted se le informará mediante comunicación escrita o llamada telefónica el momento en que usted deberá contactarles de nuevo para saber cuál es la determinación. La autorización será aprobada a un plazo máximo de setenta y dos (72) horas. En el caso de las pruebas especializadas (PE), el tiempo máximo será de veinticuatro horas (24), a partir del recibo de la misma. En caso de que First Medical Health Plan, Inc. falle en cumplir con su obligación y los términos establecidos para pre-autorizar un servicio y con su obligación y los términos establecidos para realizar una apelación, se entenderá que el suscriptor ha cumplido con sus obligaciones y se procederá con la aprobación correspondiente.

Autorización Previa para Casos Urgentes

Usted pudiera tener la necesidad de solicitar a First Medical Health Plan, Inc. una solicitud de cuidado urgente con autorización previa del plan. Esto se pudiera deber a una condición de salud que, bajo el criterio del médico que le esté atendiendo, pusiera en un serio riesgo su vida, salud o capacidad para recuperar su función máxima, o porque someterle a los términos de tiempo regulares para contestar una solicitud de autorización previa del plan le expondría a sufrir dolor severo, el cual no se puede manejar adecuadamente sin el tratamiento para el cual se esté solicitando la autorización previa del plan. En tal caso, el médico que le esté atendiendo deberá certificar el carácter de la urgencia. Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a First Medical Health Plan, Inc. ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona cubierta determina presentar una solicitud de cuidado urgente, First Medical Health Plan, Inc. tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente. La solicitud para estos casos podrá hacerse de forma oral o escrita. First Medical Health Plan, Inc. deberá notificarle de su decisión de forma oral o escrita, a menos que usted solicite que sea de forma escrita, dentro de 24 horas a partir del recibo de su solicitud.

En caso de que First Medical Health Plan, Inc. necesite información adicional para prestar su determinación, deberá notificarle de forma oral o escrita, a menos que usted solicite que sea de forma escrita dentro de las 24 horas del recibo de la solicitud. Usted o su representante tendrá un término no menor de 48 horas a partir de la notificación para someter cualquier información adicional solicitada. Una vez recibida la información adicional, First Medical Health Plan, Inc. contestará la solicitud en un término no mayor de 48 horas a partir de lo que ocurra primero entre la fecha de recibo de la información adicional o la fecha en que vence el plazo otorgado para recibir la misma. De no recibirse la información adicional solicitada en el término antes señalado, First Medical Health Plan, Inc. podrá denegar la autorización del beneficio solicitado.

La notificación de la determinación adversa indicará lo siguiente:

- Fecha de servicio, proveedor, cantidad de la reclamación, códigos de diagnóstico y tratamiento, así como sus significados, de ser aplicables;
- Razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados para la determinación;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las que se basa la determinación;
- Descripción de todo material o información adicional que se necesite para completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué es necesaria;

- Descripción de los procedimientos internos de querellas y revisión acelerada de querellas del plan, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- Si para la determinación adversa se consideró una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá libre de costo una copia a la persona asegurada;
- Si la determinación adversa consideró el juicio de necesidad médica, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o una exclusión o límite similar, se incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico considerado para la determinación al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona asegurada.

Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en cualquier momento y tiene el derecho a proceder a demandar ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de First Medical Health Plan, Inc. La Oficina del Comisionado de Seguros está ubicada en GAM Tower Urb. Caparra Hills, Industrial Park 2, Calle Tabonuco Suite 400, Guaynabo, PR y puede comunicarse al (787) 304-8686.

La Oficina del Procurador de la Salud está ubicada en Mercantil Plaza, Avenida Ponce de León 1501, Hato Rey, PR o puede comunicarse al (787) 977-0909 (Área Metro) o libre de cargos al 1-800-981-0031.

Autorización Previa para Cirugía Electiva

Una cirugía electiva es un procedimiento quirúrgico que, aun cuando es médicamente necesario, su vida o alguna función de su cuerpo no estará en peligro ni ocurrirá una incapacidad si el procedimiento no se lleva a cabo inmediatamente. En otras palabras, este tipo de procedimiento se puede programar porque las posibles complicaciones de la condición normalmente no se presentan de inmediato. El tiempo para aprobar o desaprobar una cirugía electiva no excederá de setenta y dos (72) horas.

First Medical Health Plan, Inc. requiere que toda cirugía electiva que conlleva servicios de hospitalización o uso de facilidades, sea previamente autorizada antes de que la misma sea realizada. Si su médico le indica que usted necesita una cirugía electiva, recuérdale a él/ella que el procedimiento necesita ser previamente autorizado por escrito. El referido debe ser emitido por lo menos setenta y dos horas (72) antes de la fecha de pre-admisión. Todos los cirujanos participantes están familiarizados con este proceso.

Bajo circunstancias normales, el médico deberá someter toda la información y/o documentos necesarios, (ej.; resultados previos, sonogramas, patologías, etc.) por adelantado, proveyendo el tiempo suficiente para el procesamiento de la autorización, antes de la cirugía no menos de setenta y dos horas (72) de la pre-admisión.

En caso de una cirugía electiva, usted puede considerar una segunda opinión médica. Bajo ciertas circunstancias, su propio médico le recomendará a usted que obtenga una segunda opinión médica para estar informado/a de la opinión de otro profesional acerca de su condición. Si su médico no le brinda esta oportunidad, usted tiene el derecho de solicitar una segunda opinión médica antes de someterse a una cirugía. Hable con su médico acerca de esto.

Si a usted se le indica que necesita una cirugía electiva, usted debe considerar lo siguiente:

- Asegúrese de que entiende claramente cuál es su condición; por qué la cirugía es necesaria y si la misma está cubierta por el Plan.

- Asegúrese de saber si existe otra clase de tratamientos que no envuelva cirugía para la condición.
- Asegúrese de saber en qué consiste la cirugía, cuáles son los riesgos que envuelve la cirugía y cuáles son los riesgos si usted no se opera.
- Asegúrese de saber cuánto tiempo durará la recuperación y qué clase de incapacidad (permanente o temporera) podría producirle.

Considere una segunda opinión médica y si decide operarse, asegúrese de que su médico obtenga la autorización escrita necesaria antes de que se realice la cirugía. Esta autorización tiene que ser presentada en el hospital durante el proceso de la admisión.

Servicios de Hospital

Usted recibirá un Directorio de Proveedores con una lista de todos los hospitales a los cuales puede acudir a solicitar servicios autorizados por el Plan. Si usted necesita ser hospitalizado/a su especialista le dará una orden médica para ser admitido/a uno de los hospitales participantes. Al utilizar facilidades participantes podremos proveerle un mejor cuidado de salud y una mejor coordinación en sus servicios.

IMPORTANTE

En caso de una verdadera emergencia, usted debe visitar la sala de emergencia más cercana o llamar al 911. Usted debe pagar el copago, según aparece en su tarjeta de identificación. No requiere autorización.

Al visitar su Dentista

Para obtener los beneficios dentales usted debe seleccionar uno de los dentistas participantes de First Medical Health Plan, Inc. para que pueda recibir los servicios cubiertos por el Plan.

Si usted desea mantener una buena salud oral, usted debe visitar su dentista una vez cada seis meses. Por favor, refiérase a la Sección “Cubierta Básica” para conocer el alcance de los beneficios dentales cubiertos y en primer lugar, si éstos están incluidos en su diseño de cubierta.

Si su dentista le receta algún medicamento cubierto, usted puede visitar directamente alguna de las farmacias de la red con la receta de su dentista.

Por regla general, los servicios dentales cubiertos pueden requerir que usted pague algún copago o coaseguro. Por favor, refiérase a la descripción de beneficios dentales cubiertos para más detalles.

Cuide su salud oral. Es una parte importante de la totalidad de su salud.

Si usted tiene Otro Plan de Salud además de First Medical Health Plan, Inc.

Es importante que usted le comunique a First Medical Health Plan, Inc. que usted tiene otro plan médico. Además, usted le debe indicar a su médico o proveedor que usted tiene otro plan. Para usted es importante saber que cuando uno tiene dos planes médicos y necesita servicios de salud, los beneficios que no estén cubiertos por su plan primario (el plan que aparece a su nombre) podrían estar cubiertos por su plan secundario excepto copagos y coaseguros (el plan que le provee otra persona siendo usted un dependiente). Cuando dos planes cubren un mismo beneficio el resultado es que podría estar pagando menos y posiblemente NADA.

Usted podría pensar que si alguien se entera de que usted tiene dos planes, o que usted también está cubierto en el plan de algún familiar, que usted podría perder su cubierta con First Medical Health Plan, Inc. ESTO NO ES CIERTO. (Refiérase a la sección de “Coordinación de Beneficios” para más detalles).

Beneficiarios de Medicare

Si un dependiente tiene la Parte A (Servicios de Hospitalización) y la Parte B (Servicios Ambulatorios) de Medicare, es importante que recuerde que Medicare es otro plan. En ese caso, First Medical Health Plan, Inc. podría proveerle una cubierta complementaria que cubrirá los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. El modelo de cubierta provisto por el plan complementario es el modelo C. Siempre que los servicios sean prestados por un proveedor participante o por uno de los centros clínicos del Plan, los deducibles, copagos y coaseguros requeridos serán pagados por el Plan a base de los cargos aceptados y aprobados por Medicare. Cada vez que visite su Médico muéstrole ambas tarjetas. Al hacerlo así, ambos planes cubrirán casi todos los servicios (y algunas veces, todos los servicios) que usted pudiese necesitar. En caso de utilizar un proveedor no participante, “El Plan”, le reembolsará los gastos elegibles cubiertos.

Sus Derechos y Responsabilidades

A continuación usted encontrará sus derechos y las responsabilidades de cada participante de este Plan el cual es provisto por First Medical Health Plan, Inc.

Estas son Algunas de sus Responsabilidades:

- Asegúrese de que las primas correspondientes a su plan de salud están al día en todo momento. Si su estatus de empleo cambia por alguna razón, (licencia, retiro, etc.) notifíquelo inmediatamente. Esta es su responsabilidad primaria.
- Llame y visite su médico con el fin de mantener un buen estado de salud.
- Siga muy de cerca todas las instrucciones médicas, a fin de ayudarse usted mismo(a) a superar cualquier condición médica que pudiese estar afectando su salud.
- Notifíquenos si usted tiene otro plan.
- Pague los copagos y coaseguros correspondientes a los servicios que usted reciba, según aparecen en su tarjeta de identificación y/o en la Cubierta.
- Cuando esté recibiendo servicios, condúzcase adecuadamente, sin interferir, afectar o impedir que usted u otros reciban los servicios que se le están brindando a usted, a uno de los miembros de su familia, o a otros que estén en las facilidades médicas que usted se encuentre visitando.
- No altere el ambiente de las facilidades médicas que usted se encuentra visitando. No asuma una conducta inmoral y no ponga en peligro la seguridad o la vida de otros que estén presente. Usted podría ser responsabilizado/a por esto.

Usted tiene Derecho a:

- Escoger su médico entre los que están disponibles en el directorio de proveedores que First Medical Health Plan, Inc. ha establecido para este programa.
- Recibir a tiempo los servicios que usted necesita.
- Seleccionar el especialista que usted pudiese necesitar.
- Recibir servicios médicos y hospitalarios de buena calidad.
- Recibir los servicios ambulatorios y de hospitalización necesaria a fin de proveer un diagnóstico preciso por su médico participante o su especialista participante.
- Recibir toda la información necesaria para que usted conozca los servicios incluidos en la cubierta.

- Utilizar el procedimiento de querrelas que está establecido. Si usted tiene alguna queja o duda acerca de los servicios de salud provistos por este Plan, por favor utilice los procedimientos de apelación correspondientes.

IMPORTANTE

El suscriptor está obligado a notificar a First Medical Health Plan, Inc. inmediatamente cualquier cambio en su estatus civil, lugar de residencia, estatus de empleo, o cualquier otro aspecto que pudiese afectar su elegibilidad para este Plan. Los servicios provistos por este contrato son para el suscriptor principal y sus dependientes y no pueden ser transferidos o asignados a ninguna otra persona. Cualquier uso indebido de la tarjeta de identificación es un acto fraudulento y puede ser penalizable bajo la Ley. (Ver Aviso Anti-Fraude más adelante).

AVISO ANTI-FRAUDE

Cualquier persona que, a sabiendas y que con intención de defraudar, presente información falsa en su solicitud de suscripción o que presentare, ayude o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de pérdida y otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000.00), ni mayor de diez mil dólares (\$10,000.00) o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años; ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

Servicios Cubiertos bajo el Plan

Para que los servicios de salud puedan ser cubiertos, generalmente usted debe obtener los servicios de salud cubiertos a través de proveedores participantes, con excepción de los servicios de salud de emergencia. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos a un paciente por un proveedor no contratado por First Medical Health Plan, Inc. el paciente no será responsable de un pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por First Medical Health Plan, Inc. First Medical Health Plan, Inc. compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y éste vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la contratada con los proveedores a su vez contratados por la organización para ofrecer los mismos servicios. Además, bajo estas circunstancias, tales servicios de emergencia serán provistos independientemente de las condiciones del plan de cuidado de salud correspondiente.

Usted debe siempre verificar el estatus de participación de un médico, hospital u otro proveedor, a fin de que no se le requiera pagar facturas por servicios no cubiertos. El estatus de participación de un proveedor puede variar de tiempo en tiempo. Usted puede verificar el estatus de participación comunicándose con el Plan. Si fuese necesario, el Plan puede proveerle los nombres de médicos y otros proveedores que sean participantes del Plan.

El Plan cubrirá servicios de salud que sean médicamente necesarios.

Ninguna persona o entidad tiene autoridad alguna para hacer Cambios Orales algunos o Enmiendas a la Cubierta

El Plan podría hacer arreglos para que varias personas o entidades provean servicios administrativos relacionados a la cubierta, incluyendo administración de beneficios de farmacia, procesamiento de reclamaciones y servicios para el manejo de la utilización entre otros.

Trámite de Reembolsos

Los proveedores participantes tienen acuerdo bajo contratos, en los cuales se especifican las tarifas por sus servicios lo que garantiza que ninguno de estos deberá cobrar cantidad alguna por los servicios ofrecidos. La responsabilidad del suscriptor será sólo los copagos y coaseguros establecidos, los cuales pueden ser identificados en este contrato.

En el caso de Coordinación de Beneficios (COB), First Medical Health Plan, Inc. podrá requerir evidencia del pago por las reclamaciones procesadas por la otra aseguradora.

En el caso de que algún proveedor haga gestiones de cobros por servicios cubiertos bajo este, el suscriptor deberá comunicarse inmediatamente con las Oficinas de Servicio de First Medical Health Plan, Inc.

Reembolso de Gastos por Servicios y Beneficios incluidos en la Cubierta y Obtenidos Fuera de la Red

Si le hubiese pagado a un proveedor por un servicio cubierto, el Plan podría reembolsarle a usted por gastos elegibles incurridos por servicios cubiertos, de acuerdo a los términos del Contrato con el proveedor de servicios médicos.

El suscriptor es responsable de enviar una solicitud de reembolso a las oficinas del Plan en un formulario provisto por el Plan o uno satisfactorio al Plan. Las solicitudes de reembolso deberán ser sometidas dentro de 90 días a partir de la fecha del servicio o después de dicho término tan pronto sea razonablemente posible. Sujeto a la autorización escrita del suscriptor, todo o parte de cualquier gasto elegible que se deba le puede ser pagado directamente al proveedor de los servicios de salud en vez de pagársele al suscriptor.

Al someter una reclamación escrita usted debe completar el formulario apropiado y firmarlo. Puede obtener el formulario para el reembolso solicitándolo al Plan. También tiene que incluir evidencia de los gastos en que incurrió por medio de un recibo en original. Un recibo en original es aquel que le entrega el proveedor y que exhibe el nombre impreso, la dirección y los números de teléfono del proveedor que le brindó el servicio. Debe asegurarse de que el formulario de reclamación que somete contenga la siguiente información:

- Su nombre, dirección y firma.
- El nombre y la edad del paciente.
- El número de contrato (normalmente, su número de seguro social o el número de identificación que le asignó el Plan).
- El nombre y la dirección del proveedor que le brindó los servicios.
- El diagnóstico.
- Los códigos CPT (código del servicio que se le brindó) y una descripción de los cargos que se le hayan hecho. (En el caso de servicios múltiples tales como pruebas de laboratorio o medicamentos, se requiere someter una descripción detallada de cada servicio, con su nombre, código y su correspondiente costo. Si el servicio es una prueba diagnóstica especializada, usted debe proveer copia del reporte o resultado de la prueba. Si el servicio es de sala de emergencia, o de hospitalización, debe someter

copia del record del hospital en conjunto con el formulario de reclamación. Esto le permitirá al Plan validar los servicios que le hayan facturado.

- Los códigos ICD-10 (código de enfermedad).
- Fecha en que la enfermedad o lesión comenzó.

Coordinación de Beneficios (COB)

La disposición de Coordinación de Beneficios (COB) aplica cuando una persona está cubierta por dos o más planes.

El orden de las reglas de determinación de beneficios gobierna el orden en el que el Plan pagará por las reclamaciones por beneficios. El plan que paga primero es llamado el Plan Primario. El Plan primario deberá pagar los beneficios de acuerdo a los términos de la cubierta sin tener en cuenta la posibilidad que exista otro Plan que pueda cubrir algunos gastos. El Plan que paga después del Plan Primario es el Plan Secundario. El Plan Secundario podría reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los Planes no excedan el 100% de los Gastos Permitidos.

Definiciones:

- A. Un Plan es cualquiera de los siguientes que proveen beneficios o servicios médicos, dentales o tratamiento. Si contratos separados son utilizados para proveer cubierta coordinada para los suscriptores de un grupo, los contratos separados serán considerados como parte del mismo plan y no habrá COB entre esos contratos separados.
 - i. Plan incluye: contratos de seguros grupales y no grupales, contratos de organizaciones de seguros de salud, planes de panel cerrado u otra forma de cubiertas tipo grupo o grupales (ya sean aseguradas o no aseguradas); componentes de cuidado médico de un contrato de cuidado prolongado, como lo es el cuidado de enfermería diestro; beneficios médicos bajo un contrato grupal o individual de automóvil; y Medicare o cualquier plan federal gubernamental, según permitido por ley.
 - ii. Plan no incluye: cubierta de indemnización hospitalaria u otra cubierta de indemnización fija; cubierta solo de accidentes, cubierta de enfermedad específica o accidente específico; cubierta de beneficios de salud limitados, según definido por la ley estatal; cubierta de tipo de accidente escolar; beneficios por componentes no médicos de una cubierta de cuidado prolongado; cubierta suplementaria de Medicare; cubierta Medicaid; o cubierta bajo cualquier otro plan gubernamental, a menos que sea permitido bajo ley.

Cada contrato para cubiertas bajo el (1) o (2) es un Plan separado. Si un Plan tiene dos partes y las reglas de COB aplica a solo una de las dos, cada una de las partes será tratada como un Plan separado.

- B. Este plan significa, en una disposición de COB, la parte del contrato que provee los beneficios de cuidado de salud al cual le aplica la disposición de COB y al que puede verse reducido por los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que provea beneficios de cuidado de salud es separado de este plan. A un contrato le puede aplicar una disposición de COB a cierto beneficio, como beneficios dentales, coordinando solamente con beneficios similares y podría aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.
- C. El orden de la regla para determinar beneficios determina si este Plan es un Plan Primario o Plan Secundario cuando la persona tiene cubierta de cuidado de salud bajo más de un Plan. Cuando este plan es primario, éste determina el pago por sus beneficios primero antes de los de cualquier otro Plan sin tomar en consideración los beneficios del otro Plan. Cuando este plan es secundario, éste determina sus beneficios después de aquellos de otro Plan y podría reducir

los beneficios que paga de modo que los beneficios de todos los Planes no excedan el 100% de total de gastos permitidos.

- D. Gasto permitido es un gasto de cuidado de salud, incluyendo deducibles, coaseguros y copagos que son cubiertos, al menos en parte, por cualquier Plan que cubra al suscriptor. Cuando un Plan provee beneficios en la forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio será considerado como un Gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún Plan que cubra al suscriptor no es un Gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor por ley o de acuerdo a un contrato está prohibido de cobrar a una persona cubierta no es un Gasto permitido.

Los siguientes son ejemplos de gastos que no son Gastos permitidos:

1. La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada y una privada ni es un Gasto permitido, a menos que uno de los Planes provea cubierta para gastos de habitación privada.
 2. Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que computan el pago de sus beneficios en base a tarifas usuales y habituales (*usual and customary*) o al valor relativo de la metodología de reembolso de honorarios o cualquier otra metodología de reembolso similar no es un Gasto permitido.
 3. Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que proveen beneficios o servicios en la base de tarifas negociadas, la cantidad en exceso de la tarifa negociada no es un Gasto permitido.
 4. Si una persona cubierta por un Plan que calcula sus beneficios o servicios en base de tarifas usuales y habituales (*usual and customary*) o al valor relativo de la metodología de reembolso de honorarios o cualquier otra metodología de reembolso similar y otro Plan que provee sus beneficios o servicios en base a tarifas negociadas, el acuerdo de pago del Plan Primario será el Gasto permitido de todos los Planes. Sin embargo, si el proveedor ha contratado con el Plan Secundario para proveer el beneficio o servicio por una tarifa específica negociada o cantidad pagada que es diferente al acuerdo de pago del Plan Primario y si el contrato del proveedor lo permite, la tarifa negociada o pago deberá ser el Gasto permitido usado por el Plan Secundario para determinar sus beneficios.
 5. La cantidad reducida de cualquier beneficio por el Plan Primario porque una persona cubierta haya dejado de cumplir con las disposiciones del Plan no es un Gasto permitido. Ejemplo de estos tipos de disposiciones incluyen segundas opiniones de procedimientos quirúrgicos, pre-certificaciones de admisiones y acuerdos de proveedor preferido.
- E. Plan de panel cerrado es un Plan que provee beneficios de cuidado de salud a una persona cubierta primariamente en forma de servicios a través de un panel de proveedores que han contratado con o son empleados del Plan y que excluye cubierta por servicios provistos por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o por referido de un miembro del panel.
- F. Progenitor custodio es aquél padre al cual se le haya otorgado la custodia por una orden del tribunal o en ausencia de orden del tribunal, es el padre con el cual el menor reside más de la mitad del año calendario excluyendo cualquier visita temporal.

Regla del Orden de Determinación de Beneficios

Cuando una persona está cubierta por dos (2) o más Planes, las reglas para determinar el orden en que los planes han de pagar beneficios será la siguiente:

- A. El plan primario pagará o proveerá sus beneficios de acuerdo a los términos de cubierta sin importar los beneficios bajo cualquier otro Plan.

- B.
1. Salvo por lo que se dispone más adelante en el párrafo (2), un Plan que no haya dispuesto un orden de coordinación de beneficios consistente con esta sección se considerará como un Plan Primario, salvo que por otra disposición contractual se disponga lo contrario.
 2. Una cubierta que es obtenida por virtud de una membresía en un grupo que está diseñado para suplementar una parte del paquete básico de beneficios y provee que esta cubierta suplementaria será el exceso de cualesquiera otras partes del Plan provisto por el mantenedor del contrato. Un ejemplo de esto son las cubiertas de gastos médicos mayores que son sobreimpuestas sobre los beneficios base de hospital y quirúrgicos y las cubiertas específicamente diseñadas para cubrir servicios provistos por proveedores no participantes en un plan de panel cerrado.
- C. Un Plan puede tomar en consideración los beneficios pagados o provistos por otro Plan para calcular los beneficios sólo cuando bajo estas reglas sea un pagador secundario ante dicho otro Plan.
- D. Cada plan determina sus beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que le aplique:
1. No dependiente o dependiente. El Plan que cubre a la persona que no sea dependiente, por ejemplo como un empleado, miembro, suscriptor o retirado, es el Plan Primario y el Plan que cubre a la persona como dependiente es el Plan Secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare, y como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al Plan que cubre a la persona como dependiente; y primario al Plan que cubre a la persona como no dependiente. Entonces, el orden de beneficios entre los dos (2) Planes se revierte, de tal manera que el plan que cubre a la persona como no dependiente (empleado, miembro, suscriptor o retirado) será el Plan Secundario y el otro Plan que cubre a la persona como dependiente será el Plan Primario.
 2. Hijo(a) Dependiente Cubierto(a) Bajo Más de Un Plan. A menos que exista una orden de un tribunal que diga lo contrario, cuando un(a) hijo(a) dependiente está cubierto por más de un Plan el orden de beneficios se determina como sigue:
 - a. En el caso de un(a) hijo(a) dependiente cuyos progenitores estén casados o estén viviendo juntos aunque nunca se hayan casado:
 - i. El Plan del progenitor cuyo cumpleaños sea primero dentro de un año natural será el Plan Primario; o
 - ii. Si ambos progenitores comparten el mismo cumpleaños, el Plan que haya cubierto a uno de los progenitores por el mayor periodo de tiempo será el Plan Primario.
 - b. En el caso de un(a) hijo(a) dependiente cuyos progenitores estén divorciados o separados o no estén viviendo juntos aunque nunca se hayan casado:
 - i. Si una orden de un tribunal dispone que uno de los progenitores será responsable por los gastos médicos del hijo(a) dependiente o por proveerle al hijo(a) de un plan médico, y el Plan de dicho progenitor tiene conocimiento de dicho decreto, ese plan será el Plan Primario. Si el progenitor con dicha responsabilidad no tiene un plan médico que cubra los gastos del hijo(a) dependiente, pero el cónyuge de dicho progenitor sí tiene tal plan, el plan del cónyuge del progenitor con la responsabilidad será el Plan Primario. Esta disposición no aplicará con respecto a cualquier año plan durante el cual los beneficios son pagados o provistos antes de que a dicho plan se le ponga en conocimiento de la orden judicial correspondiente. La responsabilidad de pagar primero

- bajo este párrafo comenzará de forma prospectiva a partir de la notificación de la orden judicial al plan.
- ii. Si una orden de un tribunal dispone que ambos progenitores son responsables por los gastos médicos del hijo(a) dependiente o de proveerle un plan médico, las reglas dispuestas en el Subpárrafo (a) de este párrafo determinarán el orden de los beneficios.
 - iii. Si una orden de un tribunal dispone que los progenitores tienen custodia compartida sin especificar que uno de ellos será responsable de los gastos médicos del hijo(a) dependiente o de proveerle un plan médico, las reglas dispuestas en el Subpárrafo (a) de este párrafo determinarán el orden de los beneficios.
 - iv. Si no existiere una orden de un tribunal asignando responsabilidad a uno de los progenitores por los gastos médicos del hijo(a) dependiente o de proveerle un plan médico, entonces el orden de los beneficios se determinará de la siguiente forma:
 1. El Plan que cubra al progenitor custodio;
 2. El Plan que cubra al cónyuge del progenitor custodio;
 3. El Plan que cubra al progenitor no custodio; y por último
 4. El Plan que cubra al cónyuge del progenitor no custodio.
- c. En el caso de un menor de edad cubierto como dependiente bajo más de un plan de personas que no sean progenitores de dicho menor, el orden de los beneficios se determinará bajo los sub-párrafos (a) ó (b) de este párrafo, según aplique, como si tales personas fueran los progenitores de dicho menor.
3. Empleado Activo o Retirado o Ex-Empleado. El Plan que cubre a una persona como empleado activo, esto es un empleado que nunca ha sido despedido o retirado, o como dependiente de un empleado activo será el Plan primario. El Plan que cubra a una persona como empleado retirado o ex-empleado, o como dependiente de un empleado retirado o un ex-empleado será el Plan Secundario. Si el otro Plan no tiene esta regla, y como resultado, los Planes no se ponen de acuerdo en el orden en que deban pagarse los beneficios, esta regla será ignorada. Esta regla no aplicará si la regla en el Párrafo D(1) puede determinar el orden de los beneficios.
 4. COBRA o Extensiones de Cubierta Bajo Ley Estatal. Si una persona que tiene una cubierta extendida bajo la Ley COBRA o una cubierta extendida bajo otra ley federal o estatal similar también tiene cubierta bajo otro Plan, el Plan que cubra a dicha persona como empleado, miembro, suscriptor o retirado, o que cubra a dicha persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o retirado será el Plan Primario, y el plan que cubra a esa persona bajo la Ley COBRA o bajo una extensión de cubierta bajo otra ley federal o estatal similar será el Plan Secundario. Si el otro Plan no tiene esta regla, y los Planes no se ponen de acuerdo sobre el orden en que se deban pagar los beneficios, esta regla será ignorada. Esta regla no aplicará si la regla en el Párrafo D(1) puede determinar el orden de los beneficios.
 5. Tiempo de Cubierta Más Largo o Más Corto. El Plan que cubre a la persona como un empleado, miembro, tenedor de cubierta, suscriptor o retirado por más tiempo es el Plan Primario y el Plan que cubre a la persona por el periodo de tiempo más corto es el Plan Secundario.
 6. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los Gastos permitidos serán compartidos por los Planes que comparte la definición de Plan en partes iguales. Además, este plan no pagará más de lo que pagaría si fuera el Plan Primario.

7. Si usted está cubierto por más de un plan médico, usted debe someter todas sus reclamaciones ante cada uno de sus planes.

Efecto de los Beneficios en este Plan

- A. Cuando este plan es secundario, podría reducir sus beneficios de modo que el total de beneficios pagados o provistos por todos los Planes durante un año contrato no son mayores a los Gastos permitidos. Al determinar la cantidad a ser pagada por una reclamación, el Plan Secundario calculará los beneficios que pagaría en ausencia de la otra cubierta de cuidado de salud y aplicará esa cantidad calculada a cualquier Gasto permitido bajo su Plan que no fue pagada por el Plan Primario. El Plan Secundario podrá reducir sus pagos por la cantidad a modo que cuando combinados con la cantidad pagada por el Plan Primario, el total de beneficios pagados o provistos por todos los Planes por las reclamaciones no excedan el Gasto permitido por dicha reclamación. Además, el Plan Secundario deberá acreditar a su deducible cualquier cantidad que hubiere acreditado a su deducible en ausencia de otra cubierta de cuidado de salud.
- B. Si la persona cubierta está afiliada a dos (2) o más planes de panel cerrados y si, por cualquier razón, incluyendo la disposición de servicios por un proveedor fuera del panel, los beneficios no son pagados por uno de los planes de panel cerrados, no se aplicará la COB entre ese Plan y los otros planes de panel cerrados.

Derecho a recibir y divulgar información necesaria

Ciertos hechos acerca de su cubierta de cuidado de salud y servicios son necesarios para aplicar estas reglas de Coordinación de Beneficios y para determinar los beneficios a ser pagados para este Plan y otros Planes. First Medical Health Plan, Inc. podrá obtener la información que necesita de o compartirla a otras organizaciones o personas con el propósito de aplica estas reglas y determinar los beneficios a ser pagados por este plan y por otros Planes que cubren a la persona que reclama beneficios. First Medical Health Plan, Inc. no necesitará informarle u obtener consentimiento de cualquier persona para hacerlo. Cada persona que reclama beneficios bajo este Plan debe informarle a First Medical Health Plan, Inc. sobre cualquier información que necesita para aplicar estas reglas y determinar los beneficios a ser pagados.

Facilidad de Pago

Un pago realizado bajo otro Plan podría incluir una cantidad que debió haber sido pagada bajo este Plan. De ser así, First Medical Health Plan, Inc. podrá pagar esa cantidad a la organización que hizo ese pago. Esa cantidad será tratada como si fuera un beneficio pagado bajo este Plan. First Medical Health Plan, Inc. no tendrá que pagar esa cantidad nuevamente. El término “pago realizado” incluye los beneficios provistos en la forma de servicios en los cuales el “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios provistos en forma de servicios.

Derecho de recobro

Si la cantidad de los pagos realizados por First Medical Health Plan, Inc. es más de lo que debió haber pagado bajo esta disposición de Coordinación de Beneficios, podrá recobrar el exceso que ha pagado a una organización que podría ser responsable de los beneficios o servicios provistos a la persona cubierta. La cantidad de los pagos realizados incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio provisto en la forma de servicios.

Aviso de su Derecho de Conversión

(1). Si la cubierta sobre un empleado suscrito bajo el contrato cesa por razón de finalizar su empleo o su condición de miembro de una clase o clases elegibles para cubierta bajo el contrato, dicha persona tiene derecho a que el plan médico le emita, sin evidencia de asegurabilidad, una cubierta de plan médico; Disponiéndose, que la solicitud escrita para el contrato individual se hará, y la primera prima se pagará al plan médico en o antes de 31 días después de finalizar tal cese; y Disponiéndose, además que:

(a). El contrato individual deberá ser a opción de tal persona, de cualquiera de las formas, que para esa fecha sea emitida corrientemente por el plan médico a la edad y por los beneficios solicitados.

(b). La prima sobre el contrato individual será de acuerdo a la tarifa entonces vigente del plan médico que se aplique a la forma y los beneficios del contrato individual, de acuerdo a la categoría de riesgo a la cual esa persona pertenezca entonces, y a su edad alcanzada en la fecha efectiva del contrato individual. La condición de salud al momento de la conversión de la persona no será una base aceptable para la clasificación del riesgo.

(c). El contrato individual deberá cubrir al cónyuge y/o hijos dependientes del empleado suscrito si éstos estaban cubiertos a la fecha de terminación del contrato colectivo. A opción del plan médico, un contrato individual separado podrá ser emitido para cubrir a la esposa y/o hijos dependientes.

(d). El contrato individual será efectivo a la terminación de la cubierta bajo el contrato del grupo.

(e). El plan médico no estará obligado a emitir un contrato individual cubriendo a una persona que tenga derecho a recibir beneficios similares provistos bajo cualquier cubierta o bajo el programa de Medicare de la Ley Federal de Seguro Social, según fuere subsiguientemente enmendada, si dichos beneficios, conjuntamente con los provistos bajo el contrato individual, resultarán en un exceso de cubierta (over-insurance) según las normas del plan médico.

(2). Si un contrato de grupo cesa o es enmendada en tal forma que termine la cubierta de cualquier categoría de suscriptores, toda persona incluida en dicho contrato de grupo en la fecha de dicho cese cuya cubierta termine y que se haya mantenido así suscrita por los menos tres años antes de la fecha de dicho cese tendrá derecho a que se le emita por el plan médico una cubierta de plan médico, sujeto a las mismas condiciones y limitaciones provistas por el inciso (1) de esta sección.

(3). Sujeto a las condiciones y limitaciones provistas por el inciso (1) de esta sección, el privilegio de conversión se le otorgará:

(a). Al cónyuge y/o hijos dependientes del empleado suscrito cuya cubierta bajo el contrato de grupo cese por razón de la muerte de tal persona.

(b). Al cónyuge y/o hijos dependientes del empleado suscrito cuya cubierta cese por razón de no cualificar como un miembro familiar bajo el contrato de grupo, aunque el empleado suscrito continúe cubierta bajo el contrato de grupo.

(4). Si un suscriptor bajo el contrato de grupo sufre una pérdida cubierta bajo el contrato individual descrita en el inciso (1) de esta sección durante el período dentro del cual hubiere cualificado para que se le emitiera dicho contrato individual y antes que dicho contrato individual empiece a regir, los beneficios a que tuviere derecho bajo dicho contrato individual serán pagaderos como reclamación bajo el contrato de grupo, aunque no se haya solicitado un contrato individual o aunque no se haya hecho el pago de la primera prima.

(5). Si cualquier individuo suscrito bajo un contrato de grupo emitida en Puerto Rico en lo sucesivo adquiere el derecho de obtener un contrato individual bajo los términos del contrato de grupo sin tener evidencia de asegurabilidad, sujeto a solicitar y pagar la primera prima dentro del período especificado en el contrato, y si a ese individuo no se le avisa de la existencia de este derecho por lo menos 15 días antes de la fecha de expiración de dicho período, entonces en tal caso el individuo tendrá un período adicional durante el cual puede ejercer su derecho, pero nada de esto implica la continuación de un contrato más allá del período provisto en dicho contrato. El período adicional expirará 15 días después de habersele avisado al individuo pero en ningún caso se extenderá ése más de 60 días después de la fecha de expiración provista en el contrato. Notificación escrita presentada al individuo o enviada por correo por el tenedor del contrato a la última dirección conocida del individuo según la suscriba el tenedor de contrato será considerada aviso para los efectos de este párrafo. Si se concede un período adicional para ejercer el derecho a convertir, según aquí provisto, y si la solicitud escrita para dicho contrato individual acompañada por la primera prima, se hace durante el período adicional, la efectividad del contrato individual será la terminación del plan de salud bajo el contrato de grupo.

Tarjeta de Identificación (“ID”)

Usted debe mostrar su tarjeta de identificación cada vez que solicite servicios de salud. Si usted no muestra su tarjeta, los proveedores no tendrán forma de saber que usted está cubierto por esta cubierta emitida por el Plan y usted podría recibir una factura por servicios de salud, aun habiendo recibido servicios a través de proveedores participantes.

Servicios de Sala de Emergencia

Una emergencia es la presentación súbita o imprevista de una condición de salud a raíz de la cual la persona cubierta por este contrato entiende que se pone en peligro su vida o cualquiera de sus funciones vitales y que requiere asistencia médica o quirúrgica inmediata para lograr estabilizar dicha condición. Los servicios de emergencia están disponibles durante las veinticuatro (24) horas del día los 365 días del año. Se presume que las siguientes condiciones se consideran ejemplos de situaciones de emergencia:

- Accidentes traumáticos
- Fracturas
- Dislocaciones
- Heridas y laceraciones
- Cólicos renales y hepáticos
- Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria
- Embolias pulmonares
- Ataque agudo de asma bronquial
- Dificultad respiratoria
- Vómitos y diarreas severas, con o sin deshidratación
- Dolor abdominal agudo
- Convulsiones
- Reacciones febriles persistentes
- Episodios neurológicos
- Estado de choque (“shock”) y coma de cualquier orden
- Estado de pérdida de conocimiento o de obnubilación o desorientación súbita
- Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia
- Cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz y otras cavidades naturales

- Envenenamientos por indigestión, inhalación
- Hemorragias de todo tipo
- Quemaduras
- Retención aguda de orina
- Presencia súbita de sangre en la orina, con o sin dolor (hematuria súbita)
- Retención aguda del prepucio (parafimosis)
- Pérdida súbita de la visión por cualquiera de los ojos o ambos
- Dolor agudo en el pecho
- Emergencias de condiciones mentales
- Otros de acuerdo al protocolo establecido en servicios de emergencias

COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act)

Provee, en algunas situaciones, una cubierta continuada (cubierta extendida) a los empleados cubiertos y dependientes directos elegibles, cuando la cubierta bajo el plan médico grupal termina por las razones (eventos calificados) establecidos en dicha legislación. El empleado suscrito deberá confirmar con su patrono si es elegible para esta cubierta. **El patrono, y no First Medical Health Plan, Inc., será el administrador COBRA.**

En casos de terminación del empleo, ya sea por despido (siempre y cuando la causa no sea por mala conducta) o renuncia, y reducción de horas, la ley COBRA establece que el suscriptor en el plan de salud grupal tendrá derecho a una cubierta extendida de 18 meses. Esta cubierta también estará disponible para sus dependientes directos. Si el suscriptor bajo COBRA se incapacita y su incapacidad es certificada por la Administración del Seguro Social dentro de los 60 días a partir del evento calificativo, entonces el suscriptor bajo COBRA tendrá derecho a una extensión de 11 meses bajo COBRA. Por último, si se trata de un divorcio o muerte del empleado suscrito, el cónyuge y sus hijos, tendrán derecho a un periodo de cubierta extendida de 36 meses. El dependiente directo (hijo) tendrá un periodo de 36 meses si pierde la condición de elegible bajo el plan. Si el empleado suscrito recibe los beneficios de Medicare, el cónyuge y sus dependientes tendrán derecho a cubierta extendida por 36 meses. La cubierta extendida bajo COBRA puede finalizar por las siguientes razones:

- a. Finaliza el periodo de COBRA;
- b. Por falta de pago;
- c. Patrono finaliza plan de salud grupal;
- d. Suscriptor se suscribe a Medicare;
- e. Suscriptor se suscribe a otro plan de salud en el cual no tiene periodo de espera;
- f. Suscriptor incurre en una falta que de acuerdo al plan es justa causa para darlo de baja del plan (por ejemplo: someter reclamaciones fraudulentas).
- g. Patronos con menos de 20 empleados participantes.

Expedición de Certificados

First Medical Health Plan, Inc. expedirá al tenedor del contrato para entrega a cada persona cubierta, una Cubierta de Beneficios que expresará la protección a que tiene derecho el suscriptor, a quién se pagarán los beneficios del contrato y derechos y condiciones establecidas en los incisos (1), (2), (3) y (4) de la Cláusula de Conversión.

SISTEMA DE QUERELLAS

Todo suscriptor de First Medical Health Plan, Inc. tiene disponible mecanismos o procedimientos justos y eficientes para resolver su diferencia con nuestro Plan de Salud, que incluye controles de calidad que garantizan una adecuada resolución a sus querellas.

Si usted tiene alguna inquietud, pregunta o diferencia relacionada acerca de los beneficios bajo su cubierta usted puede comunicarse por teléfono al número (787) 474-3999, por fax al (787) 625-8765, por correo regular PO Box 191580 San Juan, PR 00918-1580, o personalmente a alguna de nuestras oficinas de servicio.

Un representante de First Medical Health Plan, Inc. atenderá su inquietud por el mecanismo informal de diálogo, ya sea por teléfono o personalmente en alguna oficina de servicio. Si lo solicitado no se resuelve de forma inmediata, ésta situación se convertiría en una querella, la cual será registrada y sometida al Departamento de Querellas, para su evaluación y resolución adecuada.

El Departamento de Querellas de First Medical Health Plan, Inc. ha sido establecido conforme al Capítulo 22 del Código de Salud de Puerto Rico, y tiene el propósito de evaluar y resolver de forma eficiente y a tiempo cualquier querella sometida.

Definiciones:

- A. “Beneficios cubiertos” o “beneficios” significa los servicios de cuidado de la salud a que las personas cubiertas o suscriptores tienen derecho conforme al plan médico.
- B. “Certificación” significa un documento que contiene la determinación de la organización de servicios de salud, o de la organización de revisión de utilización, en el que se expresa que se ha revisado la solicitud de un beneficio a tenor con el plan médico y que, a base de la información provista, el beneficio cumple con los requisitos de la organización de servicios de salud en cuanto a la necesidad médica, la idoneidad, el lugar donde se provee el cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del cuidado.
- C. “Criterios de revisión clínica” significa los procedimientos escritos para el cernimiento, resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de servicios de salud para determinar la necesidad médica e idoneidad de los servicios de cuidado de salud.
- D. “Determinación adversa” significa:
 - a. Una determinación hecha por una organización de servicios de salud, o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa;
 - b. La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte de la organización de servicios de salud, o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta o suscriptor de participar en el plan médico; o

- c. La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.
- E. “Estabilizado” significa, respecto a una condición médica de emergencia, que no hay probabilidad de que se deteriore la condición del paciente, dentro de las probabilidades médicas razonables, antes de que se pueda transferir al paciente.
- F. “Homólogo clínico” significa un médico u otro profesional de la salud que tiene una licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.
- G. “Manejo de casos” significa un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de servicios de salud, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.
- H. “Plan de cuidado coordinado” significa
 - a. Un plan médico que requiere o incentiva, incluso económicamente, que las personas cubiertas o suscriptores utilicen los proveedores de la organización de servicios de salud, o proveedores que son administrados, contratados o suscriptores por ésta, para que las personas cubiertas o suscriptores utilicen dichos servicios.
 - b. Los “planes de cuidado coordinado” incluyen:
 - i. Los planes cerrados, significa un plan de cuidado coordinado que requiere que la persona cubierta o suscrita use sólo proveedores participantes conforme a los términos del plan.
 - ii. Los planes abiertos, significa un plan de cuidado coordinado que provee incentivos, incluidos los incentivos económicos, para que la persona cubierta o suscrita use los proveedores participantes conforme a los términos del plan.
- I. “Organización de revisión de utilización” significa la entidad contratada por una organización de servicios de salud para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de servicios de salud quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de servicios de salud subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.
- J. “Plan médico” significa un contrato de servicios de salud, certificado, o contrato de suscripción, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual la organización de servicios de salud, se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.
- K. “Planificación de altas” significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé alta de una instalación, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.
- L. “Querrela” significa una queja escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por una persona cubierta o suscriptor, o a nombre de éste, con respecto a:
 - a. La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;
 - b. El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud;
 - o
 - c. Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o suscriptor y la organización de servicios de salud.
- M. “Red” significa el grupo de proveedores participantes que presta servicios en un plan de cuidado coordinado.

- N. “Revisión concurrente” significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una facilidad, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes reclusos o ambulatorios.
- O. “Revisión de servicios ambulatorios” significa la revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.
- P. “Revisión de utilización” significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.
- Q. “Revisión prospectiva” significa la revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la organización de servicios de salud para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.
- R. “Revisión retrospectiva” significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleve a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. “Revisión retrospectiva” no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.
- S. “Segunda opinión” significa la oportunidad o el requisito de obtener una evaluación clínica hecha por un proveedor, que no sea el proveedor que haya hecho la recomendación inicial, de un servicio de cuidado de la salud, con miras a evaluar la necesidad médica e idoneidad de dicho servicio.
- T. “Solicitud de cuidado urgente” significa
 - a. Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento en la cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:
 - i. Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona cubierta o suscriptor o su recuperación plena; o
 - ii. En la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o suscriptor, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.
 - b. Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la organización de servicios de salud ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o suscriptor determina presentar una solicitud de cuidado urgente dentro del significado del inciso (1), la organización de servicios de salud tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

El procedimiento establecido es el siguiente:

1. **Revisión Primer Nivel de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa** – Toda persona cubierta o representante personal tendrá 180 días para presentar su querella luego de haber sido notificado de una determinación adversa. La querella podrá ser sometida ante el Departamento de Querellas, de forma escrita o verbal utilizando los siguientes mecanismos:
 - a. Teléfono (787) 474-3999
 - b. Fax (787) 625-8765

- c. Correo Postal PO Box 191580, San Juan, PR 00918-1580
- d. o cualquiera de nuestras Oficinas de Servicio

Si su querrela surge como resultado de una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, First Medical Health Plan, Inc. designará uno o varios homólogos clínicos de la misma especialidad, o especialidad similar a los profesionales de la salud que, normalmente manejarían el caso para el cual se hizo dicha determinación adversa. Los homólogos clínicos designados no pueden haber participado en la determinación adversa inicial.

First Medical Health Plan, Inc. se asegurará de que, si designa a más de un homólogo clínico para la revisión, éstos tengan la pericia adecuada. Durante este proceso, los revisores tomarán en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como cualquier información relacionada a la solicitud de revisión presentada por la persona cubierta, independientemente de que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.

La persona cubierta o su representante personal, tienen el derecho de:

- (i) Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querrela objeto de revisión; y
- (ii) Recibir de First Medical Health Plan, Inc., a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la querrela.

Se considerará que los documentos, registros o cualquier información será pertinente para la radicación de la querrela de la persona cubierta si los mismos:

- (i) Fueron usados en la determinación de beneficios;
- (ii) Se presentaron, consideraron o generaron con relación a la determinación adversa, aunque la determinación del beneficio no dependiera de dichos documentos, registros u otra información;
- (iii) Demuestran que al hacer la determinación, First Medical Health Plan, Inc. siguió, de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas cubiertas en circunstancias similares; o
- (iv) Constituyen declaraciones de política o directrices del plan médico relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

First Medical Health Plan, Inc. enviará a la persona cubierta o a su representante personal una notificación de los derechos que le asisten no más tarde de tres (3) días laborables del recibo de la misma.

Los plazos para contestar la querrela comenzarán al momento del recibo de la misma por First Medical Health Plan, Inc., independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. Si la organización entiende que la querrela no contiene toda la información necesaria para hacer una determinación, le indicará claramente a la persona cubierta o a su representante personal, las razones por las cuales considera que no puede tramitar la querrela, indicando los documentos o información adicional que deberá someter.

En los casos que la querrela sea como un resultado de una determinación adversa y que esté relacionada con una revisión **prospectiva** (antes de presentarse el servicio) la organización emitirá su determinación en un plazo razonable pero no más tarde de quince (15) días del recibo de la querrela. En los casos que esté relacionada con una revisión **retrospectiva** (después de haberse prestado el servicio), la

organización emitirá una determinación en un plazo razonable pero no más tarde de treinta (30) días del recibo de la querella.

La determinación emitida expresará de manera comprensible para la persona cubierta o para su representante personal:

- (1) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);
- (2) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;
- (3) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o su representante personal, pueda responder a los planteamientos de la organización;
- (4) La evidencia o documentación usada como base de la determinación;
- (5) En el caso de que la determinación de la organización, luego de realizar una revisión de primer nivel, resulte adversa, se incluirá, además, lo siguiente:
 - (a) Las razones específicas de la determinación adversa;
 - (b) Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
 - (c) Una declaración que haga mención del derecho que tiene la persona cubierta a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente;
 - (d) Si para formular la determinación adversa la organización se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud de la persona cubierta o de su representante personal;
 - (e) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, o una declaración de que se proveerá una explicación a la persona cubierta o a su representante personal, de manera gratuita, a su solicitud; y
 - (f) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
 - (g) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación. Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación.
- (6) Si fuera aplicable, una declaración en la que se indique:
 - (a) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente, conforme las disposiciones de la sección sobre “Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud” de este contrato, si la persona cubierta decidiera que no solicitará una revisión voluntaria; y
 - (b) El derecho de la persona cubierta a incoar una demanda ante un tribunal competente.

First Medical Health Plan, Inc. y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tales como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros.

Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de Salud, a los siguientes teléfonos y direcciones:

<p style="text-align: center;">OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PR</p> <p>Física: GAM Tower, Urb. Tabonuco, Suite 400 Guaynabo PR 00968-3020</p> <p>Postal: B5 C/Tabonuco Suite 216 PMB 356 Guaynabo, PR 00968-3029</p> <p>Tel: 787-304-8686, Recepción: Ext: 2501</p>	<p style="text-align: center;">OFICINA DEL PROCURADOR DE LA SALUD</p> <p>Física: 1501 Ave. Ponce de León Edificio Mercantil Plaza, Piso 9 Hato Rey, PR 00908</p> <p>Postal: PO Box 11247 San Juan, PR 00910-2347</p> <p>Tel: 787-977-0909</p> <p>Tel: 787-977-1100 (radicar querellas)</p>
--	---

2. **Revisión Ordinaria de Querellas no Relacionadas a una Determinación Adversa** – toda persona cubierta o representante personal tendrá el derecho de presentar documentación escrita para la consideración de la Organización de Servicios de Salud para que lleve a cabo una revisión ordinaria. Esta querella se presenta como resultado del pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de salud, asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta y la Organización de Servicios de Salud o la disponibilidad, presentación o calidad de los servicios de cuidado de salud.

La organización emitirá un acuse de recibo clasificando la querella como una de carácter ordinario y que ésta será evaluada y contestada a más tardar de los treinta (30) días calendario posterior a la radicación de la querella. Este acuse de recibo informará a la persona cubierta o su representante personal el nombre, dirección y teléfono de la persona asignada por la organización para la revisión de la querella.

La determinación por escrito emitida expresará de manera comprensible para la persona cubierta o para su representante personal:

- (1) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión ordinaria (los revisores);
- (2) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella; y
- (3) Referencia a la evidencia o documentación usada como base para la determinación.

La determinación emitida por los revisores debe ser una en términos claros en base contractual o justificación médica haciendo referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación. Esta también notificará a la persona cubierta o representante personal el derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la oficina del Procurador de la Salud, incluyendo el teléfono y dirección para solicitar ayuda en caso que la determinación de la querella sea una adversa.

3. **Revisión Acelerada – Revisión Acelerada de Querellas Relacionadas a una Determinación Adversa** – Toda persona cubierta o representante personal tendrá el derecho de una revisión acelerada para solicitudes de cuidado urgente relacionados a una determinación adversa. First Medical Health Plan, Inc. designará homólogos clínicos similares a la persona que normalmente manejaría el caso que se revisa. Toda información relacionada a una revisión acelerada entre la Organización de Servicios de Salud y la persona cubierta o su representante personal debe ser tramitada de la forma más expedita posible utilizando los medios de comunicación disponibles. La determinación de la revisión acelerada se tomará y se notificará a la persona cubierta o

representante personal con la premura que requiera la condición médica no más tarde de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la revisión acelerada.

La notificación de la decisión detallará lo siguiente:

- (a) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión acelerada (los revisores);
- (b) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la solicitud de revisión acelerada;
- (c) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica;
- (d) Una referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación; y
- (e) Si la determinación resulta en una determinación adversa, la misma proveerá:
 - (i) Las razones específicas de la determinación adversa;
 - (ii) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
 - (iii) Copia de dicha regla, guía o protocolo u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a la solicitud de la persona cubierta, si éstas fueron utilizadas para fundamentar la determinación adversa;
 - (iv) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación;
 - (v) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
 - (I) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación adversa o
 - (II) Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación;
 - (vi) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente.

Además, dicha notificación incluirá el derecho que tiene toda persona cubierta o su representante personal de iniciar una demanda en un tribunal competente, como también la opción de solicitar una mediación o arbitraje. Para estas opciones disponibles deberá comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o la Oficina del Procurador de la Salud, donde se incluirá el número del teléfono y dirección para solicitar ayuda en todo momento. La notificación adversa podrá ser provista verbalmente, por escrito o electrónicamente. Si la notificación adversa se provee verbalmente, First Medical Health Plan, Inc. proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar tres (3) días luego de la notificación verbal.

DERECHO A SOLICITAR UNA REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE

La persona cubierta o suscriptor podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa o de una determinación adversa final, de conformidad con lo que dispone el Artículo 28.050 del Código de Seguros de Salud.

Todo suscriptor de First Medical Health Plan, Inc. cubiertas tendrá la oportunidad de recibir una revisión independiente de las determinaciones adversas o determinaciones adversas finales mediante la radicación de una solicitud de revisión externa ante el Comisionado de Seguros de Puerto Rico una solicitud de revisión externa.

Definiciones

- “Determinación adversa” significa una determinación hecha por una organización de servicios de salud, o por la organización de revisión de utilización designada, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio o servicio, o no se paga el beneficio o servicio, parcial o totalmente, ya que, a base de la información provista, el beneficio o servicio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de la organización de servicios de salud en cuanto a la necesidad de salud, idoneidad, lugar en que se presta el servicio de cuidado de la salud, nivel o eficacia del servicio o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa.
- “Determinación adversa final” significa la determinación adversa que ha sido confirmada por la organización de servicios de salud, o la organización de revisión de utilización designada, al completarse los procedimientos internos de querrela.

La revisión externa puede ser radicada, en el formato que se establezca para estos propósitos, en la Oficina del Comisionado de Seguros:

Dirección Física	Dirección Postal
Edificio GAM Tower	B5 C/Tabonuco Suite 216
Urb. Caparra Industrial Park	PMB 356
2 Calle Tabonuco	Guaynabo, PR 00968-3029
Suite 400 (4to) piso	
Guaynabo, PR	

La revisión externa está disponible cuando una determinación adversa o determinación adversa final se fundamenta en la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de eficacia del servicio o la rescisión de cubierta. Se requiere autorización de la persona cubierta para divulgar la información de salud necesaria y relevante que se tuviera que revisar con el fin de tomar una determinación con respecto a la revisión externa.

La persona cubierta pagará un costo nominal no mayor de \$25.00 por cada revisión externa solicitada, disponiéndose que el costo para una misma persona cubierta no se pueda exceder de \$75.00 por suscriptor por año contrato. La cantidad pagada por la persona cubierta le será reembolsada si éste obtiene opinión a su favor.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Aplica copago, ver línea B de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta. \$0 copago dentro de la Red de Hospitales y Clínicas Metro Pavía.

- Habitación semiprivada durante trescientos sesenta y cinco (365) días.
- Habitación de aislamiento, cuando sea médicamente necesaria y ordenada por escrito por el médico a cargo.
- Dietas regulares y especiales.
- Atención general de enfermeras provista por el hospital.
- Material de curaciones, yeso, bandeja quirúrgica, medicinas, soluciones intravenosas, anestésicos, oxígeno y material quirúrgico.
- Uso de sala de operaciones y recuperación.
- Uso de la Unidad de Intensivo y Coronaria, Neonatal, Intensivo Pediátrico y Telemetría.
- Laboratorio clínico, patológico y radiografías.
- Pruebas diagnósticas especializadas.
- Sangre, Plasma, Plasmaféresis y Plaquetas.
- Terapia física, Respiratoria y Cáncer.
- Pruebas de gases arteriales.
- Evaluaciones audiológicas.
- Litotricia.
- Exámenes Patológicos.
- Pruebas de Función Pulmonar.
- Diálisis y Hemodiálisis durante los primeros noventa (90) días a partir del diagnóstico. Hiperalimentación Parenteral.
- Servicios para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, siempre y cuando el servicio se preste dentro de los límites territoriales de Puerto Rico.
- Otros servicios regulares que se presten normalmente a pacientes hospitalizados que estén incluidos en el contrato per-diem entre First Medical Health Plan, Inc., y el hospital.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

Aplica copago, ver línea B de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta. \$0 copago dentro de la Red de Hospitales y Clínicas Metro Pavía.

- Servicios de médicos especialistas y sub-especialistas.
- Servicios de cirugía.
- Servicios de anestesia y su administración.
- Servicios de atención obstétrica durante el parto.
- Servicios de atención pediátrica al recién nacido durante un parto por cesárea (*Stand-by-Cesarean-Section*) y durante su estadía en la sala de recién nacidos (*Well Baby Care*), cuando el parto esté cubierto en un contrato.
- Circuncisión y Dilatación – Durante el periodo de alumbramiento y en cualquier momento que sea médicamente necesario sin importar la edad del paciente.
- Cirugía maxilofacial- Cubierto cuando ésta sea necesaria por motivo de un accidente no cubierto bajo legislación federal o estatal. Debe realizarse no más tarde de 90 días a partir de la fecha del accidente y dentro del periodo vigente de la cubierta de beneficio. **Requiere autorización previa del plan y no aplica para condiciones cosméticas.**
- Consultas a médicos especialistas y sub-especialistas requeridas por el médico de cabecera.
- Cirugía neurológica, cerebrovascular, cardiovascular y PTCA.
- Marcapaso, válvula y *Stent* en el caso de que se coloque por primera vez luego del diagnóstico.
- Cirugía, servicios y tratamientos relacionados con la Obesidad Mórbida, según lo requerido por la Ley Número 212 del 9 de agosto de 2008 y según protocolo establecido por FMHP.

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR (HOME HEALTH CARE)

Cubierto al 100%. Deben ser solicitados por el médico del suscriptor y debe ser provisto por una organización debidamente certificada para este propósito. Estos servicios estarán cubiertos, si los mismos comienzan dentro de los primeros catorce (14) días de haber sido dado de alta y que se presten por motivos de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. Este programa cubrirá por cuarenta (40) días inicialmente y veinte (20) sujeto a certificación médica.

- Servicios de Enfermería y Auxiliar de Servicios en el Hogar- Cubierto el equipo tecnológico con los servicios de enfermeras, turno diario de 8 horas según la ley 125 del 21 de septiembre de 2007.
- Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla – Cubierto, por un miembro de la facilidad para el cuidado de la salud en el hogar.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

- Visitas ambulatorias a oficinas de médicos generalistas, **aplica copago ver línea D de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Visitas ambulatorias a oficinas de médicos especialistas, **aplica copago ver línea E de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Visitas ambulatorias a oficinas de médicos sub-especialistas, **aplica copago ver línea F de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en Oficina Médica, incluye los servicios de consulta profesional, servicios de curaciones y cirugía menor, **aplica copago ver línea H de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Vacunas según requerido por Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Diseases Control and Prevention y del Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico.
- Condición de Autismo- Cubierto para el Tratamiento de Autismo, incluyendo, pero sin limitación de, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas y ocupacionales, inmunológicas, gastroenterología, servicios de nutricionistas y psicólogos, según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012.
- Pruebas y equipos para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida. - Según enmienda a la Ley Núm. 72-1993 del 4 de mayo de 2015, para los efectos de los servicios establecidos al amparo de la Ley para los beneficiarios que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida, se entenderá como beneficiario a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, entiéndase respirador o de oxígeno suplementario por lo que va a requerir cuidado diario especializado de enfermeras diestras con conocimiento en enfermería para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad; y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido veintiún (21) años de edad . Además está cubierto: un mínimo de un turno diario de 8 horas de servicios de enfermeras diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos y terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes. Requiere autorización previa del plan. **Aplica copago ver línea K de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Evaluaciones audiológicas una (1) por año contrato.
- Cernimiento auditivo universal.
- Cirugía ambulatoria en centros de cirugía ambulatoria y en hospitales que presten dicho servicio. **Aplica copago ver línea G de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Laboratorios clínicos, patológicos y radiografías, **aplica copago ver línea I de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta..**

- Servicios de optómetra: cubre una (1) refracción (examen de la vista) al año. No incluye lentes ni monturas. Este servicio no afecta ni limita el derecho del suscriptor a visitar un oftalmólogo para atenderse enfermedades de los ojos.
- Rayos láser en la especialidad de Oftalmología.* **(No con fines cosméticos)**
- Pruebas de alergias, hasta cincuenta (50) por año contrato. **Aplica copago ver línea K de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.***

Litotricia extracorpórea renal una (1) por año contrato. **Aplica copago ver línea K de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.***

- Bomba de Infusión de Insulina y Suplidos para Bomba de Infusión de Insulina- Cubierto a través del beneficio de equipo médico duradero (DME), para suscriptores menores de 21 años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según requerido por la Ley 177 del 13 de agosto de 2016. Sujeto a la necesidad médica del paciente y requiere previa autorización del plan.
- Equipo para medir la azúcar (Glucómetro) - hasta uno cada dos años por persona cubierta, así como tirillas y lancetas (sólo para suscriptores con diabetes) según lo dispone la Ley 177 del 13 de agosto de 2016.
- Podiatra visitas cubiertas, **aplica copago ver línea E de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta y en los procedimientos aplicará un 40% de coaseguro.***
- Quiropráctico visitas cubiertas. **Aplica copago ver línea E de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Quiropráctico – Manipulaciones (*sujeto a necesidad médica y requiere autorización previa del plan*) hasta veinte (20) por año contrato combinadas con Terapia Física. Aplica copago de Terapia Física según tarifa negociada. **Aplica copago ver línea J de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta***
- Servicio de nutricionistas y dietistas, mediante referido de un médico, hasta dos (2) visitas por año contrato **(a través de reembolso).**
- Vasectomía- Cubierto, aplica copago/coaseguro, una (1) por vida.* Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización. Si el procedimiento es en hospital, **aplica el copago ver línea B de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.** Si el procedimiento es en oficina médica, **aplica copago ver línea H tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Diálisis y Hemodiálisis durante los primeros noventa (90) días a partir del diagnóstico.*
- Exámenes Patológicos.
- Inyecciones Intraarticulares hasta dos (2) diarias, máximo diez (10) por año contrato.*
- Laparoscopia - Cubierto, si el procedimiento es en hospital, **aplica el copago ver línea B de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.** Si el procedimiento es en facilidad ambulatoria, **aplica copago ver línea G tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta. ***
- Criocirugía una (1) por año contrato.* Si el procedimiento es en hospital, **aplica el copago ver línea B de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.** Si el procedimiento es en oficina médica, **aplica copago ver línea H tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.***
- Ginecomastía*

- Timpanometría y Audiometría.* Una (1) de cada tipo por año contrato, **aplica copago ver línea H de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Servicios para el diagnóstico tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, siempre y cuando el servicio se preste dentro de los límites territoriales de Puerto Rico y el plan de tratamiento sea pre-certificado por escrito por First Medical Health Plan, Inc.

* Estos procedimientos están sujetos a previa autorización escrita de First Medical Health Plan, Inc.

Todos los servicios bajo esta sección tienen copagos y coaseguros según la sección de tarifas contratadas entre el grupo y First Medical Health Plan, Inc. Excepto aquellas que se identifiquen en la sección de preventivos las cuales no aplican copago ni coaseguro.

EQUIPO MÉDICO DURADERO

- Aplica 40% coaseguro hasta un máximo de \$5,000, luego del beneficio máximo aplica un 60% coaseguro. Será cubierto el alquiler o compra de equipo dentro de la red de proveedores de First Medical Health Plan, Inc. sujeto a que:
 1. El equipo sea usado primeramente con propósitos médicos.
 2. El equipo pueda ser utilizado efectivamente en una facilidad no médica (ej. en el hogar).
 3. El equipo pueda hacer una contribución significativa en el curso del tratamiento de la enfermedad o lesión.
 4. El costo del equipo sea proporcional a los beneficios terapéuticos que de su uso se deriven.
- El alquiler o compra del equipo médico durable lo hará First Medical Health Plan, Inc. sujeto a la necesidad médica del paciente y requiere previa autorización del plan.

SERVICIOS PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN

- Todo paciente con la condición de Síndrome de Down suscrito en este contrato tiene derecho a los servicios y beneficios que establece la Carta de Derecho de las Personas que tienen el Síndrome de Down, según se dispone la Ley Núm. 97-2018, aprobada el 15 de mayo de 2018.
- Con el fin de asegurar que estos pacientes reciban atención médica adecuada, se les proveerá de mecanismos necesarios para su educación, rehabilitación física, mental y social, con el interés primordial que les permita desarrollar al máximo su potencial y facultar su integración a la sociedad.
- Este beneficio es uno integrado en esta cubierta e incluye todos los servicios aprobados en este contrato con sus copagos y coaseguros según corresponda.
- Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son:
 - Pruebas genéticas, neurológicas, inmunológicas, gastroenterológicas y nutrición,
 - Visitas Médicas,

- Servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente,
- O viviendas asistidas para adultos mayores de 21 años.

SERVICIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES CON CÁNCER DE SENO *

- En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, según enmendada y mejor conocida como “La Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer”, First Medical Health Plan, Inc. garantiza la cubierta de tratamiento, que esté pactado dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines.
- Además, como parte de la cubierta, se incluyen todos los servicios y beneficios preventivos de conformidad con la ley federal Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), para la detección temprana de cáncer de seno. Para ello, se cubren visitas a especialistas, exámenes clínicos de senos, estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como, pero no limitados a: mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva post-mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.
- En la prevención contra el cáncer cervical, First Medical Health Plan, Inc. garantiza la cubierta de servicios preventivos, lo cual incluye: exámenes pélvicos, citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical. Además, cubre la vacuna contra el cáncer cervical o vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) entre las edades de once (11) a dieciocho (18) años de edad.
- La Ley Num. 82 de 15 de marzo de 2018, para enmendar el inciso (d) del Artículo 3 de la Ley Num. 275 de 2012, supra, dispone que será responsabilidad de los Proveedores de Servicios de Salud, referir a todo suscriptor diagnosticado con cáncer a la cubierta catastrófica o especial del plan de cuidado de Salud del Gobierno de Puerto Rico. La cubierta catastrófica o especial le será provista a todo suscriptor diagnosticado con cáncer que cualifique para estos fines, en un período no mayor de setenta y dos (72) horas laborables.”
- Para abonar a que se cumpla con la disposición antes reseñada de la Ley Núm. 82 supra, por los proveedores de servicios de salud, First Medical orienta a los proveedores de servicios de salud quienes están ofreciendo servicios a los pacientes con cáncer y a los suscriptores con diagnóstico de cáncer, sobre el derecho que tienen de ser suscriptores de la cubierta especial del Plan de Salud del Gobierno, basado en criterios establecidos. Parte de la orientación es que

todo suscriptor diagnosticado con cáncer que cualifique para estos fines, la cubierta debe ser provista en un período no mayor de setenta y dos (72) horas laborables.

- * Estos procedimientos están sujetos a previa autorización escrita de First Medical Health Plan, Inc.

SERVICIO DE ANESTESIA GENERAL Y USO DE SALA PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES*

- Los servicios de anestesia general y uso de sala para procedimientos dentales serán cubiertos, según lo dispuesto en la Ley 352 de 1999. Aplica copago de hospitalización.*
- Los mismos serán ofrecidos por un dentista pediátrico, cirujano oral o un maxilofacial que sea miembro de la facultad medica hospitalaria y certificado para llevar pacientes a sala usando anestesia general en el ambiente de sala de cirugía de una facilidad certificada para estos fines el cual determine la necesidad de su uso ya sea por complejidad o condición médica y siguiendo los criterios de la Academia Americana de Odontología Pediátrica.
- Esta cubierta dependerá de los siguientes indicadores:
 1. cuando por razón de edad, impedimento o discapacidad física o mental y complejidad del tratamiento, está imposibilitado para resistir o tolerar dolor y cooperar con el tratamiento dental sugerido.
 2. cuando el paciente, entiéndase infante, niño(a), adolescente o persona con impedimento físico o mental presente alguna condición médica que haga indispensable el uso de una facilidad quirúrgica con anestesia general de manera de no comprometer su salud.
 3. cuando la anestesia local esté contraindicada por motivo de alergia, infección aguda, o variante anatómica.
 4. cuando el paciente sea un infante, niño(a) 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.
 5. cuando un paciente haya recibido trauma dental extenso y severo donde el uso de anestésico local comprometa la calidad de los servicios o sea infectiva para manejar el dolor y aprehensión.
- La pre-autorización para este servicio se aprobará o denegará dentro de dos (2) días contratos a partir de la fecha en que el suscriptor someta todos los documentos requeridos por First Medical Health Plan, Inc. los cuales son: el diagnóstico del paciente; la condición médica del paciente, y las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental.

- * Estos procedimientos están sujetos a previa autorización escrita de First Medical Health Plan, Inc.

SERVICIOS DE MATERNIDAD

- Servicios prenatales y postnatales: Cubierto al 100%. Los cuidados prenatal, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para la suscriptora principal, el cónyuge y toda mujer que cualifique como dependiente directo, incluida en el contrato. El cuidado del niño(a) en el hospital estará cubierto durante la estadía de la madre en el hospital. Cualquier otro cuidado médico necesario estará cubierto sólo si el niño(a) es suscrito de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este Contrato excepto lo dispuesto por el Artículo 3 de la Ley Núm. 248 de 15 de agosto de 1999 dispone que si la madre y el recién nacido son dados de alta en un período de tiempo menor al dispuesto, la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre. Las admisiones de hospital en caso de un parto estarán cubiertas un mínimo de 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de un parto por cesárea a menos de que el médico, luego de consultar con la madre, ordene el alta al hospital para la madre y/o recién nacido, Conforme a la Ley 248 del año 1999.
- Uso de sala de parto y anteparto.
- Uso de sala de recién nacidos (*Nursery*) e incubadora.
- Prueba Universal Neonatal de Cernimiento Auditivo según Ley 311 con fecha del 19 de diciembre de 2003.
- Monitoreo Fetal (producción e interpretación).
- Perfil biofísico hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y para embarazos de alto riesgo.*
- Circuncisión y Dilatación – Durante el periodo de alumbramiento y en cualquier momento que sea médicamente necesario sin importar la edad del paciente.
- Amniocentésis hasta un (1) procedimiento por embarazo.*
- Esterilización¹.
- Sonogramas Obstétricos. **Aplica copago ver línea K de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**

- * Estos procedimientos están sujetos a previa autorización escrita de First Medical Health Plan, Inc.

¹ Servicio cubierto bajo servicios preventivos según 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)* están cubiertos al 100%.

Algunos de los servicios bajo esta sección tienen copagos y coaseguros según la sección de tarifas contratadas entre el grupo y First Medical Health Plan, Inc. Excepto aquellas que se identifiquen en la sección de preventivos las cuales no aplican copago ni coaseguro.

SERVICIOS PARA CONDICIONES MENTALES

Cubierto, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.

- Hospitalización. **Aplica copago, ver línea B de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta. \$0 copago dentro de la Red de Hospitales y Clínicas Metro Pavía.**
- Hospitalización parcial. **Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Visitas al Psiquiatra. **Aplica copago, ver línea E de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Psicólogos Clínicos. **Aplica copago, ver línea E de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Terapia de grupo. **Aplica copago, ver línea E de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Tratamientos residenciales. **Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta. Requiere previa autorización del plan.***
- Evaluación neuropsicológica. Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. **Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.** Requiere previa autorización del plan y sujeto a necesidad médica.
- Terapia Electroconvulsiva. Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la American Psychiatric Association. **Requiere previa autorización del plan.***

SERVICIOS DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO

Cubierto, según lo dispuesto en la Ley Federal “Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)” de octubre de 2008.

- Hospitalización. **Aplica copago, ver línea B de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta. \$0 copago dentro de la Red de Hospitales y Clínicas Metro Pavía.**
- Hospitalización parcial. **Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Visitas al Psiquiatra. **Aplica copago, ver línea E de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Terapia de grupo. **Aplica copago, ver línea E de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**

- Tratamientos residenciales en Puerto Rico. **Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta. Requiere previa autorización del plan.***

* Estos procedimientos están sujetos a previa autorización escrita de First Medical Health Plan, Inc. y aplica copago o coaseguro.

SERVICIOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS

Las siguientes pruebas diagnósticas estarán cubiertas tanto en forma ambulatoria **aplica coaseguro, ver línea K de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta** como para pacientes hospitalizados cuando éstas sean ordenadas por médicos especialistas, según se detalla a continuación:

- Electroencefalogramas.*
- Electrocardiogramas.
- Electromiogramas.*
- Sonogramas.*
- Pruebas de Función Pulmonar.*
- Laboratorio Cardiovascular no invasivo uno (1) de cada tipo por año contrato (*Stress Test con Septa Mibi, Persantine o Thallium, Holter, Ecocardiograma, Cardiac Color Flow Doppler*).*
- Laboratorio Periferovascular no invasivo uno (1) de cada tipo por año contrato.*
- Endoscopías digestivas.*
- Colonoscopia*
- Angioplastía coronaria transluminal percutánea (PTCA).*
- Manometría de Esófago.*
- Tomografía Computadorizada (CT Scan) una (1) por región anatómica por año contrato.*
- Pruebas Nucleares (incluyendo PET Scan y PET CT Scan) una (1) por región anatómica por año contrato.*
- Potenciales Evocados. Este estudio deberá ser pre-escrito u ordenado por un neurólogo.*
- Densitometría Osea.*
- Electroencefalograma (EEG) de 24 horas uno (1) por año contrato.*
- Cernimiento auditivo neonatal universal.
- Evaluaciones Audiológicas.*
- Polisomnografía (estudios desórdenes de sueño).*
- Resonancia Magnética (MRI) o MRA una (1) por región anatómica por año contrato.*
- *Topographic Brain Mapping* uno (1) por año contrato.*
- *Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)* uno (1) por año contrato.*
- Procedimientos diagnósticos invasivos: cardiovasculares (cateterismo), cerebrovasculares, neurológicos (angiografías cerebrales, mielogramas), radiología invasiva.*

- * Estos procedimientos están sujetos a previa autorización escrita de First Medical Health Plan, Inc.

Todos los servicios bajo esta sección tienen copagos y coaseguros según la sección de tarifas contratadas entre el grupo y First Medical Health Plan, Inc. Excepto aquellas que se identifiquen en la sección de preventivos las cuales no aplican copago ni coaseguro.

SERVICIOS DE TERAPIAS ESPECIALIZADAS

Las siguientes terapias especializadas estarán cubiertas tanto en forma ambulatoria como para pacientes hospitalizados cuando éstas sean ordenadas por médicos especialistas, según se detallan a continuación:

- Terapia Física hasta quince (15) tratamientos por año contrato combinado con las Manipulaciones de Quiropráctico, este tratamiento debe ser ordenado por un Fisiatra.* **Aplica copago, ver línea K de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Terapia Respiratoria. **Aplica copago, ver línea K de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta.**
- Tratamientos de Radioterapia, Radioisótopos, Quimioterapia y Cobalto.* Las terapias especializadas para la condición de cáncer a nivel ambulatorio estarán sujetas a previa autorización de First Medical Health Plan, Inc.

- * Estos procedimientos están sujetos a previa autorización escrita de First Medical Health Plan, Inc.

Todos los servicios bajo esta sección tienen copagos y coaseguros según la sección de tarifas contratadas entre el grupo y First Medical Health Plan, Inc. Excepto aquellas que se identifiquen en la sección de preventivos las cuales no aplican copago ni coaseguro.

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Aplica copago, ver línea A de la tabla de copagos y coaseguros al final de la cubierta. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago, ver línea A1 al final de la cubierta.

Los servicios de emergencia están cubiertos para el suscriptor y sus dependientes elegibles en las salas de emergencias de los hospitales participantes. Este servicio incluye:

- Atención médica por el médico de turno en sala.
- Servicio de consulta y tratamiento por otros médicos cuando éstos sean requeridos por el médico de turno en sala.
- Pruebas de laboratorio, radiografías y electrocardiografías.
- Medicamentos y soluciones intravenosos aplicadas en sala.
- Material quirúrgico y de anestesia.

- Cargo por el uso de sala de emergencia y sala de operaciones.
- Ambulancia terrestre a través de reembolso hasta \$90.00 por cada emergencia médica, a base de necesidad médica comprobada. Excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor. Servicio deberá ser provisto por una compañía autorizada por la Comisión de Servicio Público.
- Ambulancia aérea hasta un (1) viaje por año contrato a través de proveedores contratados con 40% (cuarenta por ciento) de coaseguro. Sólo aplica a servicios en Puerto Rico, incluye Vieques y Culebra. Servicio deberá ser provisto por una compañía autorizada por la Comisión de Servicio Público.

BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIAS MÉDICAS FUERA DE PUERTO RICO

- Los gastos por servicios de sala de emergencia y/o hospitalización como consecuencia de una emergencia recibidos por el suscriptor o sus dependientes mientras se encuentren viajando fuera de Puerto Rico (**territorio Estados Unidos**) serán cubiertos hasta el 100% del cargo usual, acostumbrado y razonable del área geográfica donde se preste el servicio (sujeto al deducible en efectivo, coaseguros y copagos aplicables a esta cubierta a menos que se produzca una negociación con el proveedor), siempre que se cumplan con los siguientes requisitos:
 - a. Excepto según se provee en el inciso (d) subsiguiente, los servicios deben estar cubiertos en la cubierta básica a la cual está acogido el suscriptor.
 - b. Que el viaje del suscriptor fuera de Puerto Rico (**sólo en Estados Unidos**) no esté programado para prolongarse por más de sesenta (60) días calendario.
 - c. Que la principal razón de viaje no sea procurar servicios médico-hospitalarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una condición de salud existente a la fecha de comienzo del viaje.
 - d. En el caso de gastos por servicios de emergencias que se incurran como resultado de una póliza estatal o federal mientras el paciente o suscriptor se encuentra viajando fuera de Puerto Rico, en caso de existir un pagador primario, First Medical Health Plan, Inc. asumirá la responsabilidad, según se define en la Cláusula de Coordinación de Beneficios (COB). Esto incluye servicios en sala de emergencia, servicios médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y servicios de hospitalización.
 - e. Se cubrirá los gastos incurridos por concepto de servicios médicos y hospitalarios cubiertos que hayan sido prestados en los Estados Unidos de América únicamente en casos de emergencia médica o cuando se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.
 - f. Para recibir los servicios bajo esta cubierta en casos de que se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico es requisito obtener la precertificación de First Medical Health Plan, Inc. antes de la prestación de los mismos. En casos de emergencia médica, no se requiere precertificación, pero estarán **sujetos a la corroboración por parte de First Medical Health Plan, Inc. de su necesidad médica**. Esto último, **sujeto a que el suscriptor tenga el beneficio de Major Medical**.

- g. Si el servicio o tratamiento no es autorizado ni coordinado con First Medical Health Plan, Inc. el suscriptor será responsable por la totalidad del pago del servicio o tratamiento. First Medical Health Plan, Inc. reembolsará al suscriptor basado en las tarifas contratadas en Puerto Rico, menos copagos aplicables según descritos en este contrato, siempre y cuando el servicio esté cubierto.

Todos los servicios bajo esta sección tienen copagos y coaseguros según la sección de tarifas contratadas entre el grupo y First Medical Health Plan, Inc. Excepto aquellas que se identifiquen en la sección de preventivos las cuales no aplican copago ni coaseguro.

CUIDADO DE URGENCIA- SERVICIOS FUERA DE PUERTO RICO (SÓLO ESTADOS UNIDOS)

- Cubierto se pagará a base de la tarifa contratada en Puerto Rico. Hasta un máximo de \$5,000.00 a través de reembolso. Aplica 20% coaseguro.

SERVICIOS PREVENTIVOS

SERVICIOS PREVENTIVOS	
\$0.00 de copago dentro y fuera de la Red.	
<p>Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales <i>Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)</i> y la <i>Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)</i> están cubiertos al 100%.</p> <p>A través del siguiente enlace podrá tener acceso a la lista más actualizada de los servicios preventivos cubiertos al 100%: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</p>	
<p>Los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar del niño, 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 este contrato. Estos servicios incluyen el examen físico general, cernimiento de visión y audición, pruebas de laboratorio clínico (incluyendo la prueba de tuberculina), pruebas y evaluaciones psicológicas de cernimiento psico-social, cernimiento de asma y epilepsia, según los estándares vigentes establecidos por el Departamento de Salud, Programa de Medicaid, Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría."</p>	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS	
Aneurisma Aórtica Abdominal (AAA)	Un cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por ultrasonografía en hombres entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.
Glucosa Anormal en la Sangre y Diabetes Mellitus Tipo 2	Cernimiento de glucosa anormal en la sangre como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos de 40 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los doctores deben ofrecer o recomendar a los pacientes con glucosa anormal en la sangre y con Diabetes Mellitus tipo 2 intervenciones intensivas de consejería conductual

	para promover una dieta saludable y actividad física. Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg.
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería conductual por abuso de alcohol en adultos de 18 años o mayores sobre el uso indebido de alcohol y para aquellos que un patrón de riesgo o estén en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, se recomienda que se les provean intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol.
Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectalSe le recomienda a los doctores a iniciar el uso de aspirinas en dosis bajas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y sobre el cáncer colorrectal en adultos de 50 a 59 años con un riesgo de 10% o mayor de enfermedades cardiovasculares y que no estén a riesgo de sangrado y que tengan una esperanza de vida de al menos 10 años y que estén dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina diariamente durante al menos 10 años.Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal	Se le recomienda a los doctores a iniciar el uso de aspirinas en dosis bajas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y sobre el cáncer colorrectal en adultos de 50 a 59 años con un riesgo de 10% o mayor de enfermedades cardiovasculares y que no estén a riesgo de sangrado y que tengan una esperanza de vida de al menos 10 años y que estén dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina diariamente durante al menos 10 años.
Cáncer colorrectal	Se recomiendan las pruebas de sangre oculta en la escreta para cernimiento parade cáncer colorrectal; sigmoidoscopia, colonoscopia o pruebas serológicas en adultos comenzando a la edad de 50 años hasta la edad de 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían.
Depresión	Cernimiento de depresión para adultos incluyendo mujeres embarazadas y en etapa posparto. El cernimiento debe implementarse con los sistemas adecuados para asegurar un diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas se recomiendan los ejercicios y la terapia física en comunidades que estén a mayor riesgo de caídas.
Prevención de caídas en adultos mayores: Vitamina D	Suplemento de Vitamina D en adultos de 65 años en adelante que viven en las comunidades que estén en mayor riesgo de caídas.
Dieta saludable y actividad física en adultos con factores de riesgo cardiovascular: Consejería conductual	Ofrecer o referir adultos con obesidad o sobre peso y que tengan factores de riesgo adicionales de enfermedades cardiovasculares a consejería

	intensiva sobre una dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares.
Infección por el Virus de la Hepatitis B: Cernimiento para adolescentes no embarazadas y adultos	Cernimiento del Virus de Hepatitis B (HBV) en personas con alto riesgo de infección, adultos y adolescentes no embarazadas.
Infección por el Virus de la Hepatitis C: Adultos	Cernimiento del Virus de Hepatitis C (HCV) en personas con alto riesgo de infección. Además, ofrecer cernimiento del Virus de Hepatitis C a adultos que hayan nacido entre los años 1945 y 1965.
Infección por el Virus de la Hepatitis C: Adultos Cernimiento del Virus de Hepatitis C (HCV) en personas con alto riesgo de infección. Además, ofrecer cernimiento del Virus de Hepatitis C a adultos que hayan nacido entre los años 1945 y 1965. Alta Presión Sanguínea	Cernimiento de presión arterial sanguínea en adultos de 18 años de edad o mayores. Además, se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana: Adolescentes no embarazadas y adultos	Pruebas de cernimiento para la infección del VIH en adolescentes y adultos entre los 15 y 65 años de edad. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Según requiere la Ley 45-2016, como parte de estudios de rutina o de una evaluación médica debe realizarse una prueba del VIH al año, excepto por las mujeres embarazadas, quienes les aplican lo requerido por la USPSTF.
Inmunización (Vacunas)	Vacunas y refuerzos para adultos: dosis, edades y poblaciones recomendadas varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Culebrilla (Herpes Zoster), Virus del Papiloma Humano (HPV), Influenza (Flu Shot), Sarampión, Paperas, Rubéola, Meningococo, Pneumococo, Tétano, Difteria, Pertusis, Varicela
Cernimiento para detección de cáncer de pulmón	Se recomienda un cernimiento anual para la detección del cáncer del pulmón utilizando tomografía computadorizada de baja dosis para adultos entre los 55 a 80 años, con historial de fumar 30 cajetillas por año y que actualmente fuma o que cesó de fumar dentro de los últimos 15 años. El cernimiento debe discontinuarse una vez la persona haya dejado de fumar por más de 15 años o que desarrolla un problema de salud que limita sustancialmente su expectativa de vida o la habilidad o disposición para recibir cirugía curativa del pulmón.
Obesidad	Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m ² o más, deben ser referidos intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas.

Infecciones Transmitidas Sexualmente (STI)	Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adolescentes y adultos sexualmente activos y que estén en alto riesgo.
Consejería sobre la prevención del cáncer de piel	Consejería en jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.
Uso del medicamento Statin para prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos	Adultos sin historial de enfermedades cardiovasculares (CVD) se recomienda que utilicen una dosis baja a moderada del medicamento Statin para prevenir eventos de enfermedades cardiovasculares (CVC) y la muerte cuando estén entre los 40 a 75 años de edad, presentan uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumen) y que tengan un riesgo calculado de 10 años de un evento cardiovascular de un 10% o mayor. El identificar la dislipidemia y el cálculo del riesgo de eventos cardiovasculares a los 10 años, requiere un cernimiento universal de lípidos en adultos de 40 a 75 años.
Infección por sífilis en adultos y adolescentes no embarazadas	Cernimiento para la infección por sífilis en personas que tienen mayor riesgo de infección.
Medicamentos y tratamiento para dejar de fumar: adultos no embarazadas	Se recomienda a que los médicos pregunten sobre el consumo del tabaco y aconsejen a dejar de consumirlo y a proveer intervenciones conductuales e indicar que la FDA aprobó la farmacoterapia para dejar de fumar a los adultos que usan tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Tuberculosis	Cernimiento de la infección latente de tuberculosis en las poblaciones de mayor riesgo.
Phenylketonuria (PKU)	Cernimiento y el preparado de aminoácidos Libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines relacionados.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA MUJERES INCLUYENDO LAS EMBARAZADAS	
Bacteriuria	Cernimiento para bacteriuria asintomática 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 más tarde.
Cáncer relacionado a BRCA: Evaluación de riesgos y asesoramiento de pruebas genéticas	Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determinará si la suscriptora amerita hacerse una prueba de BRCA.
Cernimiento para detección de cáncer de seno	Mamografía de cernimiento para cáncer de seno para mujeres, con o sin examen clínico de los senos previo, cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; bianual para mujeres entre 50 y 74 años de edad.
Cáncer de Seno: Medicamentos para Reducir Riesgos	Para mujeres que están en mayor riesgo de cáncer de seno y con bajo riesgo de efectos adversos de los medicamentos, los doctores deben ofrecer medicamentos tales como: tamoxifen o raloxifen para reducir riesgos de efectos adversos.
Lactancia	Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia y los suplidos para una máquina de lactancia, en conjunto con cada nacimiento.
Cernimiento de Cáncer Cervical	Cernimiento de cáncer cervical cada tres (3) años para mujeres entre las edades de 21 a 29 años por medio de citología (Pap smear). Para las mujeres entre las edades de 30 a 65 años cada tres (3) años por medio de citología (Pap smear) sola; cada cinco (5) años con con pruebas de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV) solo; o cada cinco (5) años con pruebas de hrHPV en combinación con citología (cotesting).
Cernimiento de Clamidia y Gonorrea	Cernimiento para infección de clamidia y gonorrea en mujeres sexualmente activas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo de infección.

Anticonceptivos	Los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), incluyendo los métodos hormonales, de barrera y dispositivos implantados, procedimientos de esterilización, así como la inserción y remoción o administración de métodos anticonceptivos, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según se receten.
Ácido Fólico	Suplementos de ácido fólico de 0.4 a 0.8mg diario para todas las mujeres que planifican o capaces de quedar embarazadas.
Diabetes Mellitus Gestacional	Cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas desde 24 semanas de gestación y para mujeres en alto riesgo de desarrollarla.
Hepatitis B	Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): Mujeres embarazadas	Los médicos deben examinar a toda mujer para detectar el VIH, incluyendo aquellas que se encuentra de parto que no han sido examinadas y cuyo diagnóstico es incierto. A toda mujer embarazada se cubrirá una primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal y una segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación entre las 28 y 34 semanas de embarazo.
Examen de ADN del Virus del Papiloma Humano (HPV)	Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano (HPV) en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años cada 3 años.
Cernimiento de violencia de pareja en mujeres en edad fértil	Cernimiento a mujeres en edad fértil para detectar la violencia de pareja y proveer o referir a las mujeres a recibir intervenciones de consejería, tengan señales o no de síntomas de abuso.
Uso de una dosis baja de Aspirina para prevenir la morbilidad y mortalidad por preeclampsia	Para la prevención de la preeclampsia se recomienda el uso de dosis bajas de aspirina (81mg/d) como tratamiento preventivo, después de 12 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia.
Cernimiento de Osteoporosis en mujeres postmenopáusicas y menores de 65 años en riesgo de Osteoporosis	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Desintometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres postmenopáusicas menores de 65 años en riesgo de fracturas por osteoporosis
Cernimiento de Osteoporosis para mujeres de 65 años o mayores	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Desintometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres de 65 años o mayores en riesgo de fracturas por osteoporosis

Cernimiento sobre la Preeclamsia	Pruebas de cernimiento sobre la preeclamsia en mujeres embarazadas con medidas de alta presión sanguínea durante el embarazo.
Incompatibilidad con el 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 desintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea Rh (D) negativo.
Cernimiento sobre Infección de Sífilis en el Embarazo	Cernimiento sobre la infección de sífilis en toda mujer embarazada.
Dejar de Fumar Tabaco	Se recomienda que los clínicos pregunten a toda mujer embarazada sobre uso de tabaco, que le aconsejen a parar el uso de tabaco y provean intervenciones conductuales a toda mujer embarazada para el cesar de consumir tabaco.
Well Woman Visits	Cuidado preventivo anual, incluye cuidado prenatal y servicios necesarios para el cuidado prenatal para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita well-woman es anual, aunque Health and Human Services (HHS, por sus siglas en inglés) reconoce que varias visitas puedan ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS	
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería conductual por abuso de alcohol en adultos de 18 años o mayores sobre el uso indebido de alcohol y para aquellos que un patrón de riesgo o estén en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, se recomienda que se les provean intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol.
Hierro/Anemia	Suplementos de hierro para niños entre las edades de 4 meses hasta 21 años en riesgo de anemia.
Cernimiento del Trastorno del Espectro Autismo	Cernimiento de autismo para niños a los 12 meses y a los 36 meses de edad.
Comprotamiento	Evaluaciones para niños de todas las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.
Displasia Cervical	Cernimiento de displasia cervical para mujeres

	sexualmente activas.
Cernimiento sobre caries dentales en infantes y niños hasta 5 años	Para la prevención de caries dentales en infantes y niños hasta 5 años de edad, se recomienda la aplicación de barniz de fluoruro en los dientes primarios comenzando a la edad de la erupción del diente primario en prácticas de cuidado primario. Se recomienda a los médicos de cuidado primario prescribir suplementos de fluoruro oral comenzando a los 6 meses de edad en niños cuyo suplido de agua es deficiente de fluoruro.
Depresión	Cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para garantizar un diagnóstico preciso, o terapia, (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento.
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento de desarrollo para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
Dislipidemia	Cernimiento para niños con mayor riesgo de desarrollar desórdenes de lípidos entre las edades de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.
Audición	Cernimiento de audición para recién nacidos conforme a lo establecido en la Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003.
Altura, peso e índice de masa corporal	Medidas para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y de 15 a 17 años.
Cernimiento de Hepatitis B en adolescentes y adultos no embarazadas	Cernimiento del virus de la Hepatitis B (HBV) en personas en alto riesgo de infección.
Alta Presión Sanguínea	Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades hasta los 17 años y adultos de 18 años en adelante. Además, se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en adolescentes y adultos no embarazadas	Pruebas de cernimiento para la infección del VIH en adolescentes y adultos entre los 15 y 65 años de edad. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Según requiere la Ley 45-2016, como parte de estudios de rutina o de una evaluación médica debe realizarse una prueba del VIH al año, excepto por las mujeres embarazadas, quienes les aplican lo requerido por la USPSTF.
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.
Inmunizaciones (Vacunas)	Vacunas y refuerzos para niños y adolescentes hasta los 21 años: Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap),

	Human Papillomavirus (HPV), Varicela, Sarampión, Papera y Rubeola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococo, Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide, Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B. Las vacunas contra el HPV deben comenzar a la edad de 9 años para niños y adolescentes con historial de abuso sexual, quienes no hayan iniciado o completado la serie de 3 dosis.
Plomo	Cernimiento a niños de 1 a 6 años con alta concentración de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo, y en mujeres embarazadas asintomáticas.
Historial Médico	Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 21 años.
Obesidad en Niños y Adolescentes	Cernimiento de 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.
Obesidad en Niños y Adolescentes Cernimiento de 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. Profilaxis ocular para la oftalmia gonocócica neonatal (Gonorrea)	Medicamento preventivo tópico ocular para los ojos de todos los recién nacidos para prevenir la oftalmia gonocócica neonatal (Gonorrea).
Salud Oral	Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.
Phenylketonuria (PKU)	Cernimiento y el preparado de aminoácidos Libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines relacionados.
Infecciones Transmitidas Sexualmente (STI)	Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos.
Enfermedad de Células Falciformes (Sickel Cell)	Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos.
Consejería sobre la prevención del cáncer de piel	Consejería en jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.
Infección por sífilis en adultos y adolescentes no embarazadas	Cernimiento para la infección por sífilis en personas que tienen mayor riesgo de infección.
Uso del tabaco en niños y adolescentes	Intervenciones incluyendo educación y una breve

	consejería para prevenir el inicio del uso de tabaco en niños de edad escolar y adolescentes.
Uso de Tabaco, Alcohol y Drogas	Cernimiento en niños y adolescentes entre las edades de 11 a 21 años.
Tuberculosis	Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis, hasta los 21 años.
Cernimiento de agudeza visual en niños	Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía o sus riesgos.

EXCLUSIONES

1. Servicios que se presten mientras el contrato 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 (incluyendo servicios rendidos por la Administración de Veteranos y gastos médicos cubiertos en la cantidad que estuviesen cubiertos por el título XVIII de la Ley de Seguro Social) por los cuales la persona cubierta no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Tratamientos que resulten 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. Servicios de comodidad personal tales como teléfono, televisión, admission kit, cuidado supervisado, casa de descanso, hogar de convalecencia.
6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos clínicos, quiroprácticos y otros especificados en el contrato.
7. Gastos por exámenes físicos requeridos por el patrono.
8. Procedimientos, servicios y tratamientos experimentales o investigativos, según los criterios de la Food and Drug Administration (FDA), Department of Human and Health Services (DHHS) y el Departamento de Salud de Puerto Rico. El hecho de que un tratamiento o procedimiento experimental o investigativo sea el único disponible para una condición no establece base alguna para que el mismo sea cubierto. Excepto lo dispuesto en el Artículo 9 (g) de la Ley 194 del 25 de agosto de 2000 (La carta de Derechos y Responsabilidad del Paciente).
9. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto First Medical Health Plan, Inc. determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo este contrato, excepto que sean requeridas por alguna ley estatal o federal. 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 suscriptor se haya inscrito en el estudio (clinical trials) para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En este caso, First Medical Health Plan, Inc. 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, First Medical Health Plan, Inc. pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dicho servicio médico se hubiese prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.

10. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física, mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno), septoplastías, rinoseptoplastías (excepto cuando sea post trauma o por necesidad médica), blefaroplastias, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto el bypass gástrico para la obesidad mórbida tratada en Puerto Rico, tratamientos de liposucción, abdominoplastía y ritidectomía abdominal e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a éstas exclusiones, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
11. Aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes; **excepto** prótesis del seno luego de una mastectomía, marcapasos (no se cubrirá el reemplazo), válvulas, stent, desfibriladores o dispositivos para shock eléctricos y cualquier otro incluido en la cubierta. Estarán cubiertos los servicios necesarios para la implantación de los mismos.
12. Intervenciones quirúrgicas para restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear, tratamientos para la infertilidad o tratamiento para concepción por medios artificiales; se excluyen todos los gastos y complicaciones asociadas a éstos. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato.
13. Servicios de escalenotomía – división de músculo escaleno anticus sin resección de la costilla cervical, cuando sea por fines cosméticos.
14. Trasplante de órganos y tejidos. Remoción de órganos para el trasplante en otra persona, aún en caso de un suscriptor. Servicios relacionados a trasplantes y complicaciones de éstos cuando el mismo no es un beneficio cubierto.
15. Medicina Deportiva, Música Terapia, Medicina Natural, Homeopatía, Acupuntura, Acupresión, Hipnotismo, Aromaterapia, Masajes, Psicocirugía y otras formas de medicina alternativa.
16. Analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
17. Cirugía maxilofacial, excepto según se dispone en la sección de Servicios Médico-Quirúrgicos.
18. Servicios dentales excluidos: ortodoncia, periodoncia, endodoncia, prótesis y reconstrucción completa de la boca.
19. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada) mediante cualquier método para corregir la condición.
20. Escisión de granulomas o quistes radicales (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente, servicios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares, etc.).
21. Inmunoterapia para alergia.
22. Servicios prestados por un aborto provocado.
23. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
24. Servicios de hospitalización (incluyendo servicios ancilares) para realizar procedimientos y/o cirugías que puedan practicarse de forma ambulatoria o que estén excluidos de cubierta o con fines de diagnóstico.
25. Servicios por ambulancia marítima.
26. Servicios prestados por instalaciones para tratamiento residencial fuera de Puerto Rico, independientemente si existe o no justificación médica para el tratamiento.
27. 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 autorización previa del plan.**

28. Gastos por remoción de papilomas cutáneos (skin tags), reparación de ptosis, escisión de lesiones benignas, escisión de uñas, inyecciones en tendones puntos de gatillo.
29. Gastos por pruebas de laboratorios: heavy metals; dopaje; HLA Typing; pruebas de paternidad.
30. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio serán evaluadas de forma individual, previa a ser reconocidas para pago y First Medical Health Plan, Inc. determine su inclusión o exclusión en la cubierta ofrecida bajo este contrato. First Medical Health Plan, Inc. determinará las pruebas de laboratorio que no estén codificadas como cubiertas bajo este contrato. Las pruebas de laboratorio, consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por First Medical Health Plan, Inc.
31. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, así como cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que el suscriptor resulte positivo en el mismo. Una vez el suscriptor termina en el programa patronal, cualquier otro servicio que necesite estará cubierto por el plan, aun cuando el servicio esté relacionado al mencionado programa.
32. Gastos por terapia ocupacional y terapia del habla, excepto las ofrecidas bajo los servicios post-hospitalarios y para la condición de autismo.
33. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales cuando estos sean requeridos para propósitos de empleos.
34. Servicios prestados y ordenados por familiares cercanos al paciente (padres, hijos, hermanos, etc.)
35. Diagnóstico, servicios, tratamientos, implantes y cirugías para corregir la disfunción eréctil y la condición de impotencia.
36. Tuboplastías y otras operaciones o tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
37. Tratamiento para la condición de fertilidad, inseminación artificial y fertilización "in vitro" y todo tipo de tratamiento para la condición de fertilidad. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato.
38. Cirugías o microcirugías cosméticas con fines estéticos para corregir defectos de apariencia física (deformidades), excepto para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción a los cuales se le cubrirán los servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico; remoción de tatuajes o cicatrices, tratamientos de acné y tratamiento con fines estéticos de celulitis.
39. Cámara hiperbárica.
40. Maternidad delegada.
41. Servicios relacionados a incapacidad a raíz de haber estado en servicio militar activo.
42. Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta por este contrato haga a un proveedor participantes sin estar obligada por este contrato a hacerlo.
43. Servicios no requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica o servicios que se provean en exceso de los requeridos normalmente para el diagnóstico, prevención o tratamiento de una enfermedad, lesión, disfunción del sistema orgánico o condición de embarazo.
44. Servicios que se presten fuera del hospital mientras el paciente se encuentre hospitalizado.
45. Servicios, tratamientos y cirugías para aumentar y/o bajar de peso.
46. Tratamientos para la lepra.
47. Compra o alquiler de equipo médico, aparatos y zapatos ortopédicos, equipos de comodidad personal tales como humidificadores, excepto ventiladores según lo requerido por la Ley 125 del 21 de septiembre de 2007 y aparatos para mejorar la actividad física.
48. TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation).
49. Medicinas a nivel ambulatorio, excepto bajo la cubierta opcional de medicinas.

50. Pruebas de embarazo, excepto por orden médica.
51. Espejuelos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos.
52. Laboratorio y radiología invasiva que no esté expresamente incluida.
53. Gastos por servicios cubiertos por pólizas de seguros misceláneos.
54. Asistencia Quirúrgica y Multiphasic Screening Clinics.
55. Microcirugía, Keratotomía radial. LASIK y otras cirugías de corrección visual.
56. Rayos láser, excepto en oftalmología.
57. Rayos gamma.
58. Servicios de hospitalización cuando la persona cubierta, en contra del consejo médico, se niega a recibir o ha descontinuado el tratamiento o servicio ordenado.
59. Tratamiento de hormonas de crecimiento y vacunas para alergias (desensitización).
60. Exámenes Físicos para certificados médicos, independientemente del propósito, excepto los servicios requeridos bajo la Ley 296 mejor conocida como "Ley Para la Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico."
61. **Quedan excluidos de cubierta los beneficios no expresamente incluidos como beneficios y/o servicios cubiertos, excepto según pueda ser requerido por disposición de la ley.**

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS

FIRST MEDICAL PREMIUM		
Letra Identificación	BENEFICIO	COPAGO / COASEGURO
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos:		
-	Individual	\$6,350
-	Familiar	\$12,700
Servicios de Emergencia		
A	Accidente / Enfermedad	\$50
A1	Accidente/Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$25
Hospitalización		
B	Hospitalización	\$150
C	Hospitalización Parcial	\$75
-	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	\$0
Servicios Ambulatorios		
D	Generalista	\$12
E	Especialista	\$15
F	Sub Especialista	\$20
E	Podiatra	\$15
E	Quiropráctico	\$15
E	Psiquiatra	\$15
E	Psicólogo	\$15
E	Audiólogo	\$15
G	Facilidad Ambulatoria	\$200
H	Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$100
H	Timpanometría y Audiometría	\$100
-	Procedimientos Endoscópicos	35%
I	Laboratorios	35%
I	Rayos X	35%
K	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos	35%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero		
J	Terapia Física	\$10
J	Terapia Respiratoria	\$10
J	Manipulaciones de Quiropráctico	\$10
-	Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de \$5,000, luego aplica 60%

FIRST MEDICAL PREMIUM		
Letra Identificación	BENEFICIO	COPAGO / COASEGURO
Salud Mental		
B	Hospitalización regular	\$150
C	Hospitalización Parcial	\$75
E	Terapia de Grupo	\$15
E	Visitas Colaterales	\$15
E	Evaluación Psicológica	\$15
-	Terapia Electroconvulsiva	\$0
C	Tratamiento Residencial	\$100
Otros Servicios Cubiertos		
K	Prueba de Alergias	35%
-	Servicios de Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso hasta \$90, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100%
-	Ambulancia Aérea en Puerto Rico	40%
A	Servicios de emergencias prestados en los Estados Unidos de América o de emergencia médica o casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	Aplica \$50 de copago. Los servicios médicos, uso de las instalaciones, medicamentos y materiales como yeso, bandeja de sutura y laboratorio clínico y Rayos X estará cubierto basado en las tarifas de First Medical Health Plan, Inc. para un servicio similar en Puerto Rico.
Farmacia		
-	Medicamentos con un costo menor de \$10.00	NO CUBIERTOS
L	Nivel 1 - Medicamentos Bioequivalentes Preferidos	10% mínimo \$10* / \$15**
M	Nivel 2 - Medicamentos Bioequivalentes No Preferidos	10% mínimo \$10* / \$15**
N	Nivel 3 - Medicamentos Marca Preferida	25% mínimo \$15* / 20% mínimo \$25**
O	Nivel 4 - Medicamentos Marca No Preferida	30% mínimo \$25* / 35% mínimo \$35**
P	Nivel 5 - Medicamentos Especializados Preferidos	40%* / 40%**
Q	Nivel 6 - Medicamentos Especializados No Preferidos	40%* / 40%**
R	Beneficio inicial	\$3,000
R1	Luego del beneficio inicial aplica	50%
* Dentro de la Red Preferida de Farmacias		
** Fuera de la Red Preferida de Farmacias		

CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Esta cubierta complementa o amplía los beneficios cubiertos en el Plan de Servicios de Salud de First Medical Health Plan, Inc. Estarán cubiertos aquellos gastos por servicios médicamente necesarios, que exceden el pago de los beneficios y/o la cantidad de tratamientos cubiertos en la Cubierta Básica, además de otros beneficios adicionales, según se provee en la sección de Gastos Médicos Cubiertos.

DEFINICIONES

1. **ASILO PARA ANCIANOS:** es un lugar para personas que no necesitan permanecer en un hospital, pero que necesitan cuidados especiales. La mayoría de estos centros cuentan con personal de enfermería capacitada disponible las 24 horas del día.
2. **CARGO ACOSTUMBRADO:** Cargo acostumbrado cuando está dentro del conjunto de cargos usuales facturados para un servicio determinado por la mayor parte de los médicos-cirujanos o proveedores de servicios con adiestramiento y experiencia similar dentro de un área determinada.
3. **CARGO USUAL:** El cargo más frecuente que un médico cirujano o proveedor de servicios particular hace a sus pacientes por un servicio determinado.
4. **CARGO RAZONABLE:** Cargo que satisface los criterios de usual y acostumbrado, o podrá ser razonable si en opinión de un comité de revisión apropiado, el mismo amerita consideración especial con arreglo a la complejidad del manejo del caso particular.
5. **CARGOS ADMISIBLES:** Los cargos aceptados bajo contratos con los proveedores participantes y los servicios de salud cubiertos por First Medical Health Plan, Inc.
6. **CASA DE DESCANSO, LUGAR DE DESCANSO O HOGAR DE CONVALECENCIA:** una institución residencial privada equipada para el cuidado de personas que no pueden valerse por sí mismos, como los ancianos o personas con enfermedades crónicas.
7. **CERTIFICACIÓN DE BENEFICIOS:** carta donde First Medical Health Plan, Inc. identifica o anuncia su responsabilidad como pagador por los servicios preautorizados.
8. **CUIDADO A DOMICILIO:** es la atención o cuidado proporcionado a un individuo en el hogar por un profesional de la salud con licencia o cuidador profesional para ayudarle en las actividades de la vida diaria tales como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse, usar el baño, preparar alimentos, la alimentación y la supervisión de la medicación.
9. **DEDUCIBLE EN EFECTIVO:** Aquella cantidad en efectivo que deberá acumularse antes de tener derecho a recibir los beneficios que provee la cubierta de Gastos Médicos Mayores.

10. **ESCALA DE TARIFAS REGULARES DE FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.:** Listado a base del cual First Medical Health Plan, Inc., pagará los beneficios cubierto por este endoso cuando no proceda pagar dichos beneficios bajo el concepto de cargos usuales, acostumbrados y razonables.
11. **INCAPACIDAD TOTAL:** Completa incapacidad del suscriptor para ejecutar las obligaciones de su ocupación o empleo, y la completa incapacidad de su dependiente para ejecutar las actividades normales de una persona de la misma edad y sexo.
12. **MÁXIMO POR RENGLÓN DE BENEFICIOS:** Cantidad máxima de dinero a pagarse por año de contrato para cada renglón de beneficio descrito en este endoso por cada persona cubierta.
13. **PAGADOR SECUNDARIO:** First Medical Health Plan, Inc. asumirá la responsabilidad como pagador secundario según la regla de coordinación de beneficios y la misma adjudique tal responsabilidad.
14. **SANATORIO PARTICULAR:** es un centro de salud que puede especializarse en diferentes cuestiones. Se trata de un lugar donde los pacientes que sufren diversos trastornos y enfermedades son atendidos y pueden someterse a distintos tratamientos con el objetivo de lograr su curación.
15. **TRASPLANTE:** Procedimiento o una serie de procedimientos mediante el (los) cual (cuales) un órgano o tejido es removido del cuerpo de una persona llamada donante e implantado en el cuerpo de otra persona llamado recipiente; o cuando un órgano o tejido es removido e implantado en el cuerpo de la misma persona.

DISPOSICIONES GENERALES

BENEFICIOS

Los beneficios contemplados en este endoso se pagan directamente al proveedor por International Medical Card (IMC), según acordado o a través de reembolso, a menos que medie una certificación de cubierta por parte de First Medical Health Plan, Inc. Todos los máximos por renglón de beneficios aplicarán por año contrato y se acumularán a base de las cantidades pagadas bajo el beneficio de Gastos Médicos Mayores. Ningún servicio no utilizado en un año contrato podrá ser acumulado para el próximo año contrato.

DEDUCIBLE EN EFECTIVO

\$100 por persona por año contrato.

\$300 por familia por año contrato.

El deducible en efectivo aplicará separadamente al empleado y a cada uno de sus dependientes cubiertos por cada año contrato, excepto que:

1. Los gastos por servicios médicos cubiertos que el empleado o sus dependientes efectúen durante los últimos tres (3) meses de un año contrato y que se apliquen al deducible en efectivo para ese año contrato, podrán aplicarse también al deducible en efectivo para el año contrato siguiente.

2. Si dos (2) o más miembros cubiertos de la misma familia se lesionan en el mismo accidente se aplicará un solo deducible en efectivo durante ese año contrato contra todos los pagos médicos cubiertos que se efectúen como resultados de tal accidente.

COPAGOS

Cada persona o familia cubierta será responsable, luego de acumulado el deducible en efectivo, de pagar el veinte por ciento (20%) de los gastos médicos cubiertos; hasta un máximo de \$2,000 por individuo ó \$6,000 por familia. First Medical Health Plan, Inc., pagará el cien por ciento (100%) del exceso de esa cantidad hasta el máximo del beneficio, de acuerdo a la tarifa contratada con el proveedor. En caso de reembolso, se aplicará la misma regla.

GASTOS POR SERVICIOS EN PUERTO RICO

El pago de los gastos por servicios de salud recibidos en Puerto Rico será computado usando la Escala de Tarifas Regulares de First Medical Health Plan, Inc., o el cargo usual, acostumbrado y razonable en Puerto Rico para dichos servicios; lo que sea menor.

El suscriptor podrá, a su opción, coordinar los servicios de cirugía, hospitalización, pruebas diagnósticas especializadas, terapias especializadas o cualquier otro servicio a través de First Medical Health Plan, Inc., autorizando el pago directamente al proveedor de los servicios mediante una certificación de beneficios. En estos casos el suscriptor sólo será responsable del deducible o copago aplicable a un beneficio similar que se preste bajo la cubierta básica.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Los gastos por concepto de servicios médicos cubiertos, se pagarán según se dispone a continuación:

Luego de agotados los beneficios en la cubierta básica y acumulado el deducible en efectivo, First Medical Health Plan, Inc., pagará el ochenta por ciento (80%) de los gastos médicos cubiertos. El suscriptor será responsable por el restante veinte por ciento (20%), hasta acumular la cantidad de **\$2,000 en copagos por individuo ó \$6,000 por familia** durante el año contrato. First Medical Health Plan, Inc., pagará el cien por ciento (100%) del exceso sobre dicha cantidad por el tiempo restante del año de contrato, hasta el máximo del beneficio de acuerdo a las tarifas contratadas con el proveedor. En caso de reembolso se aplicará la misma regla.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Enfermeras Especiales en el Hospital	Se cubrirán los servicios de una Enfermera Graduada (RN), o de una Enfermera Práctica Licenciada (LPN), por servicios privados de enfermería, certificado como médicamente necesarios y prestados por una persona que no sea miembro de la familia inmediata o viva bajo el mismo techo. Se pagará hasta \$2,000 dólares por año contrato, a un máximo de \$150 por turno de ocho (8) horas.
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Hasta dos mil dólares \$2,000 por año contrato.
Terapias Físicas	Hasta doce (12) tratamientos.
Terapias Respiratorias Ambulatorias (En Oficina Médica)	Hasta doce (12) tratamientos.
Rayos Láser	Tratamiento intraocular hasta dos mil dólares \$2,000. Excepto procedimientos y/o cirugías foto refractiva para corregir problemas de visión.
Quiropráctico	Estarán cubiertas hasta treinta (30) manipulaciones.
Servicio de nutricionistas y dietistas	Hasta dos (2) visitas por año contrato de cada una.
Terapia del Habla	Se cubrirán los servicios prestados por un terapeuta del habla, por problemas resultantes de una enfermedad o accidente cubierto, hasta treinta (30) visitas.
Aparatos Prostéticos	Hasta un máximo de \$10,000 para la sustitución de partes del cuerpo y/o artefactos para el mantenimiento de su funcionamiento. No cubre el reemplazo.

Facilidades de Convalecencia

Hasta sesenta (60) días por concepto de una estadía comenzada no más tarde de diez (10) días luego de la persona ser dada de alta de un hospital, por motivo de la misma condición, o una relacionada, que ocasionó la hospitalización. El beneficio estará limitado al pago del cincuenta por ciento (50%) del per diem promedio contratado por First Medical Health Plan, Inc., con los hospitales participantes.

Cuidado de Salud en el Hogar

Hasta veinte (20) visitas por año contrato por miembros de una agencia de cuidado de salud en el hogar para brindar: servicios de enfermería por o bajo la supervisión de un (a) enfermero(a) graduado(a); servicios prestados primordialmente para el cuidado del paciente por un auxiliar de servicios en el hogar; terapia física, ocupacional o del habla, prestadas por terapeutas cualificados para cada tipo de terapia. Para estar cubiertos, dichos servicios no podrán ser brindados por una persona que viva bajo el mismo techo o sea miembro de la familia inmediata del paciente.

Servicios NO disponibles en Puerto Rico ofrecidos en Estados Unidos de Norteamérica

- A.** First Medical Health Plan, Inc. cubrirá los servicios solamente si las siguientes condiciones se cumplen:
1. El proveedor que refiere tiene que demostrar que el equipo, tratamiento o facilidades médicas requeridas para proveer el tratamiento necesario al suscriptor no están disponibles en Puerto Rico. Un servicio no se determinará no disponible en Puerto Rico si la petición para el servicio provisto fuera de Puerto Rico envuelve una modificación al equipo, técnica o reconocimiento de un proveedor en específico.
 2. El servicio tiene que ser coordinado y preautorizado por First Medical Health Plan, Inc. con por lo menos cinco días laborables de anticipación a la fecha del servicio.
 3. Los servicios tienen que ser provistos por proveedores/facilidades autorizadas por First

Medical Health Plan, Inc.

4. Todos los servicios en esta sección están sujetas a copagos, coaseguros y deducibles aplicables para los servicios descritos en la cubierta.
- B.** Si el servicio o tratamiento no es autorizado ni coordinado por First Medical Health Plan, Inc., será responsable por la totalidad del pago del servicio o tratamiento. First Medical Health Plan, Inc. reembolsará al suscriptor basado en las tarifas contratadas en Puerto Rico, menos copagos, coaseguros y deducibles aplicables según descritos en este endoso y la cubierta; solamente si las condiciones en los incisos A1 y A2 se cumplen. Para recibir reembolso, el suscriptor debe proveer a First Medical Health Plan, Inc. toda la evidencia médica y financiera necesaria dentro del periodo de noventa (90) días desde la fecha del servicio o del alta.

Trasplante de Órganos

Beneficio Máximo

El beneficio máximo por cada tipo de trasplante es de \$50,000 por suscriptor. Estos servicios estarán cubiertos por indemnización o asignación de beneficios a través de facilidades establecidas en la Red de Trasplante en y fuera de Puerto Rico. Se requiere autorización previa del plan para cada una de las etapas del trasplante: pre-trasplante, trasplante y post trasplante.

Servicios Pre-Trasplante

Gastos están cubiertos sujeto al beneficio máximo establecido en la cubierta y están cubiertos inmediatamente 30 días antes del procedimiento del trasplante. Además, First Medical Health Plan, Inc. cubrirá una evaluación por trasplante para determinar si el paciente es candidato elegible para el trasplante independientemente de la fecha en que se haga el mismo.

Trasplantes cubiertos	Corazón, corazón-pulmón, pulmón (unilateral o bilateral), hígado, páncreas-riñón, riñón, médula ósea e intestino delgado.
Recipiente	Cubre los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluye evaluación, cuidado previo a la cirugía, trasplante, cuidado post-cirugía y medicamentos inmunosupresores.
Obtención de los órganos	Cubre los gastos y servicios brindados o relacionados con la obtención, conservación y transportación de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto. Además, incluye la evaluación previa a la cirugía y la cirugía necesaria para remover el órgano o tejido del donante.
Trasplante de médula ósea	Cubre los trasplantes alogénicos, autólogos, singénicos y de células troncales hematopoyéticas siempre que estén indicados en las siguientes condiciones y enfermedades: cáncer del seno, trastornos hematológicos no malignos tales como anemia aplásica, leucemia aguda linfocítica, leucemia aguda no linfocítica, leucemia aguda mielógena, leucemias agudas y crónicas mielógenas en remisión, osteopetrosis maligna infantil, síndrome de Wiskott-Aldrich, enfermedad de Hodgkin, linfomas que no sean tipo Hodgkin, neuroblastomas en etapas avanzadas e inmunodeficiencia combinada severa.
Transportación	Desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante. Si el paciente es menor de 19 años de edad se cubrirá la transportación para dos acompañantes (padres o personas que tengan la custodia legal del paciente).

Comida y alojamiento	Hasta un máximo de \$150.00 diarios por persona o \$200.00 diarios por dos personas (padres o personas que tienen la custodia legal del paciente que es menor de 19 años de edad).
Máximo de gastos cubiertos por este endoso para transportación, comida y alojamiento Retrasplantes	\$10,000 por cada tipo de trasplante. Hasta el máximo establecido para cada tipo de trasplante cubierto.
Inmunosupresores	Cubre medicamentos inmunosupresores aprobados por la Federal Drug Administration (FDA) y medicamentos usados en terapias inmunosupresoras. El beneficio está cubierto hasta el máximo establecido en esta cubierta.

REQUERIMIENTOS DE ELEGIBILIDAD PARA LOS TRASPLANTE DE ÓRGANOS

- Deberá ser un suscriptor activo de First Medical Health Plan, Inc. y los servicios solicitados deben estar cubiertos dentro de los beneficios de este contrato.

PERIODOS DE ESPERA PARA LOS TRASPLANTE DE ÓRGANOS

- En caso de un grupo sin plan médico anterior, le aplicará un periodo de espera de 90 días, siguientes a la fecha de vigencia de este endoso, para ser elegible a este beneficio.
- Durante el periodo de espera de este endoso no estarán cubiertos los gastos médicos incurridos relacionados con un pre-trasplante, post-trasplante o re-trasplante, así como cualquier gasto relacionado con la administración de medicamentos inmunosupresores.
- Cualquier gasto médico con servicios relacionados con un pre-trasplante estarán cubiertos luego de transcurrido el periodo de espera establecido en el endoso y preautorizado por First Medical Health Plan, Inc.

EXCLUSIONES GENERALES PARA LOS TRASPLANTE DE ÓRGANOS

1. Servicios que se presten mientras el contrato de la persona cubierta no esté en vigor.
2. Servicios disponibles de acuerdo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona cubierta no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Servicios o tratamientos para lesiones o enfermedades que la persona cubierta reciba o desarrolle mientras comete un delito o incumple con 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, servicios de cuidado supervisado, casa de descanso, hogar de convalecencia o cuidado a domicilio.
6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto los especificados en este endoso.
7. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la Federal Drug Administration (FDA), Department of Human and Health Services (DHHS), el Departamento de Salud.
8. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto First Medical Health Plan, Inc. determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo este endoso. Una vez incluidos en la cubierta, First Medical Health Plan, Inc. pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dicho servicio se hubiese prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.
9. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos prestados o recibidos sin una preautorización de First Medical Health Plan, Inc.
10. Gastos ocasionados por guerra o conflicto internacional armado.
11. Gastos por servicios de enfermeras especiales y gastos por visitas a domicilio.
12. Servicios prestados por ambulancia marítima o aérea fuera de Puerto Rico.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

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

Cubierta de Gastos Médicos Mayores:

1. Gastos ocasionados por guerra o conflicto internacional armado.
2. Servicios mientras esté internado en un lugar de descanso, un asilo para ancianos o un sanatorio particular.
3. Servicios prestados por una ambulancia aérea excepto en casos de emergencia para las islas municipios de Vieques y Culebra. Se excluyen, además, los servicios prestados por una ambulancia marítima.
4. Gastos por servicios limitados o excluidos en la cubierta básica excepto los indicados en en este endoso.
5. Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de, o en el curso del empleo de la persona cubierta.
6. Servicios que se puedan cubrir bajo leyes de compensaciones por accidente del trabajo o gastos por accidentes de automóviles (según definido en seguro de automóvil).
7. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
8. Servicios que sean recibidos gratuitamente.
9. Servicios prestados a la persona cubierta por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.
10. Los que sean incurridos en artículos de comodidad personal.
11. Todos aquellos servicios o beneficios excluidos de la Cubierta Básica o de cualquier cubierta opcional de First Medical Health Plan, Inc. no mencionado como gasto médico cubierto por este Endoso de Gastos Médicos Mayores, continuarán excluidos.
12. Gastos por deducibles, copagos y coaseguros aplicables a la cubierta básica o cualquier opcional de First Medical Health Plan, Inc. y gastos que exceden los límites de beneficios máximos provistos por este endoso.

La cubierta de beneficios en farmacias es parte de la cubierta básica del suscriptor y sus dependientes incluidos en el plan y su modelo de servicios es basado en un formulario de medicamentos.

La cubierta para medicamentos provee para el despacho de los medicamentos recetados cubiertos sujeto a deducible, copagos y coaseguros aplicables, siempre y cuando:

- (1) El medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación.
- (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.

¿QUÉ ES UN FORMULARIO?

Un formulario es una guía de los medicamentos seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de First Medical, la cual contiene las terapias necesarias para un tratamiento de alta calidad. First Medical Health Plan, Inc. cubrirá los medicamentos que aparecen en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea necesario por razones médicas y el medicamento recetado sea obtenido en una farmacia de la red de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc. le proveerá copia del formulario, el cual incluye información sobre los medicamentos. *Durante el año pueden ocurrir cambios* en el formulario y los mismos estarán disponibles en nuestra página web: www.firstmedicalpr.com. Estos cambios se les notificarán a todos los suscriptores no más tarde a la fecha de efectividad de los mismos.

¿CÓMO UTILIZO EL FORMULARIO?

El formulario incluye un índice en orden alfabético, para fácil referencia.

¿HAY ALGUNAS RESTRICCIONES DE MI CUBIERTA?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cubierta. Estos requisitos y límites pueden incluir:

Preautorización (PA): First Medical Health Plan, Inc. requiere que usted o su médico obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener aprobación de First Medical Health Plan, Inc. antes de obtener sus medicamentos recetados.

Límites de Cantidad (QL):

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.

Límite en edad (AL): Los medicamentos marcados en el formulario con AL significa que se limita el uso de medicamento a ciertos grupos de edad.

Terapia Escalonada (ST):

Terapia Escalonada significa el protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica. Los medicamentos marcados en el formulario con ST, First Medical Health Plan, Inc. exigen que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otros medicamentos para esa condición. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su condición médica, es posible que First Medical Health Plan, Inc. no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, First Medical Health Plan, Inc. entonces cubrirá el Medicamento B.

¿QUÉ SUCEDE SI MI MEDICAMENTO NO APARECE EN EL FORMULARIO?

Si su medicamento no aparece en el formulario, visite nuestra página web: www.firstmedicalpr.com para verificar si su plan cubre su medicamento. Usted también puede llamar al Departamento de Farmacia y/o Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Además, el beneficiario puede pedirle a First Medical Health Plan, Inc. que haga una excepción sujeto a necesidad médica y previa autorización.

Lea lo siguiente para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿CÓMO SOLICITO UNA EXCEPCIÓN AL FORMULARIO?

Su médico puede solicitar por escrito una excepción al formulario si ha determinado que el medicamento recetado es necesario para el tratamiento de la enfermedad. A estos efectos su médico cumplimentará la forma CSS-AS-04-002 y la hará llegar al Departamento de Farmacia de First Medical Health Plan, Inc. vía fax al 787-817-7001.

El suscriptor, su representante personal o proveedor de salud podrá hacer una solicitud de excepción médica, la cual deberá constar por escrito. Si la persona que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica, los siguientes criterios se evaluarán:

- a. No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica del suscriptor;
- b. El medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada:
 - ii. Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.
 - iii. Ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño al del suscriptor.
 - iv. El suscriptor ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.

- c. La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

First Medical Health Plan, Inc. podrá requerir que la persona cubierta o a su representante personal, provea una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación que hizo. Dicha certificación de Excepción Médica la puede acceder en la página web: www.firstmedicalpr.com, sección de farmacia. La información que se debe incluir es la siguiente:

- a. Nombre, número de grupo o contrato, número de suscriptor.
- b. Historial del paciente.
- c. Diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica.
- d. Razón por la cual:
 - i. El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para el suscriptor.
 - ii. El medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para el suscriptor, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada.
 - iii. La dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para el suscriptor, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis.
- e. Razón por la cual el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica se necesita para el suscriptor, o, si la solicitud se relaciona con una limitación de dosis, la razón por la que se requiere la excepción a la limitación de dosis para el suscriptor.

Al recibo de una solicitud de excepción médica, First Medical Health Plan, Inc. se asegurará de que la solicitud sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al hacer su determinación sobre la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables al suscriptor para el cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

- a. Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida.
- b. Si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de First Medical Health Plan, Inc. u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.

El suscriptor, su representante personal o proveedor de salud pueden contactarnos para solicitar una decisión de cubierta inicial para una excepción al formulario o a la restricción de utilización con la debida justificación médica. Tomaremos una decisión sobre su solicitud presentada, con la premura que requiera su condición médica, pero en ningún caso a más de 72 horas desde la fecha del recibo de la solicitud o de la fecha del recibo de la justificación médica, en el caso que First Medical Health Plan, Inc. solicite la misma, cual fuere posterior de las fechas. En el caso de medicamentos controlados, este término no deberá exceder de las 36 horas. Puede solicitar una excepción más rápida o acelerada si usted o su médico piensa que su salud podría verse seriamente afectada por tener que esperar hasta 72 horas por una decisión.

Si First Medical Health Plan, Inc. no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:

- v. El suscriptor tendrá derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud hasta por treinta (30) días.
- vi. First Medical Health Plan, Inc. tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que el suscriptor termine de consumir el medicamento suministrado.

Si First Medical Health Plan, Inc. no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que el suscriptor termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento al suscriptor y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica.

Si se aprueba una solicitud de excepción médica, First Medical Health Plan, Inc. proveerá cubierta para el medicamento de receta objeto de la solicitud y no requerirá que el suscriptor solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de farmacia de First Medical Health Plan, Inc., siempre y cuando:

- a. La persona que le expidió la receta al suscriptor siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica.
- b. Se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor.

First Medical Health Plan, Inc., no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de excepción médica.

Toda denegación de una solicitud de excepción médica hecha por First Medical Health Plan, Inc.:

- a. Se notificará al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si el suscriptor ha acordado recibir la información por esa vía.
- b. Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito.
- c. Se podrá apelar mediante la presentación de una querrela a tenor con la Sección "Sistema de Querrela" de este contrato.

Dicha denegación expresará de una manera comprensible a la persona cubierta o a su representante personal:

- a. Las razones específicas de la denegación.
- b. Referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud.
- c. Instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación.
- d. Una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querrela para apelar la denegación, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

De acuerdo con la sección Cubierta de Farmacia, usted es responsable, cuando corresponda, de todos o alguno de los pagos de lo siguiente:

- El deducible inicial (*Front End Deductible*).
- El copago.
- El coaseguro.

Al solicitar los servicios de las farmacias participantes es requisito presentar junto con la receta de su médico, su tarjeta del plan médico con First Medical Health Plan, Inc. El suscriptor deberá certificar con su firma la entrega y copagos realizados por los servicios recibidos. Además deberá presentar una tarjeta de identificación con foto cuando reciba los medicamentos para asegurar se cumplen las medidas para la protección de información confidencial relacionada a su condición de salud.

DEFINICIONES

En esta cubierta de beneficios se usan los términos a continuación:

1. **Coaseguro:** Por ciento de los honorarios establecidos de acuerdo a la escala de honorario que pagará la persona directamente a la farmacia al momento de recibir los servicios.
2. **Copago:** Es la cantidad que el suscriptor paga por el costo de cada receta individual, o repetición de receta, de un medicamento recetado cubierto, cuando lo despacha una farmacia.
3. **Farmacéutico:** Es una persona que tiene licencia para preparar, mezclar y administrar medicamentos y que practica dentro del alcance de su licencia.
4. **Farmacia:** Es un establecimiento con licencia donde un farmacéutico despacha medicamentos recetados.
5. **Farmacia Especializada:** Es una farmacia que se especializa en proveer medicamentos altamente complejos que requieren un manejo especial, de distribución limitada que usualmente no son de fácil accesibilidad.
6. **Farmacia no participante de la Red:** Es una farmacia que no ha firmado un acuerdo directo con First Medical Health Plan, Inc. y no ha sido designada por nosotros para proveer:
 - Servicios cubiertos de farmacia
 - Servicios cubiertos de farmacia especializada
7. **Farmacia Participante de la Red:** Es una farmacia que ha firmado un acuerdo directo con First Medical Health Plan, Inc., y que ha sido designada por nosotros para proveer:
 - Servicios cubiertos de farmacia
 - Servicios cubiertos de farmacia especializada
8. **Formulario:** Es una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por First Medical Health Plan, Inc. 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.

9. **Límite de Despacho:** Es la dosis máxima mensual de un medicamento y/o el número de meses en que por lo general se usa el medicamento para tratar una condición en particular.
10. **Medicamentos Agudos:** Son aquellos medicamentos utilizados en el tratamiento de condiciones agudas. No tiene repeticiones, ya que su uso es por corto tiempo, 15 días o menos. No son de uso crónico.
11. **Medicamento Bioequivalente:** Todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad.
12. **Medicamento con Leyenda:** Es cualquier sustancia medicinal en cuya etiqueta —según la Ley Federal de Drogas, Alimentos y Cosméticos (*Federal Food, Drug and Cosmetic Act*) debe aparecer el aviso: “Precaución: La Ley Federal prohíbe el despacho sin receta”.
13. **Medicamentos Especializados:** Son fármacos, medicinas o medicamentos usados como terapia especializada desarrollados para enfermedades complejas. Los medicamentos de especialidad pueden: Requerir servicios de enfermería o programas especiales para ayudar al paciente a cumplir el tratamiento. Requerir programas de tratamiento para enfermedades específicas. Tener requisitos de distribución limitados o tener requisitos especiales de manejo; almacenamiento o envío.
14. **Medicamento de Mantenimiento:** Son aquellos medicamentos utilizados en el tratamiento de condiciones crónicas. Tiene repeticiones.
15. **Medicamento de Marca Preferido:** Medicamento de marca que ha sido evaluado por el Comité de Farmacia y Terapéutica.
16. **Medicamento de Marca No Preferido:** Dado que poseen una versión genérica o una alternativa del segundo nivel disponible, los medicamentos no preferidos tienen copagos más altos y están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos.
17. **Medicamentos de Nivel 1:** Son una categoría de medicamentos **bioequivalentes preferido** incluidos dentro de la lista de medicamentos definidos por First Medical Health Plan, Inc. como de Nivel 1.
18. **Medicamentos de Nivel 2:** Son una categoría de medicamentos de **bioequivalentes no preferido** incluidos dentro de la lista de medicamentos definidos por First Medical Health Plan, Inc. como de Nivel 2.
19. **Medicamentos de Nivel 3:** Son una categoría de medicamentos de **marca preferido** incluidos dentro de la lista de medicamentos definidos por First Medical Health Plan, Inc. como de Nivel 3.
20. **Medicamentos de Nivel 4:** Son una categoría de medicamentos de **marca no preferido** incluidos dentro de la lista de medicamentos definidos por First Medical Health Plan, Inc. como de Nivel 4.

21. **Medicamentos de Nivel 5:** Son una categoría de medicamentos *especializados preferidos* incluidos dentro de la lista de medicamentos definidos por First Medical Health Plan, Inc. como de Nivel 5.
22. **Medicamentos de Nivel 6:** Son una categoría de medicamentos *especializados no preferidos* incluidos dentro de la lista de medicamentos definidos por First Medical Health Plan, Inc. como de Nivel 6.
23. **Medicamentos Genéricos:** Son fármacos, medicinas o medicamentos que son elaborados, distribuidos y disponibles a través de un fabricante farmacéutico, e identificados por su nombre químico; o cualquier medicamento que has sido calificado como genérico por una fuente reconocida en la industria y usada por First Medical Health Plan, Inc.
24. **Medicamentos Inyectables Auto-Administrados:** Son medicamentos aprobados por la FDA —con excepción de la insulina— que una persona puede administrarse a sí misma.
25. **Médico:** Es un profesional autorizado para ejercer la medicina dentro del alcance de su licencia y cuyos servicios deben estar cubiertos por las leyes de la jurisdicción donde se brinda el tratamiento.
26. **Off Label Prescription Drug Use:** Medicamentos con leyenda federal, los cuales serán cubiertos al ser prescritos de manera medicamente apropiada y que además el uso “*off label*” este reconocido en literatura médica o referencia médica standard.
27. **Preautorización:** Es la aprobación previa requerida por First Medical Health Plan, Inc. para la cubierta de ciertos medicamentos recetados, incluyendo la dosis, cantidad y duración apropiadas para el diagnóstico, edad y sexo del paciente.
28. **Receta:** Es una orden médica para la preparación y el uso de un medicamento. La receta debe ser escrita a nombre del suscriptor por un médico y debe usarse para el tratamiento de una enfermedad o una lesión corporal cubierta por este plan. El medicamento sólo puede obtenerse mediante una receta médica escrita. El médico puede darle la receta al farmacéutico, por medios electrónicos o por escrito. La receta debe incluir lo siguiente:
 - Nombre del suscriptor.
 - Dirección del beneficiario.
 - El nombre del medicamento, dosis, cantidad y las instrucciones de uso.
 - La fecha en que se emitió la receta.
 - El nombre, la dirección, el número de DEA, número de NPI y firma del médico que la prescribe.

DESCRIPCIÓN DE LA CUBIERTA

Cubriremos los medicamentos recetados que el suscriptor reciba mientras esté cubierto por este beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios pueden estar sujetos a límites de despacho y requisitos de autorización previa, si los hubiera. La tarjeta de identificación debe ser presentada en la farmacia participante de la red de First Medical Health Plan, Inc. cada vez que se presenta una receta o una repetición de receta.

Los medicamentos recetados cubiertos son:

1. Medicamentos genéricos o bioequivalentes, medicamentos de marca preferida, marca no preferida, medicamentos especializados y/o medicamentos agudos y de mantenimiento que al amparo de la ley federal y estatal, deben ser despachados sólo con la receta de un médico.
2. Fármacos, medicinas o medicamentos incluidos en la lista de medicamentos; incluyendo los cubiertos bajo *“Preventive Service under The Patient Protection and Affordable Care Act”* los cuales la persona cubierta no pagará copago o coaseguro alguno por dichos medicamentos requeridos por las leyes federales aquí incluidos. Estos medicamentos son:
 - a. Ácido fólico en mujeres menores de 56 años de edad.
 - b. Aspirina en mujeres de edad entre 55 y 79 años y hombres de edad entre 45 y 79 años.
 - c. Suplementos orales de flúor recetados en niños menores de 6 años.
 - d. Suplementos de hierro recetados en niños menores de 1 año.
 - e. Anticonceptivos para planificación familiar en edad reproductiva entre 15 a 45 años de edad aprobados por la FDA con receta del médico.
 - f. Suplemento de ácido fólico para embarazadas en edad reproductiva entre 15 a 45 años de edad.
 - g. Tamoxifen o raloxifene para las mujeres mayores de 35 años que están en mayor riesgo de cáncer de seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento.
 - h. Suplemento de Vitamina D para mayores de 65 años.
3. Insulina.
4. Agujas o jeringuillas hipodérmicas cuando son recetadas por un médico para usar con insulina o medicamentos inyectables auto-administrados (las agujas y jeringuillas hipodérmicas usadas en conjunto con medicamentos cubiertos pueden estar disponibles para usted a ningún costo).
5. Vacuna RhoGhan cubierta aplicándole el porcentaje (%) de coaseguro según su cubierta de beneficio de farmacia y requiere autorización previa del plan.
6. Medicamentos de especialidad y auto-administrados aprobados por First Medical Health Plan, Inc.
7. Buprenorfina para el tratamiento de adicción a opiáceos.
8. Medicamentos inyectables auto-administrados y medicamentos de especialidad están limitados a un despacho de 30 días por parte de una farmacia al detal o farmacia especializada.

DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS APLICABLES

Cubierta sujeta a deducible anual:

DEDUCIBLE ANUAL DE MEDICAMENTOS	
Individual	Familiar
No aplica.	No aplica.

COPAGOS Y COASEGUROS		
Medicamentos Bioequivalentes Preferido	Nivel 1	10% mínimo \$10.00*/ */ \$15.00**
Medicamentos Bioequivalentes No Preferido	Nivel 2	10% mínimo \$10.00*/ */ \$15.00**
Medicamentos de Marca Preferida	Nivel 3	25% mínimo \$15.00*/ 20% mínimo \$25.00**
Medicamentos de Marca No Preferido	Nivel 4	30% mínimo \$25.00*/ 35% mínimo \$35.00**
Medicamento Especializados Preferido	Nivel 5	40%*/ 40**
Medicamento Especializado No Preferido	Nivel 6	40%*/ 40%**

*Red Preferida. **Fuera de la Red.

BENEFICIO INICIAL	
Beneficio inicial en la cubierta de farmacia por persona cubierta	\$3,000 por persona.
Luego del beneficio inicial por persona cubierta aplica coaseguro:	50%

CANTIDAD DE DESPACHO	
Días de terapia para medicamentos de mantenimiento	30
Días de terapia para medicamentos agudos	15
Repeticiones para medicamentos de mantenimiento solamente no mayor de 180 días ²	5

² Cuando el historial de la persona cubierta o suscriptor 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.

Si usted solicita un medicamento de marca cuando existe un genérico disponible, su pago es mayor. Usted es responsable del copago que aplique al medicamento genérico y el 100% de la diferencia entre la cantidad que hubiéramos pagado a la farmacia por el medicamento de marca y la cantidad que hubiéramos pagado a la farmacia por el medicamento genérico. Si el médico que prescribe determina que el medicamento de marca es medicamento necesario, usted solo es responsable del copago que aplique al medicamento de marca.

Cuando se utiliza una Farmacia no-participante o cuando usted no presenta su tarjeta de identificación al momento de la compra en una farmacia contratada, usted debe pagar por la receta o la repetición al momento que esta es despachada. Usted debe completar el formulario para una reclamación por reembolso con nosotros. Usted también es responsable por el 100% de la diferencia entre la tarifa contratada y el costo de la venta del medicamento. Cualquier cantidad que usted pague por encima de la tarifa contratada y cualquier copago/coaseguros que usted pague a una farmacia no participante no aplican a la cantidad de desembolso máxima por medicamentos ni a cualquier cantidad de desembolso máximo, de haber alguna. El cargo que se reciba de la farmacia no-participante por una receta o una repetición puede ser mayor que la tarifa contratada con un proveedor participante.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

No se provee beneficio alguno por:

1. Medicamentos con un costo igual ó menor de \$8.00 no están cubiertos.
2. Medicamentos con leyenda federal que no han sido recomendados en una prescripción por un médico.
3. Cualquier fármaco, medicina o medicamento que tenga en la etiqueta “Precaución: Limitado por Ley Federal para uso de investigación” o cualquier fármaco, medicina o medicamento experimental o para investigación, aun cuando se le cobre un cargo por éste.
4. Extractos de alérgenos.
5. Dispositivos o equipo terapéuticos, entre ellos:
 - a. Prendas de soporte;
 - b. Reactivos para pruebas;
 - c. Bombas mecánicas para la administración prolongada de medicamentos; y
 - d. Otras sustancias no médicas.
6. Suplementos dietéticos incluyendo fórmulas o comidas modificadas bajas en proteínas, necesarias para el tratamiento de fenilcetonuria o para ciertas enfermedades hereditarias de aminoácidos o ácidos orgánicos.
7. Productos nutricionales.
8. Minerales.
9. Medicamentos para perder el apetito o cualquier otro para controlar el peso.
10. Cualquier medicamento con fines cosméticos, como por ejemplo:
 - a. Tretinoin, como Retin A, excepto si usted tiene menos de 45 años o ha sido diagnosticado con acné de adulto;
 - b. Productos dermatológicos o estimulantes para el crecimiento del cabello; o para remoción
 - c. Agentes para pigmentación y despigmentación. Por ejemplo, Solaquin.
11. Cualquier fármaco o medicamento que se puede adquirir legalmente sin receta, excepto insulina, ácido fólico, aspirina, hierro para niños menores de 1 año y los que sean requeridos por ley federal o estatal.
12. Cristales o polvo de progesterona, en cualquier forma de dosis compuesta.
13. Medicamentos para la inducción del aborto.
14. Medicamentos para la infertilidad, o utilizados para estos fines.
15. Cualquier medicamento recetado para la impotencia y/o la disfunción sexual. Por ejemplo, Viagra.
16. Medicamentos recetados que deben ser tomados o administrados por el suscriptor, totalmente o en parte, durante el tiempo en que sea paciente en una instalación que normalmente proporciona medicamentos a sus pacientes ingresados. Lugares para pacientes ingresados incluyen, entre otros:
 - a. Hospitales;
 - b. Hogares para convalecientes con servicio especializado de enfermería; o
 - c. Hospicios;
17. Los siguientes medicamentos inyectables:
 - a. Agentes de inmunización, excepto las vacunas, las cuales están cubiertas bajo cubierta básica

- b. Sueros biológicos
 - c. Sangre
 - d. Plasma sanguíneo
18. Repeticiones de recetas:
 - a. En exceso de la cantidad especificada por el médico; o
 - b. Despachadas más de un año después de la fecha de la orden original.
 19. Cualquier parte de una receta o repetición de receta que exceda un suplido para 30 días, recibida por una farmacia al detal.
 20. Cualquier porción de un medicamento de especialidad o medicamento inyectable autoadministrado, recibido por una farmacia al detal o una farmacia especializada que exceda un suplido para 30 días.
 21. Cualquier medicamento para el cual se requiere una autorización previa, que no haya sido obtenida.
 22. Cualquier medicamento normalmente libre de cargos.
 23. Cualquier fármaco, medicina o medicamento recibido por el suscriptor:
 - a. Antes del inicio de la cubierta; o
 - b. Después de la fecha en que la cubierta ha terminado.
 24. Cualquier receta o repetición de receta por medicamentos que hayan sido perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados.
 25. Implantes para la administración prolongada de medicamentos.
 26. Más de una receta o repetición de receta para el mismo medicamento o para un medicamento terapéutico equivalente, recetado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias, hasta que el suscriptor haya usado por lo menos el 75% de la receta (o repetición de receta) anterior.
 27. Cualquier copago que el suscriptor realizó por una receta que haya sido despachada, sin importar que ésta sea rechazada o cambiada a causa de reacciones adversas o cambios en la dosis o la receta.

Las limitaciones y exclusiones aplican aún si un médico ha realizado o recetado un procedimiento, servicio, tratamiento, producto o receta apropiados, desde un punto de vista médico. Esto no impide que su médico o farmacéutico realice o provea el procedimiento, servicio, tratamiento, producto o receta; sin embargo, el procedimiento, servicio, tratamiento, producto o receta no serán un gasto cubierto.

CUBIERTA DENTAL D-10

A. SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y PREVENTIVO

(0% COASEGURO PARA MENORES DE 19 AÑOS Y 20% PARA LOS ADULTOS)

- D0120 Examen oral periódico (dos (2) veces al año) intervalo de seis (6) meses*.
- D0140 Examen oral de emergencia (dos (2) veces al año) a intervalo de seis (6) meses.
- D0150 Examen oral inicial (cada doce (12) meses.*
- D0210 Radiografía de serie completa.
- D0220 Radiografía periapical inicial.
- D0230 Radiografía adicional.
- D0272 Radiografía de mordida.
- D0330 Radiografía panorámica.
- D0340 Radiografía Cefalométrica.
- D0460 Prueba de Vitalidad Pulpar.
- D1110 Profilaxis dental para adultos*.
- D1120 Profilaxis dental para niños menor de doce (12) años de edad.
- D1208 Tratamiento de fluoruro sólo para menores de diecinueve (19) años de edad*.
- D1208 Tratamiento de fluoruro para adultos
- D1351 Sellante de Fisura.
- D1510 Mantenedor de espacio unilateral.
- D1516 Mantenedor de espacio bilateral maxilar (uno por vida).
- D1517 Mantenedor de espacio bilateral mandibular (uno por vida).* A intervalos no menores de seis (6) meses

* A intervalos no menores de seis (6) meses

Los servicios antes descritos están sujetos a disponibilidad e historial del paciente.

B. SERVICIOS RESTAURATIVOS BÁSICOS (20% COASEGURO)

- D2140 Amalgama una (1) superficie.
- D2150 Amalgama de dos (2) superficies.
- D2160 Amalgama de tres (3) superficies.
- D2161 Amalgama de cuatro (4) o más superficies.
- D2330 Resina de una (1) superficie.
- D2331 Resina de dos (2) superficies.
- D2332 Resina de tres (3) superficies.
- D2335 Resina de cuatro (4) o más superficies o que incluya el ángulo incisal.
- D2391 Resina en posteriores de una (1) superficie bucal.
- D2940 Tratamiento paleativo.
- D3220 Pulpotomía en dientes deciduos.
- D3310 Endodoncia, tratamiento de canal en dientes anteriores.
- D3320 Endodoncia, tratamiento de canal en premolares.
- D3330 Endodoncia, tratamiento de canal en molares.
- D7111 Extracción de raíces residuales de dientes primarios.
- D7140 Extracción sencilla.
- D9110 Aplicación de desensibilizante.
- D9910 Aplicación de adhesivos en cervical de dientes y molares.

C. SERVICIOS RESTAURATIVOS MAYORES (50% COASEGURO)*

- D4341 Alisado radicular de cuatro (4) o más dientes.
- D4342 Alisado radicular de tres (3) dientes o menos.
- D4910 Profilaxis periodontal e incluye los procedimientos necesarios para el tratamiento de las enfermedades de las encías y el hueso que sostiene los dientes, incluyendo la cirugía periodontal.

- D7210 Extracción quirúrgica complicada (incluyendo el servicio pre y post-operatorio).
- D7220 Extracción quirúrgica de diente impactado tejido blando.
- D7230 Extracción quirúrgica de diente impactado parcial en hueso.
- D7240 Extracción quirúrgica de diente impactado completo en hueso.
- D7250 Extracción quirúrgica de raíces retenidas.
- D7960 Frenulectomía (frenectomía o frenotomía).
- Sedación para la cirugía oral y extracciones quirúrgicas.

***Servicios cubiertos a través de reembolso.**

D. PRÓTESIS FIJA (50% COASEGURO)*

- D2740 Corona en Porcelana.
- D2752 Corona fundida a porcelana metal noble.
- D2920 Cementar corona.
- D2930 Corona en stainless steel para los dientes primarios.
- D2951 Pin Retention
- D2954 Poste y muñón pre-fabricado.

***Servicios cubiertos a través de reembolso y requiere pre-autorización.**

E. PRÓTESIS REMOVIBLE (50% COASEGURO)*

- D5110 Dentadura completa maxilar.
- D5120 Dentadura completa mandibular.
- D5213 Dentadura removible base en metal maxilar.
- D5214 Dentadura removible base en metal mandibular.
- D5282 Prótesis removible maxilar.
- D5283 Prótesis removible mandibular
- D5510 Arreglo de dentadura completa partida.

- D5520 Reemplazo de diente en dentadura completa.
- D5620 Reparación de base de metal de dentadura removible.
- D5630 Reparación de gancho partido.
- D5640 Reemplazo de diente a dentadura removible.
- D5650 Añadir diente a dentadura removible.
- D5660 Añadir gancho a dentadura removible.

***Servicios cubiertos a través de reembolso y requiere pre-autorización.**

F. ORTODONCIA (50% COASEGURO)*

- Incluye los aparatos de Ortodoncia (Bracers) y el tratamiento interceptivo y correctivo. No se provee para la reparación o el reemplazo de aparatos de Ortodoncia.
- Beneficio Máximo \$1,000.00 por vida, por persona cubierta hasta los 19 años de edad. Tratamiento tiene que comenzar luego de la vigencia del contrato y sólo aplica a los casos nuevos.

***Servicios cubiertos a través de reembolso (100% del costo menos coaseguro aplicable) y requiere pre-autorización.**

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL

La **Cubierta Dental D-10** provee un Beneficio Máximo Anual de **\$1,000.00** (mil dólares) por persona cubierta para las Secciones **A, B, C y D**. El beneficio de **Ortodoncia** provee un Beneficio Máximo de **\$1,000.00 por vida, por cada persona cubierta hasta los 19 años de edad**.

DIRECTORIO DE LIBRE SELECCIÓN

Esta cubierta se provee mediante la libre selección. Cuando se seleccione el proveedor de preferencia entre nuestro Directorio de Dentistas Participantes, First Medical Health Plan, Inc. pagará directamente al dentista por los servicios cubiertos facturados. Los reembolsos por servicios cubiertos recibidos de parte de dentistas no-participantes, se harán a base de 100% (cien por ciento) de lo que First Medical Health Plan, Inc. le hubiera pagado a un dentista participante menos los coaseguros aplicables.

EXCLUSIONES

No se proveerá cubierta para lo siguiente:

- Accidentes o enfermedades cubiertas o relacionadas con la Ley del Fondo del Seguro del Estado o accidentes de automóvil.
- Servicios relacionados con procedimientos cosmetológicos.
- Servicios que comenzaron con anterioridad a la fecha del contrato.
- Cargos por recetas.
- Cargos por servicios relacionados con la articulación temporomandibular.
- Instrucciones sobre higiene oral y dieta.
- Programas para el control de la placa dental.
- Terapia miofuncional.
- Procedimientos experimentales.
- Todo cargo de hospitales y los honorarios adicionales del dentista relacionados con los tratamientos en el hospital.
- Injertos a los tejidos orales.
- Cargos por servicios de aparatos relacionados a la condición de Bruxismo (Férula, "Mounth Guard").
- Implantes no cubiertos.

CUBIERTA DE SALUD VISUAL



SERVICIOS DE SALUD VISUAL PEDIÁTRICO	
Examen de refracción	Cubierto, un (1) examen completo de la vista y análisis visual para espejuelos o lentes de contacto por suscriptor por año contrato.
Espejuelos para menores de 21 años	Cubierto \$0.00 de copago. Un par de espejuelos (lentes y monturas) uno (1) por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	Aplica \$0.00 de copago para menores de 21 años.
Tintes	Aplica \$10.00 de copago por cada tinte. Tintes marrón, gris o verde.
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Cubierto \$0.00 de copago.
Low Vision: la pérdida significativa de la visión sin diagnóstico de ceguera total.	Cubierto \$0.00 de copago. Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un (1) par por año contrato, dentro de la colección contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para suscriptores con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. Además cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para suscriptores hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total.

SERVICIOS DE SALUD VISUAL ADULTO	
Examen de refracción	Cubierto, un (1) examen completo de la vista y análisis visual para espejuelos o lentes de contacto por suscriptor por año contrato, no aplica copago.
Espejuelos para adultos	Aplica \$15.00 de copago. Un par de espejuelos (lentes y monturas) uno (1) por año contrato. Requiere autorización previa del plan.
Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	Aplica \$15.00 de copago.
Tintes	Aplica \$10.00 de copago por cada tinte. Tintes marrón, gris o verde.
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Aplica 50% de coaseguro.

SEGURO DE VIDA

A través de

Universal Life Insurance Company

En consideración al pago de una prima adicional, excepto cuando por negociación se incluya dentro de la cubierta básica y dentro del contrato, se ampliara la cubierta del contrato a la cual se adhiere este endoso.

Para ser Elegible la persona tiene que suscribirse a este beneficio en o antes de los **65 años** de edad. Así mismo deberá solicitar la forma de Designación de Beneficiarios y enviarla a **Universal Life**. De no hacerlo los reclamantes deberán presentar una declaratoria de herederos.

Esta cubierta de seguro de vida se provee sin prueba de asegurabilidad. sólo el suscriptor principal es elegible al mismo. El beneficio de seguro de vida es de \$10,000.00 (diez mil dólares) por muerte natural o por muerte accidental. El seguro de incapacidad pagará hasta \$95.00 (noventa y cinco dólares) semanales de beneficio en condiciones aplicables, por 26 (veintiséis) semanas, **siempre que la persona no haya sido declarado (a) incapacitado (a) por otro organismo regulador (F.S.E., SINOT, A.C.C.A. Y Seguro Social) y sea empleado regular a tiempo completo en un oficio u ocupación por el cual recibe sueldo y salario**. Este beneficio estará sujeto a las cláusulas y disposiciones que **Universal Life** establezca al respecto.

Suscriptor que posea beneficio de seguro de vida mayor de 65 años, aplica la tabla de cubierta decreciente de beneficios que aparece a continuación:

EDAD	BENEFICIO
65-69	65% de la cantidad Principal
70-74	45% de la cantidad Principal
75-79	30% de la cantidad Principal
80-84	20% de la cantidad Principal
85-89	15% de la cantidad Principal
90 ó más	10% de la cantidad Principal

PROCESO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El suscriptor debe designar el/los beneficiarios al momento de llenar la solicitud de ingreso o en el proceso de renovación al plan.

Si el suscriptor desea realizar un cambio en sus beneficiarios puede hacerlo en cualquier momento, utilizando la forma de Designación de Beneficiarios de Universal Life Insurance. Esta debe ser entregada en cualquiera de nuestras oficinas de servicios. Es bien importante que esta forma esté completada en todas sus partes.

Se digitaliza y se envía a Universal Life Insurance al Departamento de Suscripción para que se oficialice el cambio. (serviciogrupal@universalpr.com)

El suscriptor tiene el derecho de designar en forma expresa a aquella o aquellas personas que serán los beneficiarios del pago de la indemnización de su seguro.

Los derechos de los beneficiarios sobre la indemnización, se establecen en una cláusula especial que se encuentra dentro del contrato de seguro, y estos derechos pueden ser exigidos directamente a la aseguradora, Universal Life Insurance por las personas designadas como beneficiarios.

HOSPITALES Y CLÍNICAS ASOCIADAS

First Medical Health Plan, Inc. es el único plan médico en Puerto Rico que cuenta con una red de hospitales y clínicas afiliadas en las cuales el suscriptor no paga copagos o coaseguros en la mayoría de los servicios que estas ofrecen.

Las facilidades afiliadas a la red Metro Pavía Health System, cuentan con 12 hospitales y 14 clínicas alrededor de toda la Isla.

FIRST HEALTH CALL

¿QUÉ ES FIRST HEALTH CALL?

First Health Call es el servicio de asistencia telefónica y orientación de salud, creado exclusivamente para los suscriptores de **First Medical Health Plan**.

Cuando tu o tus seres queridos tengan una situación de urgencia y no sepan que hacer **First Health Call** es tu primera alternativa.

Con **First Health Call** usted llama y contestaran de día o de noche, los 365 días del año. Enfermeras graduadas esperan tu llamada para darte la mano cuando más lo necesites.

Te ofrecemos:

ENFERMERAS GRADUADAS Siempre contestaran enfermeras graduadas, respaldadas por médicos especializados, atendiendo tu llamada y ayudándote a tomar la decisión adecuada.

First Health Call es completamente gratis para los suscriptores de **First Medical Health Plan** y lo puedes usar cuando lo necesites

Llámanos al 1-866-337-3338.