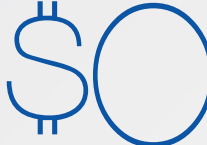


PREGUNTA AQUÍ POR TU  DEDUCIBLE EN
FIRST MEDICAL

1

First **MEDICAL**
HEALTH PLAN, INC.



**GUÍA DEL
SUSCRIPTOR
EMPLEADO PÚBLICO
2017**

**Cubierta
ELA 95
ORO**

40 años
Comprometidos
con tu **SALUD**



AGUADILLA
787-882-5230

ARECIBO
787-815-2000

BAYAMÓN
787-778-0700

CAGUAS
787-746-4880

CAROLINA
1-888-318-0274

GUAYAMA
787-864-9006

HATO REY (Valet Pkg. GRATIS)
1-888-318-0274
787-474-0237

HUMACAO
787-285-2585

LUQUILLO
787-889-5032

MAYAGÜEZ
787-833-4314

PONCE
787-842-2770

UTUADO
787-933-0145

YAUCO
787-992-0040

PARA ORIENTACIÓN SI VIAJAS A ESTADOS UNIDOS
1-888-364-7535 (L-V 8:00 AM - 5:00 PM)

First **MEDICAL**
HEALTH PLAN, INC.

www.firstmedicalpr.com

1-888-318-0274

“Comprometidos con tu Salud”

Síguenos



SOLIDEZ • ECONOMÍA • SEGURIDAD • CALIDAD
ACCESIBILIDAD • SERVICIO • PRESTIGIO • CONFIABILIDAD

Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones CEE-SA- 16-12276



Estimado(a) suscriptor(a):

¡Bienvenido(a) a *First Medical Health Plan, Inc.*, su alternativa de planes de salud para nuestros tiempos!

Durante los pasados cuarenta (40) años, hemos sido la Organización de Servicios de Salud que ha presentado diferentes cubiertas de beneficios, diseñadas especialmente para los Servidores Públicos, siempre considerando en proveer los mejores servicios médicos de calidad al menor costo posible. *First Medical Health Plan, Inc.*, consciente de la realidad económica que vive nuestro país, ofrece este año una excelente alternativa de cubierta de servicios médicos al alcance de su bolsillo, sin perder los beneficios de la Libre Selección, **ELA 95 – ORO**.

ELA 95 – ORO es la cubierta diseñada, pensando en ti y tu familia, asumiendo la responsabilidad de servicios que nos han distinguido sin limitar la accesibilidad a los mismos.

En **ELA 95 – ORO** encontrará una excelente combinación de beneficios y costos, razón por lo cual le exhorto a que se comunique con nosotros utilizando la línea de acceso telefónico Libre de Cargos 1-888-318-0274 o nos visite en una de nuestras Oficinas de Servicios a través de todo Puerto Rico.

Cuando un Representante nuestro visite su Agencia o Municipio pregunte por **ELA 95 – ORO**.

Recuerde que *First Medical Health Plan, Inc.*, es el plan de salud que estará hoy, mañana y siempre para servirle.

Haga su mejor elección, porque con **First Medical** siempre serás primero.

Cordialmente,

A handwritten signature in cursive script that reads "Francisco J. Artau".

Francisco J. Artau Feliciano
Presidente
First Medical Health Plan, Inc.

TABLA DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	ELEGIBILIDAD.....	5
1.	DEPENDIENTES ELEGIBLES	5
2.	CAMBIOS DE ASEGURADOR DURANTE EL AÑO DE CONTRATO	6
3.	CAMBIOS DURANTE EL AÑO	6
III.	PROCESO DE PRE-CERTIFICACIÓN	9
IV.	COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB).....	9
V.	CONVERSIÓN	13
VI.	RESUMEN DE SUS BENEFICIOS MÉDICOS BÁSICOS	15
1.	DISPOSICIONES DEL PLAN	15
2.	CUBIERTA MÍNIMA REQUERIDA.....	17
VII.	EXCLUSIONES APLICABLES A LA CUBIERTA BÁSICA.....	23
VIII.	CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS.....	26
1.	DISPOSICIONES GENERALES	26
2.	BENEFICIOS CUBIERTA TRASPLANTE DE ÓRGANOS	26
IX.	LIMITACIONES Y EXCLUSIONES EN LA CUBIERTA DE TRASPLANTES	26
X.	CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.....	27
1.	DEDUCIBLES.....	27
2.	BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES	27
3.	ELEGIBILIDAD.....	28
XI.	EXCLUSIONES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.....	28
XII.	RESUMEN DE LA CUBIERTA DE FARMACIA	29
1.	TABLA DE BENEFICIOS	29
2.	DESPACHO	29
3.	MEDICAMENTOS CUBIERTOS.....	30
4.	MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO ENTRE OTROS	30
XIII.	EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	31
XIV.	RESUMEN DE SU CUBIERTA DE VISIÓN	32
1.	TABLA DE BENEFICIOS	32
2.	ELEGIBILIDAD.....	32
3.	CÓMO SE RECIBEN LOS BENEFICIOS	32

XV.	CUBIERTA DENTAL.....	33
1.	TABLA DE BENEFICIOS	33
XVI.	SEGURO DE VIDA.....	34
1.	RESUMEN DE CUBIERTA.....	34
2.	TABLA DE REDUCCIÓN DE BENEFICIO	34
3.	PROCESO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	34
XVII.	PROGRAMA DE VALORES AÑADIDOS.....	35
XVIII.	HERRAMIENTAS.....	38
XIX.	PROCESO DE QUERELLAS, APELACIONES Y RECLAMACIONES	39
XX.	NOTIFICACIONES IMPORTANTES	45
XXI.	DEFINICIONES.....	46
	CUBIERTA BÁSICA.....	46
	CUBIERTA DE FARMACIA.....	49

I. INTRODUCCIÓN

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

Esta cubierta podría requerir que usted como suscriptor 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 grupal, puede obtenerla solicitando la correspondiente orientación.

Es esencial que usted MANTENGA EL PAGO DE SUS PRIMAS AL DÍA. Su cubierta podría serle 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 agencia o patrono. En cualquiera de los casos, ASEGÚRESE DE QUE SU PATRONO O AGENCIA HAGAN 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 SUSCRIPTOR Y BENEFICIARIO 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 agencia o patrono siempre que esto sea necesario. De esta forma usted disfrutará de la continuidad de su cubierta. First Medical Health Plan, Inc. acuerda con los:

Empleados y Pensionados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus municipios y entidades (bajo Ley 95);

el proveer Cubierta de Servicios de Salud a Personas Cubiertas, sujeto a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de la Cubierta. La Cubierta se emite a base de la Solicitud del Grupo Suscrito y al pago de las primas requeridas por parte del suscriptor y la agencia o patrono. La Solicitud del Grupo Suscrito se hace formar parte del Contrato.

El Plan no debe ser considerado como, ni tomará la forma de un patrono/auspiciador del plan para ningún propósito relacionado a la administración o a la provisión de beneficios bajo el plan de beneficios del Grupo Suscrito. El Plan no será responsable de llevar a tareas u obligaciones de un patrono/auspiciador del plan relacionadas al plan de beneficios del Grupo Suscrito.

La Cubierta comenzará su vigencia en la fecha especificada y continuará vigente mediante el pago de las primas requeridas a la fecha de su vencimiento, sujeto a la terminación de la cubierta, según establecido. La cubierta bajo el contrato comenzará el 1 de enero de 2017 a las 12:01 am y terminará el 31 de diciembre de 2017 a 12:00 de la medianoche, hora local (de Puerto Rico). El Contrato objeto de esta cubierta se proveerá en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Hasta donde la Ley del Estado Libre Asociado de Puerto Rico aplique, esta cubierta se registrará por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Esta Guía del Suscriptor quedará registrado en la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico juntamente con el Contrato una vez el mismo quede firmado entre las partes.

II. ELEGIBILIDAD

1. DEPENDIENTES ELEGIBLES

Serán elegibles para solicitar cubierta bajo este contrato los empleados, funcionarios y pensionados, sus dependientes directos y opcionales según definidos más adelante.

1. Cualquier persona que adquiera la condición de elegible con posterioridad a la fecha en que comience este contrato, deberá someter su solicitud de ingreso al Plan dentro de treinta (30) días a partir de la fecha que tenga conocimiento de elegibilidad. La cubierta en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la solicitud, siempre que la persona someta la solicitud antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después del día diez (10) del mes, la cubierta tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.
2. Los empleados que no soliciten cubierta según se establece en el punto anterior, no podrán ingresar al Plan durante el resto del año de contrato. First Medical Health Plan, Inc. no está autorizada a realizar cambios en las cubiertas durante el año contrato sin la autorización de la Administración de Servicios de Salud, con excepción de los especificados en este contrato.
3. En todos los casos, la inclusión de dependientes sólo se podrá hacer al momento de acogerse el empleado a los beneficios de este contrato o en la fecha de renovación del mismo.

Administración de Seguros de Salud – Reforma de Salud

1. Aquellos empleados o pensionados que opten por la Reforma de Salud como Entidad Contratante no podrán utilizar la aportación patronal otorgada por la Ley Núm. 95 para ningún otro plan que no sea la Reforma de Salud.
2. Si el empleado, funcionario o pensionado o su cónyuge escoge un plan médico de los contratados por el Secretario de Hacienda y no informa que tiene el Plan de Reforma de Salud, este último será pagado con la aportación patronal y el otro plan será descontado por nómina del cheque del empleado o de la pensión.
3. Aquellos empleados o pensionados que estén activos en la Reforma de Salud e interesen acogerse a uno de los contratados por la Administración de Servicios de Salud deberán solicitar su baja previo a llenar una solicitud al plan de salud seleccionado. Para esto deberá presentar una certificación (MA-10) que indique que no pertenece a la Reforma al plan seleccionado.
4. A aquellos que no hayan solicitado su baja en el tiempo requerido por la Administración de Servicios de Salud a la cubierta de la Reforma de Salud y a la misma vez se acojan algún plan de beneficios de salud bajo la Ley Núm. 95 la aportación patronal será pagada a la Reforma de Salud.
5. El empleado o pensionado deberán reponer al Gobierno todo el dinero por concepto de aportación patronal recibida de forma indebida.
6. Cuando un empleado o pensionado médico indigente que esté en la Reforma y en su revisión no cualifica como médico indigente y esto ocurre durante el periodo de contrato que no sea el periodo de cambio o suscripción, la Oficina de Asistencia Médica del Departamento de Salud vendrá obligada a orientar al empleado de éste interesar en continuar con la aportación patronal, solicite el Plan de la Reforma (ELA Puro) hasta el periodo de cambio o suscripción que establece ASES. Para esto deberá presentar una certificación (MA-10) que indique que no pertenece a la Reforma y tendrá que pagar la diferencia en costo. En estos casos la Reforma le facturará a la agencia la aportación patronal de dichos empleados. Dicho plan cancelará automáticamente al 31 de diciembre del año en curso.
7. Si al empleado o pensionado no médico indigente le interesa seguir con el (ELA Puro) u otro plan de servicio de salud contratado por la Administración de Seguros de Salud, llenará una solicitud en el periodo de suscripción establecido para este propósito. Las agencias serán responsables de orientar al personal sobre este requerimiento.
8. Si el empleado durante el año de contrato quiere cambiar de un plan de salud contratado por la Administración de Seguros de Salud a el plan de Reforma de ASES, (ELA Puro) o viceversa, tendrá que seguir las disposiciones de cancelación que se indican en esta Carta Circular.
9. El empleado público que se acoja a la Reforma de Salud (ELA Puro) le aplica todas las disposiciones de esta carta circular.

2. CAMBIOS DE ASEGURADOR DURANTE EL AÑO DE CONTRATO

Cualquier empleado o pensionado acogido a un plan de salud que interese darse de baja e ingresar a otro plan de los contratados por la Administración de Seguros de Salud deberá solicitar por escrito la terminación de su cubierta al Plan y entregar copia de las tarjetas. Deberá a su vez entregar la solicitud al nuevo plan que desea ingresar.

1. El empleado entregará copia de la solicitud por escrito de la terminación y copia de la solicitud de ingreso al coordinador de planes médicos de la Oficina de Recursos Humanos de su agencia o municipio.
2. El empleado deberá cumplir con las siguientes condiciones:
 - a. No tener deudas con el Plan al cual estaba acogido.
 - b. No podrá hacer cambios en la cubierta ni podrá incluir dependientes adicionales que no estaban incluidos en el Plan del cual se dio de baja.
 - c. El empleado o pensionado deberá autorizar por escrito al Plan al cual estaba acogido a intercambiar información con el nuevo plan al momento de presentar la solicitud de cancelación.

3. CAMBIOS DURANTE EL AÑO

First Medical Health Plan, Inc. está obligada a realizar inmediatamente los cambios en el sistema electrónico, de lo contrario será responsable del pago del servicio a que tiene derecho el asegurado o suscriptor luego de realizar el cambio.

Casamiento

Un asegurado o suscriptor que contraiga matrimonio tendrá derecho a incluir a su cónyuge en los beneficios de este contrato si lo solicita durante el periodo de treinta (30) días posteriores a la fecha del matrimonio. La cubierta tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se someta la solicitud, siempre que la persona someta la solicitud antes del día diez (10) del mes.

Recién Nacidos

Los niños nacidos durante la vigencia de un contrato familiar son elegibles para ingreso con efectividad a la fecha de su nacimiento, con derecho a recibir beneficios desde esa fecha. Los padres deberán notificar, dentro de un periodo no mayor de treinta (30) días, el nombre del niño y la fecha de su nacimiento a los fines de que se le emita la tarjeta de asegurado o suscriptor. El asegurado o suscriptor en un plan individual o de pareja podrá incluir en su Plan a los hijos que nazcan durante la vigencia de su Plan como dependientes directos mediante el pago de la prima adicional que corresponda. La fecha de efectividad de la cubierta, en este caso, será la fecha de nacimiento del o los dependientes directos.

Hijos Adoptivos e Hijastros o Cualquier otro Familiar que Esté Bajo la Patria Potestad o Custodia Legal

El asegurado o suscriptor deberá solicitar el ingreso de un hijo adoptivo, hijastro, cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del asegurado principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el suscriptor principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho asegurado principal o dependiente directo que sea elegible mediante la obtención de la custodia legal dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la adopción legal o la fecha en que comenzó una relación corriente de hijo con el asegurado o suscriptor, según sea el caso, sometiendo la evidencia correspondiente. La cubierta tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se someta la solicitud, siempre que una la persona someta la solicitud antes del día diez (10) del mes.

Por Divorcio o Muerte

Los hijos de un asegurado o suscriptor que se divorcie o muera tienen derecho a continuar bajo el Plan del asegurado o suscriptor aunque no vivan bajo el mismo techo. El cónyuge divorciado o viudo que no fuera asegurado o suscriptor principal es elegible a continuar como asegurado o suscriptor, si se acoge al derecho de conversión, de acuerdo a lo establecido más adelante en la sección de Conversión del contrato entre ASES y First Medical Health Plan, Inc. Si un dependiente directo u opcional muere durante el año contrato el Asegurado o suscriptor deberá notificar a First Medical Health Plan, Inc. dentro de los treinta (30) días siguientes a la muerte para el cambio o ajuste, si alguno, de la prima correspondiente.

Por Separación del Servicio para Acogerse al Retiro

Si un asegurado o suscriptor se separa del servicio activo para acogerse a los beneficios de cualesquiera de los Sistema de Retiro y desea continuar cubierto o ingresar en un Plan de los contratados por la Administración de Seguros de Salud y hacer uso de su aportación patronal le aplicara lo siguiente:

Ingresar

El asegurado o suscriptor deberá llenar y entregar una solicitud directamente a la entidad aseguradora seleccionada dentro de los siguientes 60 días calendarios a la fecha en que recibe su primer pago del Sistema de Retiro. En estos casos, el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes siguiente si se somete antes del día 10. Si la solicitud de ingreso se efectúa después del día 10, el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.

Interesa Continuar sin Interrupción de Servicios

En estos casos el asegurado o suscriptor deberá comunicarse directamente con la entidad aseguradora con la cual tiene su plan médico dentro de los 30 días calendarios antes de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificarle la fecha en que se acogerá al retiro, además, enviará copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental. El retirado no podrá hacer cambios de entidad aseguradora, ni de cubierta en ese momento. El retirado pagará directamente a la entidad aseguradora el costo total de la prima, incluyendo la aportación patronal. Tan pronto como reciba su primer pago como pensionado podrá solicitar, con evidencia certificada del pago, al Sistema de Retiro que pertenece, el reembolso de las aportaciones patronales pagadas y notificar a la entidad aseguradora para que ésta comience a facturar al Sistema de Retiro.

Decida No Continuar Con Su Plan

En este caso el asegurado o suscriptor deberá comunicarse directamente con la entidad aseguradora con la cual tiene su plan médico dentro de los 30 días calendarios antes de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificarle la fecha en que se acogerá al retiro, además, enviará copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental, junto con las tarjetas de la entidad aseguradora. Del asegurado o suscriptor no entregar las tarjetas será responsable del pago de la prima o del pago de los servicios utilizados, según lo acordado con First Medical Health Plan, Inc.

El asegurado o suscriptor ya pensionado podrá optar por una cubierta Complementaria de Medicare en la fecha de su retiro o en cualquier fecha posterior en que advenga su elegibilidad para tal cubierta, durante la vigencia de este contrato. La fecha de efectividad de tal cubierta Complementaria será el día primero del mes siguiente a aquel en que First Medical Health Plan, Inc. reciba una solicitud del pensionado, a tales efectos.

Por Separación del Servicio de una Corporación Pública para Acogerse al Retiro

Si un asegurado o suscriptor se separa del servicio de una Corporación Pública para acogerse al retiro gubernamental, someterá una solicitud a través del sistema de retiro al cual pertenece.

Por Doble Cubierta

Si un asegurado o suscriptor es elegible para otro plan médico después de la fecha que comienza este contrato, solicitará la cancelación de este plan durante la vigencia de este contrato dentro de los treinta (30) días siguientes de tener conocimiento. El asegurado o suscriptor someterá evidencia a tales efectos con la efectividad de la cancelación del mismo. La cancelación en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la misma, siempre que la persona someta ésta antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la cancelación después del día diez (10) del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud de cancelación.

Cancelación de la Cubierta en Otro Plan Médico

Si un asegurado o suscriptor deja de ser elegible a otro plan médico durante la vigencia de este contrato, podrá solicitar ingreso a este Plan y tendrá treinta (30) días a partir de la fecha de notificación de cancelación para solicitar el cambio. Deberá someter evidencia a tales efectos, con la efectividad de la cancelación del mismo. El ingreso en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la misma, siempre que la persona someta ésta antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después del día diez (10) del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

Cambios de Asegurador Durante el Año de Contrato Por Liquidación, Cese de Operaciones o Cualquier Otra Causa que a Juicio Del Secretario Afecte o Pueda Afectar la Prestación de Servicios

Cuando un Tribunal de Primera Instancia emita una Orden autorizando a la Oficina del Comisionado de Seguros a iniciar un proceso de liquidación de uno de los Planes contratados, éste notificará inmediatamente a la Administración de Seguros de Salud para la acción correspondiente.

First Medical Health Plan, Inc. reconoce su obligación y se compromete a notificar inmediatamente a la Administración de Seguros de Salud, como al Comisionado de Seguros, tan pronto tenga conocimiento de cualquier cambio, transacción o cualquier plan de otorgar convenios de fusión o de cambio en la razón social de la Entidad, que esté en concordancia con el Código de Seguros, durante el año de contrato que pueda afectar a la prestación de servicios, de modo que la Administración de Servicios de Salud pueda tomar la acción correspondiente. También el Plan notificará a la Administración de Seguros de Salud la intención o cese de operaciones, fusiones, traspasos o ventas, así como de cualquier otro cambio.

Luego de evaluar el caso, la Administración de Seguros de Salud emitirá un comunicado a los asegurados o suscriptores acogido a este Plan informándoles la determinación final o la fecha del periodo autorizando el cambio y el proceso administrativo a seguir para acogerse a otro de los Planes contratados.

Licencia Sin Sueldo

Si un asegurado o suscriptor se acoge a una Licencia sin Sueldo, Licencia Militar sin Sueldo o Licencia Médico Familiar puede continuar o no con su contrato de plan médico. Lo cual el asegurado o suscriptor tiene que informar a la agencia o municipio y a First Medical Health Plan, Inc. para el debido proceso administrativo.

- Si determina continuar con el contrato tendrá derecho al pago de la aportación patronal por un periodo que no excederá de 12 meses, siempre y cuando se reintegre al servicio al finalizar dicho periodo. De no reintegrarse finalizado dicho periodo, éste vendrá obligado a reembolsar al Secretario de Hacienda los desembolsos incurridos para el pago de las aportaciones patronales. Sin embargo, el Secretario de Hacienda podrá excluir de la obligación de reembolsar las aportaciones mencionadas a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios del retiro por una condición de salud.
- Un empleado que esté en licencia sin sueldo y no puede cubrir las primas del contrato vigente, podrá modificar dicha cubierta para reducir las mismas. Dicho cambio lo hará directamente con la entidad aseguradora y no está sujeto a las fechas límite para hacer cambios.
- Si el plan de servicios de salud es mancomunado, notificará a la Oficina de Recursos Humanos de la agencia donde trabaje el cónyuge mancomunado.
- Si el asegurado se reintegra al servicio público luego de terminada la licencia sin sueldo y no está acogido a un plan de servicios de salud éste tendrá hasta 60 días calendarios siguientes a la fecha del reingreso para solicitar ingresar a uno de los planes médicos contratados por la Administración de Servicios de Salud.
- Si la licencia sin sueldo fue concedida bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, la cual entró en vigor el 5 de agosto de 1993 (Public Law 103-3) y el empleado determina continuar con el contrato, la cubierta podrá continuar en vigor por un periodo que no excederá de doce (12) semanas y tendrá derecho al pago de la aportación patronal correspondiente por el referido periodo.
- Cuando un militar suscrito a un plan de beneficios de salud se acoge a una licencia militar sin sueldo y determina continuar con el contrato de seguros, deberá notificarle a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia. La licencia militar sin sueldo es hasta que la persona regrese y no tiene que devolver la aportación patronal siempre y cuando sea activado para una necesidad específica.
- Las licencias sin sueldo deben ser solicitadas por el empleado a la agencia, no se concederán automáticamente.
- Cuando una agencia otorga una licencia sin sueldo a un empleado para que trabaje en otra agencia la aportación patronal le corresponde pagarla a la agencia para la cual éste presta sus servicios.

III. PROCESO DE PRE-CERTIFICACIÓN

En los casos en que los beneficios establecidos en el Contrato Uniforme, requiera pre-certificación, First Medical Health Plan, Inc. no será responsable por el pago de servicios prestados o recibidos, si el asegurado o suscriptor no ha obtenido la misma. Cuando se requiera pre-certificación:

- a. First Medical Health Plan, Inc. informará por escrito al asegurado o suscriptor en el término de dos (2) días laborables o de lo contrario se considerará que la solicitud de pre-certificación ha sido aprobada.
- b. El término máximo que se concederá al asegurado o suscriptor para recibir ese servicio no será menor de 30 días calendario.
- c. El oficial médico o representante autorizado de First Medical Health Plan, Inc. que decida no autorizar el servicio hará constar su decisión por escrito, no más tarde de dos (2) días laborables de la solicitud.
- d. Se considerará autorizado el servicio que el médico participante considere que es un servicio de emergencia.
- e. Si el asegurado solicita una reconsideración, First Medical Health Plan, Inc. tendrá cinco (5) días laborables para contestar su decisión por escrito.

IV. 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 aplicar 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 los que debió haber pagado bajo esta disposición de Coordinación de Beneficios, podrá recobrar el exceso que ha pagados de una o más personas o de cualquier persona u 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.

V. CONVERSIÓN

Derecho a Convertir

Un asegurado o suscriptor cubierto bajo este Plan tendrá derecho a que se le emita un contrato individual de pago directo bajo las siguientes circunstancias:

1. Su cubierta cesa por razón de finalizar su empleo.
2. Su cubierta cesa porque deja de pertenecer a la clasificación que lo hacía elegible.
3. El Plan termina por cualquier causa, incluyendo expiración, terminando la cubierta para todos los suscriptores.
4. El Plan se enmienda de tal forma que termina la cubierta para la categoría de suscriptores a la que pertenece la persona.

Extensión del Derecho de Conversión

El derecho de conversión es extensivo al cónyuge y/o hijos dependientes y/o otros dependientes opcionales:

1. Si ocurre la muerte del asegurado o suscriptor principal.
2. Cuando la cubierta del cónyuge y/o dependientes cese porque deje de cualificar por edad u otra razón como miembro del grupo familiar aunque el suscriptor continúe cubierto por el Plan.
3. **Término Para Ejercer El Derecho de Conversión**
La solicitud por escrito para el contrato individual de pago directo se someterá, y la primera prima se pagará a First Medical Health Plan, Inc. en o antes de treinta (30) días después de ocurrir la terminación de la cubierta por alguna de las razones indicadas en la Sección Derecho a Convertir del contrato entre ASES y First Medical Health Plan, Inc.
4. **Obligación de Notificar**
First Medical Health Plan, Inc. se compromete a notificar a toda persona cubierta por este contrato, cuya protección termine, de su derecho a convertir a un contrato de pago directo, sin que tenga que someter evidencia de asegurabilidad, sujeto a que solicite y pague la primera prima dentro del periodo de treinta (30) días después de ocurrir la terminación de la cubierta por alguna de las razones en la Sección Derecho a Convertir del contrato entre ASES y First Medical Health Plan, Inc.
5. **Extensión del Término Para Ejercer Derecho a Conversión**
Si No Se Notifica: Si la persona no recibe notificación de su derecho a convertir por lo menos quince (15) días antes de la fecha de expiración del término indicado en la Sección de Obligación de Notificar del contrato entre ASES y First Medical Health Plan, Inc. tendrá un periodo adicional durante el cual podrá ejercer su derecho. El periodo adicional expirará quince (15) días después de habersele notificado pero en ningún caso se extenderá el término para ejercer el derecho a conversión luego de haber transcurrido más de un año desde la fecha de la terminación de la cubierta.
6. **Características del Contrato Individual/Tipo de Contrato**
El contrato individual de pago directo será, a opción de la persona con derecho a convertir, cualquiera de las formas que para esa fecha sean emitidas corrientemente por First Medical Health Plan, Inc. para el tipo de cubierta de que se trate, y estará sujeta a los términos y condiciones de dicho contrato individual. El contrato individual se emitirá sin requisito de asegurabilidad y sin utilizar la condición de salud de la persona al momento de la conversión como base para la clasificación de riesgo.

Si First Medical Health Plan, Inc. no tiene disponible formularios de contratos individuales de pago directo al momento de la conversión, por no ofrecer tales tipos de contratos al público en general, se emitirá un contrato individual a tales fines con beneficios iguales a los contratados en el plan médico grupal para ser ofrecidos en la conversión, el cual debe ser previamente aprobado por el Comisionado de Seguros. Si ocurre una conversión antes de la aprobación de dicho contrato aprobado, se extenderán los beneficios y disposiciones del contrato grupal a la persona con derecho a conversión mediante el pago actual de prima hasta que el contrato individual esté disponible.

Prima

La prima a cobrar en el contrato individual o familiar de este pago directo a ofrecer será igual a la tarifa contratada con la Administración de Seguros de Salud. Dicho contrato será hasta la fecha de vigencia según establecida por la Administración de Seguros de Salud. En el momento que se extienda el contrato grupal a la persona con derecho a convertir, se deberá cobrar, mediante pago directo, la prima según contratada con la Administración de Seguros de Salud

y que corresponda a este contrato. En ningún momento se requerirá al asegurado o suscriptor el pago por adelantado de prima por más de un mes.

Luego que finalice el contrato con la Administración de Seguros de Salud, si First Medical Health Plan, Inc. tiene un contrato de pago directo autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros, tiene que ofrecer dicho contrato a todo asegurado o suscriptor que interese continuar con First Medical Health Plan, Inc..

Personas Cubiertas

El contrato individual de pago directo tendrá que cubrir a todas las personas que estaban cubiertas por el plan grupal a la fecha de terminación del mismo, incluyendo al suscriptor, cónyuge, hijos dependientes y dependientes opcionales, con excepción de aquellos que opten por no ejercer el derecho que les da la cláusula de conversión. Si algunos de los integrantes del grupo familiar, incluyendo dependientes opcionales, continuaran cubiertos bajo el plan grupal, se emitirá uno o más contratos individuales de pago directo, según lo requieran las circunstancias, para cubrir a aquellos miembros del grupo que han perdido su cubierta bajo el plan grupal y que opten por convertir a un plan individual.

Fecha de Efectividad

El contrato individual de pago directo tendrá efectividad a los treinta (30) días de haber terminado la cubierta bajo el contrato grupal, si el mismo se solicita dentro de dicho término de treinta (30) días. Si se concede un periodo adicional para ejercer el derecho a convertir, según se provee en la Sección Extensión del Término para Ejercer Derecho a Conversión del contrato entre ASES y First Medical Health Plan, Inc. y si la solicitud escrita para dicho contrato individual o familiar de pago directo se somete acompañada por la primera prima, durante el periodo adicional otorgado, la fecha de efectividad del contrato individual de pago directo será la fecha de terminación del contrato grupal con la Administración de Seguros de Salud.

Extensión de Cubierta Bajo el Contrato Grupal

En caso de que una persona con derecho a convertir a un contrato individual según se provee en esta cláusula, tenga necesidad de utilizar un servicio cubierto bajo el contrato grupal durante el periodo dentro del cual hubiere cualificado para que se le emitiera dicho contrato individual de pago directo, incluyendo cualquier periodo adicional a que tenga derecho por virtud de la Sección Extensión del Término para Ejercer Derecho a Conversión del contrato entre ASES y First Medical Health Plan, Inc. y antes de que dicho contrato individual de pago directo se solicite o se haga efectivo, se le proveerán los beneficios del plan grupal y se tratarán los mismos como reclamación bajo este contrato grupal. En estos casos, First Medical Health Plan, Inc. tendrá derecho a requerir del suscriptor el pago de la prima correspondiente al periodo durante el cual tuvo el derecho de conversión a base de los tipos aplicables al plan grupal, incluyendo la aportación que hubiera correspondido al patrono.

VI. RESUMEN DE SUS BENEFICIOS MÉDICOS BÁSICOS

1. DISPOSICIONES DEL PLAN

ACCESO CUBIERTAS PARA DEPENDIENTES EN COMBINACIÓN CON COMPLEMENTARIA 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.

ACCIONES CIVILES

No se entablará alguna acción civil para recobrar cualesquiera derechos con arreglo a este contrato antes de transcurrir sesenta (60) días contados a partir de haberse suministrado prueba escrita de la pérdida. No se entablará ninguna acción luego de transcurridos tres (3) años contados a partir de la fecha en que se requiere que se suministre prueba escrita sobre la reclamación.

CANCELACIÓN INDIVIDUAL

First Medical Health Plan, Inc. podrá cancelar la cubierta de cualquier asegurado o suscriptor bajo el Plan en cualquier momento cuando el asegurado o suscriptor:

- Haya presentado o haya hecho presentar una reclamación falsa o fraudulenta, para el pago de una reclamación bajo este contrato, o
- Cuando el asegurado o suscriptor denota patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por el plan.
- Cuando el asegurado o suscriptor adeude el pago de la prima.
- La cancelación se hará mediante aviso por escrito entregado al asegurado o suscriptor, o enviado por correo a su última dirección según demuestren los archivos de First Medical Health Plan, Inc. El aviso, que también será enviado al patrono, indicará la fecha en que será efectiva la cancelación, la que será mayor de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha del matasellos del correo postal que aparece en la carta.

DERECHOS PERSONALES

El asegurado o suscriptor no podrá ceder, traspasar o enajenar en favor de terceras personas ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de este contrato: se dispone que First Medical Health Plan, Inc. se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que el asegurado o suscriptor, con su consentimiento expreso o tácito, permita que personas no aseguradas o suscritas utilicen la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida a su favor por First Medical Health Plan, Inc.. El recobro de tales gastos no impedirá que First Medical Health Plan, Inc. cancele el contrato de dicho asegurado o suscriptor, si así lo decidiera, en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la presentación de querrela para que se enjuicie criminalmente al asegurado o suscriptor o la persona que haya utilizado ilegalmente la tarjeta.

INTERPRETACIÓN LIBERAL

De surgir dudas con respecto a las limitaciones y exclusiones en este contrato, las mismas se interpretarán liberalmente en favor de los asegurados o suscriptores.

RECLAMACIONES DE REEMBOLSOS

En caso de que el asegurado o suscriptor de un plan de libre selección reciba servicios cubiertos de proveedores de servicios no participantes, excluyendo los servicios de emergencia mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje, según se establece en la sección Pago de Gastos por Servicios de Proveedores no Participantes en caso de Planes de Libre Selección de los Servicios de Emergencia mientras el Asegurado o Suscriptor esté de Viaje en Estados Unidos y sus Territorios del contrato entre ASES y First Medical Health Plan, Inc., los pagos que haya que hacer por estos servicios cubiertos en este contrato se regirán por las siguientes disposiciones:

2. El asegurado o suscriptor dará aviso por escrito de cualquier reclamación a First Medical Health Plan, Inc. tan pronto le sea razonablemente posible, sin exceder de seis (6) meses contados a partir de la fecha en que recibió el servicio.
3. First Medical Health Plan, Inc. suministrará al asegurado o suscriptor los formularios correspondientes para la presentación de evidencias de servicios dentro de un periodo de quince (15) días después de que se haya dado el aviso de reclamación. Si estos formularios no se suministran dentro de dicho periodo, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este contrato, en cuanto a la prueba de servicios y bastará con que éste someta original de la factura por los servicios recibidos que le suministre el proveedor del servicio al recibir el pago del asegurado o suscriptor.
4. El asegurado o suscriptor deberá someter evidencia escrita de los servicios dentro de noventa (90) días contados a partir de haber recibido los formularios correspondientes para la presentación de evidencia de servicios o tan pronto como sea razonablemente posible, pero en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un (1) año contados a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la evidencia.
5. Los pagos que haya que hacer al amparo de esta sección, se harán inmediatamente después de que se reciba evidencia escrita fehaciente de los servicios, según se describe a continuación:
 - a. First Medical Health Plan, Inc. reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base del cien por ciento (100%) de las cantidades que First Medical Health Plan, Inc. hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos.
 - b. No se descontará de la cantidad a rembolsar al asegurador cualquier cantidad que el asegurado o suscriptor hubiera tenido que pagar a un proveedor participante por concepto de deducibles o coaseguros.
 - c. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, First Medical Health Plan, Inc. no será responsable de pagar por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiera recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. 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 First Medical Health Plan, Inc. para ofrecer los mismos servicios, según la Ley 194 del 25 de agosto de 2002.

PAGO DE GASTOS POR SERVICIOS DE PROVEEDORES NO PARTICIPANTES EN CASO DE PLANES DE LIBRE SELECCIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MIENTRAS EL ASEGURADO O SUSCRIPTOR ESTÉ DE VIAJE EN ESTADOS UNIDOS Y SUS TERRITORIOS.

1. En el caso de emergencia fuera de Puerto Rico, si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud cuenta con el acceso a facilidades o redes fuera de Puerto Rico, aplicará el cargo contratado en el área donde se prestó el servicio.
2. De no contar con facilidades o redes fuera de Puerto Rico First Medical Health Plan, Inc. está obligada a negociar directamente con el proveedor el costo total de los servicios prestados.
3. Posterior a la negociación, First Medical Health Plan, Inc. pagará directamente al proveedor el ochenta por ciento (80%) de lo negociado por los servicios que el asegurado o suscriptor recibió.
4. Luego que First Medical Health Plan, Inc. pague, el asegurado o suscriptor pagará al proveedor el restante veinte por ciento (20%) de lo negociado entre First Medical Health Plan, Inc. y el proveedor, si alguna.

SERVICIOS PARA EL EMBARAZO Y PARA LA MATERNIDAD

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. A la madre, y su(s) hijo(s) recién nacido(s) se les proveerá una cubierta mínima de 48 horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias en partos naturales sin complicaciones y, de 96 horas si requirió cesárea, según lo establecido en la Ley Núm. 248 del 15 de agosto de 1999, conocida como "Ley para Garantizar un Cuidado Adecuado para las Madres y su Recién Nacidos Durante el Periodo Post-Parto". 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 asegurado de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este Contrato. El servicio de esterilización estará disponible solamente para el suscriptor principal o su cónyuge.

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.

VENCIMIENTOS DE PRIMA - PERIODO DE GRACIA

Las primas bajo este contrato serán pagaderas mensualmente al final de cada mes. El Plan concede un periodo de gracia de 30 días para el pago de cualquier prima comenzando dicho periodo en la fecha en que la prima es pagadera.

TIEMPO PARA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

First Medical Health Plan, Inc. se compromete a entregar al asegurado o suscriptor las autorizaciones de servicios no más tarde de dos (2) días laborables contados a partir de la entrega de la orden médica, excepto en casos de emergencias, el cual será no más tarde de 24 horas de haberle sido solicitada.

2. CUBIERTA MÍNIMA REQUERIDA

BENEFICIOS

First Medical Health Plan, Inc. proveerá los beneficios de hospitalización médico-quirúrgicos, y de diagnóstico en forma ambulatoria, de medicinas y dentales que se describen en la tabla de beneficios.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

First Medical Health Plan, Inc. se compromete a pagar hasta un máximo de 365 días, por los servicios contratados con el hospital participante correspondiente, durante la hospitalización del asegurado o suscriptor, en una habitación semiprivada o de aislamiento o cualquier facilidad similar adecuada, en un hospital participante, durante la vigencia del Plan, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico-cirujano a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria.

SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

First Medical Health Plan, Inc. pagará por los servicios incluidos por esta cubierta prestados por médicos participantes durante periodos de hospitalización. Solamente estarán cubiertos los servicios de médicos que pertenezcan a la facultad médica de la facilidad hospitalaria en que el asegurado o suscriptor se recluye, excepto en los casos en que dichos médicos requieran una consulta externa o en que la facilidad hospitalaria no tenga en su facultad médicos que puedan atender la condición del asegurado o suscriptor. First Medical Health Plan, Inc. velará por que esto se cumpla.

1. Los servicios médicos cubiertos incluirán servicios de diagnóstico, tratamientos, cirugías, administración de anestesia y consultas de especialistas.
2. Ningún asegurado o suscriptor que se hospitalice en una habitación privada o semiprivada del hospital vendrá obligado a pagar diferencia alguna a un médico participante por los servicios que el médico le preste que están cubiertos por el Plan.

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. El copago aplicable será según el negociado. 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

SERVICIOS DE AMBULANCIA

Se proveerá servicios de ambulancia si el médico así lo recomienda, a base de reembolso, conforme a la distancia recorrida vía terrestre o marítima dentro de los límites acuáticos de Puerto Rico, hasta un máximo de ochenta dólares (\$80.00) por viaje. La Ambulancia tiene que estar autorizada por la Comisión de Servicio Público.

Los servicios de ambulancia aérea están incluidos en la cubierta básica, por lo menos uno por suscriptor por año contrato. Se utilizarán los protocolos médicos para la activación del servicio.

DISPOSICIONES GENERALES

First Medical Health Plan, Inc. proveerá los beneficios de hospitalización, médicos quirúrgicos, ambulatorios, farmacia y dentales, que se describen en esta parte.

Se proveerán los mismos beneficios al empleado, pensionados y a sus dependientes. Los cuidados prenatal, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para toda mujer que cualifique como dependiente directo (solamente el primer hijo), que esté incluida en el contrato. A la madre, y su(s) hijo(s) recién nacido(s) se les proveerá una cubierta mínima de 48 horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias en partos naturales sin complicaciones y de 96 horas si requirió cesárea. 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 solamente si el niño(a) es asegurado de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este Contrato Uniforme. Cuando los hijos dependientes directos en este contrato contraen matrimonio, el plan médico vendrá obligado a ofrecerles un contrato de pago directo sin periodos de espera o pruebas de asegurabilidad para condición ninguna. El servicio de esterilización estará disponible solamente para el suscriptor principal o su cónyuge. “ Ley Núm. 248 del 15 de agosto de 1999, conocida como “ Ley para garantizar un cuidado adecuado para las madres y sus recién nacidos durante el periodo post –parto.”

Para tener derecho a los beneficios que provee el Plan, todo asegurado o suscriptor que solicite servicios vendrá obligado a mostrar al proveedor participante la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida por First Medical Health Plan, Inc., la cual indicará las cubiertas a que tiene derecho.

BENEFICIOS CUBIERTA BÁSICA	
Servicios Hospitalarios	Provisiones
Hospitalización (Habitación Semi-Privada hasta un máximo de 365 días) y Facilidades de Cuidado Extendido / Centro de Rehabilitación; Servicios Ancilares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de \$75 de copago.
Unidad de Cuidado Intensivos, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Unidad de Cuidados Neonatal	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Habitación de Aislamiento	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Sala de Operaciones, Recuperación y Maternidad	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Medicamentos recetados por médicos durante su estadía en el hospital, están incluidas per diem	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Oxígeno y su administración	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Suplidos Desechables	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Dietas Regulares y Especiales	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Servicio regular de Cuidado Hospitalario	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Otros Servicios Hospitalarios	Provisiones
Cirugía Bariátrica	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de \$75 de copago. Aplica protocolo médico. Hasta uno (1) por vida.**
Cirugía Ortognática (osteotomía mandibular y maxilar)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Cubierto con los gastos relacionados a los materiales excluidos.**
Anestesia y su Administración incluyendo sedación.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Transfusiones de sangre incluyendo los componentes del proceso autólogo y pruebas de compatibilidad. (Plasma y Plasmaféresis)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluyendo su administración y el examen de compatibilidad.*
Pruebas de diagnóstico, radiografías y laboratorios clínico	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Sonogramas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Tomografía Computadorizada	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Angiografía Digital y Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Terapia Física	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Radioterapia / Quimioterapia	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto como resultado de una Mastectomía, después del copago de hospital.**
Tratamiento para la Condición Renal (Diálisis y Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios Médico-Quirúrgicos, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis y Hemodiálisis.
Terapias Respiratoria	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**
Procedimientos Quirúrgicos para Beneficios Incluidos en la Cubierta Básica Durante una Hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Servicios y Consulta de Médicos Especialistas, Sub-Especialistas y Cirujanos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cuidado de Salud en el Hogar	Aplica \$15 de copago por visita.**
Programa de Cuidado de Hospicio	Excluido. Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores.
Servicios para el Diagnóstico, Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.	Cubierto como cualquier otra enfermedad.
Material de curaciones, bandeja quirúrgica (no ortopédica), medicinas, soluciones intravenosas, anestésicos, yeso, material quirúrgico y cualquier otro material curativo disponible en el hospital y negociado por contrato. (No incluye prótesis e implantes, Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores.)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Prueba de Función Pulmonar	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Pruebas de Gases Arteriales	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Pruebas Especializadas durante una Hospitalización	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Hiperalimentación Parenteral y Enteral	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cirugía Maxilofacial, cuando sea necesaria por motivo de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia del contrato y llevada a cabo durante el periodo de cubierta no más tarde de noventa (90) días a partir de la fecha del accidente.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cirugía Neurológica, Cerebrovascular, Cardiovascular y PTCA.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Marcapasos, válvulas, stent, desfibriladores o dispositivos.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
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.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.	Cubierto como cualquier otra enfermedad*
Otros servicios regulares que se presten normalmente a pacientes hospitalizados que estén incluidos en el contrato per diem entre FMHP, Inc. y el Hospital.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cualquier otra facilidad, servicio, equipo o material proporcionado por el hospital y autorizado por el médico de turno y la compañía de seguros, no excluidos en contrato.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Facilidades de Cirugía Ambulatoria	Provisiones
Cirugía Ambulatoria en Hospitales y Facilidades destinadas a brindar este tipo de servicio	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$75 de hospital.*
Servicios de Médicos y Cirujanos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$75 de hospital.*
Litotripsia Extracorpórea Renal	Cubierto al 80% de la tarifa contratada. Sin límite anual.**
Criocirugía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, una (1) por año contrato.*
Ginecomastía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.**
Sala de Emergencia / Sala de Urgencias	Provisiones
Enfermedad	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$40, sujeto a protocolo médico*
Accidente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cuando los Rayos X / Lab no son parte de la tarifa de Sala de Emergencias	Cubierto aplica 30% de coseguro.*
Si es Admitido	Aplica copago del Hospital.
Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Generalista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$8.00*
Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$10.00*
Sub-Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$15.00*
Endoscopia / Colonoscopia (Facilidades para Pacientes No Hospitalizados)	Cubierto al 70% de la tarifa contratada. Sujeto a protocolo médico**
Cuidado Post-Operatorio / Visitas (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita de oficina aplicable.*
Segunda Opinión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita de oficina aplicable.*
Podiatra (Visita)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del especialista.*
Podiatra (Procedimiento)	Aplica \$10.00 de copago en los procedimientos de oficina.*
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.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*

BENEFICIOS CUBIERTA BÁSICA	
Pruebas de Alergia	Aplica 30% de coaseguro.*
Cuidado de los Pies	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Inyecciones (Vacunas) para Alergia	Aplica 30% de coaseguro.*
Quimioterapia Inyectable y Oral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Inyecciones Intra-Articulares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.
Bloqueo Neurológico Selectivo e Inyecciones Epidurales de Esteroides	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del copago de visita a oficina aplicable. **
Trabajador Social	Aplica \$10 de copago por visita, a través de reembolso.
Ventiladores para menores de 21 años que usen de por vida y un turno de enfermera diestra por 8 horas incluye suplidos, terapia física y ocupacional, según lo requerido por ley.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento en terapia respiratoria relacionados con el uso del ventilador mecánico así como las terapias físicas y ocupacionales hasta un máximo de 8 horas de servicio diario para pacientes menores de 21 años. Estos servicios están cubiertos sujeto a que el suscriptor o su representante presenten evidencia de justificación médica e inscripción del suscriptor en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para estos propósitos. También incluye suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos relacionados con ventiladores mecánicos.**
Outpatient – Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
Terapia Ocupacional	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, después de \$7.00 copago.**
Terapia Física y Rehabilitación	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, después de \$7.00 copago, máximo de 20 terapias por año contrato combinadas con las manipulaciones de quiropráctica**
Servicios de Habilitación	Al menos 20 visitas para terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año contrato. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar**
Terapia Respiratoria	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, después de \$7.00 copago**
Terapia del Habla	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, después de \$7.00 copago**
Tratamiento de Quimioterapia para Cáncer, Cobalto, Radioterapia, Radioisótopos y Braquiterapia.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Servicios Ambulatorios	Provisiones
Laboratorios	Cubierto al 70% de la tarifa contratada.*
Laboratorio Cardiovascular No Invasivo (Persantine o Thallium, Holter, Cardiac Color Flow Doppler)	Cubierto al 70% de la tarifa contratada.*, dos (2) por año contrato. **
Laboratorio Periferovascular No Invasivo	Cubierto al 70% de la tarifa contratada.*, dos (2) por año contrato.**
Rayos X	Cubierto al 70% de la tarifa contratada.*
Examen de Pre-Admisión en una Institución Hospitalaria	Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico.*
CT Scan	Cubierto al 70% de la tarifa contratada., hasta uno (1) por año contrato.**
Laparoscopia	Cubierto en Centros de Cirugía Ambulatoria y Hospitales. Aplica copago de hospital.**
Densitometría Ósea (Prueba de la Densidad del Hueso)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta un procedimiento por año contrato.*
Criocirugía del Útero	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta un procedimiento por año contrato.*
Ecocardiograma	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta uno (1) por año contrato**
Electromiograma	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta dos (2) por año contrato.**
Electrocardiograma	Cubierto al 70% de la tarifa contratada. *
Electroencefalograma (EEG) de 24 Horas	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato.**
MRA	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
MRI	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 70% de la tarifa contratada. No limite el número de servicios por año.**
Estudio Neurológico (Periférico, Cerebral, Vascular No Invasivo y Electroencefalograma)	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato.**
Procedimientos Diagnósticos Invasivos: Cardiovasculares (Cateterismo), Cerebrovasculares, Neurológicos (Angiografías Cerebrales, Mielograma), Radiología Invasiva	Cubierto al 70% de la tarifa contratada. **
PET/CT Scan	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
Gamma Knife	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
Estudio del Sueño (Polisomnografía)	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
PET Scan (Positron Emission Tomography Scan)	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
Sonogramas	Cubierto al 70% de la tarifa contratada. **
Nerve Conduction Velocity Tests	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta dos (2) procedimientos por año contrato. **
SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography)	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
Tomografía	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
Stress Test	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
Timpanometría y Audiometría	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
Manometría de Esófago	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
Potenciales Evocados	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
Prueba de Función Pulmonar	Cubierto al 70% de la tarifa contratada, hasta una (1) prueba por año contrato. **
Cuidado de Salud Visual	Referirse a la Cubierta de Cuidado de Salud Visual
Centros de Enfermería Especializada	Hasta 60 días por año contrato. **
Equipo Médico Duradero (DME)	Máximo de \$10,000; luego del 40% de coaseguro. **
Aparatos ortopédicos y ortóticos	Hasta \$5,000 por año contrato, luego del 40% de coaseguro. **
Hospicio	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores, no tiene límite. **
Beneficios de Maternidad	Provisiones
Visita Inicial para Confirmar el Embarazo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita de oficina aplicable.*
Todas las visitas prenatales subsiguientes, visita postnatal y gastos por parto (Tarifa de Maternidad)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita de oficina aplicable.*
Hospitalización	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de \$75 de copago.
Servicios Atención Obstétrica Durante el Parto	Cubierto al 100% bajo Hospitalización.
Parto, Incluyendo Cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Sala de Parto y Recuperación	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Incubadora y "Nursery"	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedio, Coronario y de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Monitoreo Fetal en Paciente Hospitalizado (Producción e Interpretación)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Monitoreo Fetal en Paciente No Hospitalizado (Producción e Interpretación) y medicación (Progesterona, Hormona 17p) para embarazo de alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Amniocentesis Genética	Aplica 30% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo.*
Esterilización concurrente con el Parto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, cuando es en facilidad.*
Circuncisión y Dilatación	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Aborto Involuntario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cuidado del Bebé	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Prueba Universal Neonatal de Cernimiento Auditivo según Ley 311 con fecha del 19 de diciembre de 2003.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Sonogramas Obstétricos	Cubierto al 70% de la tarifa contratada. **
Vacuna RhoGAM	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*

BENEFICIOS CUBIERTA BÁSICA	
Cargos de Recién Nacidos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, mientras la madre esté hospitalizada.*
Maternidad para los Hijos de Dependientes del Suscriptor Principal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes	Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está en facilidad (hospitalización).
Perfil biofísico	Cubierto el 80% de la tarifa contratada. Hasta un (1) procedimiento por embarazo.**
Bomba de Lactancia Manual (No Incluye los Suplidos)	Cubierto hasta un máximo de \$140.00 por año contrato. **
Los servicios preventivos requeridos por la leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA).	Provisiones
Teleconsulta 24/7	Cubierto a través de First Health Call.
Examen Anual (Lab./Rayos X)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago o coaseguro de visita aplicable. Para adultos y niños, según definido por la United States Preventive Services Task Force.
Todos los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Pap Test (ThinPrep PAP)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Prueba Anual "Pap Smear"	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, por asegurado con edad de 40 años o más o pacientes de alto riesgo.*
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Nutricionista y Dietista	Aplica \$10.00 de copago, hasta doce (12) visitas por año contrato.
Un cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por ultrasonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.	Cubierto al 100%.
Cernimiento y consejería conductual en adolescentes por abuso de alcohol y drogas y por alcohol, en adultos de 18 años o mayores que tienen un patrón de riesgo o están en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, incluyendo intervenciones conductuales.	Cubierto al 100%.
Suplemento de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades.	Cubierto al 100%.
Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de colesterol o trastorno de los lípidos para hombres entre las edades de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; hombres de 35 años de edad o mayores; mujeres de 45 años de edad o mayores, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; y para niños de todas las edades, mujeres de 45 años de edad o mayores si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria así como a mujeres de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria.	Cubierto al 100%.
Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años hasta la edad de 75 años.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de depresión para adultos y cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, psicoterapia, (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento.	Cubierto al 100%.
Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg.	Cubierto al 100%.
Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas.	Cubierto al 100%.
Pruebas de cernimiento para VIH en adolescentes en alto riesgo y adultos desde 15 a 65 años. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse, así como todas las mujeres embarazadas.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m2 o más, deben ser referidos intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas.	Cubierto al 100%.
Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de tabaco para todos los adultos e intervenciones para el cese de su uso en usuarios de tabaco; consejería extendida a mujeres fumadoras embarazadas.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo.	Cubierto al 100%.
Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas.	Cubierto al 100%.
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.	Cubierto al 100%.
Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo.	Cubierto al 100%.
Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; bianual para mujeres entre 50 y 75 años de edad.	Cubierto al 100%.
Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100%.
Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de cáncer cervical para mujeres sexualmente activas entre las edades de 21 a 65 años por medio de citología (PaP cada tres años). Prueba de virus de papiloma humano en combinación con citología cada 5 años para mujeres entre las edades de 30 a 65 años.	Cubierto al 100%.
Cernimiento para infección de clamidia en todas las mujeres embarazadas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo, estén o no embarazadas.	Cubierto al 100%.
Todos los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según se receten.	Cubierto al 100%.
Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal.	Cubierto al 100%.
Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas.	Cubierto al 100%.
Cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas entre 24 y 28 semanas de gestación y en la primera visita prenatal para mujeres en alto riesgo.	Cubierto al 100%.
Pruebas de cernimiento de gonorrea a todas las mujeres sexualmente activas, incluyendo aquellas embarazadas si están en un alto riesgo de infección.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.	Cubierto al 100%.
Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años cada 3 años.	Cubierto al 100%.
Examen médico para adulto: cernimiento sobre la depresión y osteoporosis.	Cubierto al 100%.
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.	Cubierto al 100%.

BENEFICIOS CUBIERTA BÁSICA	
Cuidado preventivo anual 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.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de autismo para niños a los 18 meses y a los 24 meses.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.	Cubierto al 100%.
Cernimiento y monitoreo de desarrollo para niños menores de 3 años.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades.	Cubierto al 100%.
Suplementos de flúor para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de audición para recién nacidos.	Cubierto al 100%.
Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños.	Cubierto al 100%.
Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos.	Cubierto al 100%.
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.	Cubierto al 100%.
Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de Gonorrea.	Cubierto al 100%.
Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos.	Cubierto al 100%.
Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.	Cubierto al 100%.
Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés).	Cubierto al 100%.
Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos.	Cubierto al 100%.
Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis.	Cubierto al 100%.
Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía.	Cubierto al 100%.
Imunización (Vacunas) de Adultos: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Tetanus, Diphtheria, Pertussis y Varicella.	Cubierto al 100%.
Imunización (Vacunas) de Niños y Adolescentes: Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap), Human Papillomavirus (HPV), Varicela, Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococo Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide, Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B.	Cubierto al 100%.
Servicios de Planificación Familiar	Provisiones
Vasectomía	Cubierto al 100% aplica copago/coaseguro de visita según la especialidad del médico, hasta (1) por vida.**
Esterilización Femenina Ambulatoria	Cubierto al 100% hasta (1) por vida.**
Contraceptivos Orales	Cubierto al 100% según establece PPACA.**
Vacunas Según el Itinerario para la Administración Rutinaria de Vacunas para Niños y Adolescentes del Departamento de Salud de Puerto Rico	Provisiones
Vacunas aprobadas bajo el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del \$0 copago por vacuna
Vacunas para menores de 18 años	
Influenza tipo B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis A	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Human Papillomavirus (HPV)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Inactive Poliovirus	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Sarampión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Meningococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Varicela	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Pediarix	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Prevnar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
PCV (pneumococcal conjugate)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Rotavirus	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
RSV na RSV (Synagys)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacunas para adultos	
Hepatitis A	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Herpes Zoster	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Human Papillomavirus (HPV)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Meningococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Neumococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Varicela	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Las vacunas preventivas sin copago aplican de acuerdo a las disposiciones del United States Preventive Services Task Force.	
Servicios de Ambulancia	Provisiones
Ambulancia Aérea (sólo en Puerto Rico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, sujeto a necesidad médica y pre-certificación si no es una emergencia. No limita el número de servicios.**.
Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso. Máximo \$80 por cada emergencia médica. A base de necesidad médica comprobada.
Servicios para Condiciones Mentales, Uso y Abuso de Sustancias Controladas	Provisiones
Hospitalización Regular	Cubierto, después de \$75 de copago por hospitalización. Los trescientos sesenta y cinco (365) días.*

BENEFICIOS CUBIERTA BÁSICA	
Hospitalización Parcial	Cubierto, después de \$75 de copago.*
Visitas de Oficina (Psicólogo y Psiquiatra)	Cubierto al 100% después de \$10 de copago, según requerido por la Ley de Salud Mental Federal.
Terapias de Grupo	Cubierto al 100% después de \$10 de copago, según requerido por la Ley de Salud Mental Federal.
Visitas de Familiares Inmediatos del Paciente	Según sea requerido por el Psiquiatra para tratamiento del paciente. Hasta seis (6) visitas por año contrato, sean éstas para tratar condiciones relacionadas al uso y abuso de sustancias controladas o para tratar alguna otra condición mental.
Terapias Electroconvulsivas	Cubierto hasta seis (6) por año contrato. Dos (2) terapias por período de Hospitalización.**
Tratamientos residenciales ambulatorios	Cubierto, hasta (90) días por suscriptor por año contrato con justificación médica y sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico. Requiere pre-certificación.**
Tratamiento para cesar de fumar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de \$400 por año contrato por suscriptor a través de la cubierta de farmacia.
Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Paciente hospitalizado y no hospitalizado, de acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y siguiendo el protocolo establecido.
Desintoxicación de Sustancias Controladas	Cubierto hasta un máximo de 45 días, un (1) episodio por año contrato y aplica el copago de hospital.**
Medicina Alternativa	Provisiones
Quiropráctico (Sólo terapéutico y adultos)	Visita, cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de \$10.00 de copago. Manipulaciones (Sólo terapéutico y adulto), cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de \$7.00 de copago. Hasta un máximo de 20 terapias por año contrato combinadas con las terapias físicas.**
Servicios Fuera de Puerto Rico (Sólo en Estados Unidos)	Provisiones
Hospitalización Electiva	Cubierto a través de Gasto Médicos Mayores.
Hospitalización por Sala de Emergencia	Cubierto a través de Gasto Médicos Mayores.
Cuidado de Emergencia	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores. Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, sólo para emergencias serias y súbitas. Los servicios cubiertos por razones de emergencia que requieren equipo, tratamiento e instalaciones no disponibles en Puerto Rico. Los servicios están sujetos a la pre-certificación, excepto en caso de emergencia. Aplican copagos y coaseguros de Gastos Médicos Mayores.
Cuidado de Urgencia	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores. Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, sólo para emergencias serias y súbitas. Los servicios están sujetos a la pre-certificación, excepto en caso de emergencia. Aplican copagos y coaseguros de Gastos Médicos Mayores.
Trasplante de Órganos	Provisiones
Trasplante de órganos (Médula, Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón, Páncreas, Corazón/Pulmón, Páncreas/Riñón, Venas y Arterias, e Intestino Delgado)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de \$1,000,000.00 en Cubierta Básica.**
Maximum Out Of Pocket	Provisiones
Máximo Out Of Pocket (MOOP) and Family Multiple	Aplica para todos los beneficios integrados de esta cubierta (cubierta básica y beneficios de medicinas en farmacia) y no podrá exceder los \$6,350.00 por individuo por año y \$12,700 por familia por año.
*Sujeto a necesidad médica.	
**Sujeto a necesidad médica y requiere pre-certificación de First Medical Health Plan, Inc.	
Los servicios Médico-Quirúrgicos, de consulta, anestesia, pruebas diagnósticas y demás servicios prestados, que estén cubiertos en la cubierta básica a la cual esté acogido el paciente suscriptor, se reembolsarán a base de las tarifas contratadas por FMHP, Inc. para el pago de dichos servicios en Puerto Rico.	

VII. EXCLUSIONES APLICABLES A LA CUBIERTA BÁSICA

1. Tratamientos que los hospitales se nieguen a ofrecer de acuerdo con los reglamentos sanitarios.
2. Servicios que se presten mientras el contrato no está en vigor.
3. Servicios que se puedan cubrir, se estén cubriendo o pudiesen haber sido cubiertos de no haber mediado una renuncia del suscriptor, bajo las Leyes de Compensación por Accidente del Trabajo o Gastos por accidentes en cualquier tipo de vehículo impulsado por motor cubiertos por ACAA o bajo las disposiciones de la Ley Núm. 45, aprobada el 18 de abril de 1935, conocida como la Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo.
4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente. Servicios no solicitados por el suscriptor.
6. Facturación por servicios prestados por el cónyuge, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.
7. Servicios no requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica.
8. Servicios que no sean razonables ni médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.
9. Hospitalizaciones por procedimientos que se puedan practicar en forma ambulatoria.
10. Servicios de hospitalización (incluyendo servicios ancilares) para realizar procedimientos y/o cirugías que están excluidos de cubierta.
11. Procedimientos y servicios experimentales o investigativos no aprobados por el Plan, excepto el Artículo 9 g de la Ley 194 del 25 de agosto de 2000.
12. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos que surjan durante el año contrato no considerados experimentales o investigativos y no determinada su inclusión en la cubierta vigente, excepto en aquellos casos en que el suscriptor opte por utilizar tal metodología o servicio nuevo, en cuyo caso el plan reembolsará el equivalente de lo que hubiese costado el servicio o procedimiento bajo el método convencional existente, según las tarifas vigentes en ese momento.

13. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología excepto los especificados en el contrato.
14. Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos por el patrono o para certificados, excepto el requerido por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000.
15. Gastos en hospital por cuidado personal, teléfono, "Admission Kits" y otros similares.
16. Hospitalización para fines puramente diagnósticos.
17. Servicios, tratamiento y cirugía para aumentar o bajar de peso en Centros de Programas de Control de Peso.
18. Liposucción.
19. Cirugía para aumento del seno.
20. Tratamiento con fines estéticos de celulitis.
21. Cirugía para corregir condiciones, deformidades o enfermedades y tratamiento de acné con fines estéticos."
22. Servicios necesarios para el tratamiento de la disfunción temporomandibular (TMJ)."
23. Servicios de escalonetomía, incluyendo aquellos que sean por fines cosméticos..
24. Gastos por servicios de descanso, convalecencia y cuidado custodial.
25. Gastos por servicios de cuidado de enfermería diestro, servicios de custodia, hospicio y visitas médicas y cuidados en el hogar.
26. Exámenes de laboratorios que requieren inoculación animal.
27. Gastos por aparatos ortopédicos y órganos artificiales, excepto marcapasos y válvulas.
28. Audiogramas, excepto lo requerido por la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.
29. Gastroplastías."
30. Tratamiento de diálisis o hemodiálisis y procedimientos relacionados, después de los primeros 90 días.
31. Tratamientos de fertilidad o Inseminación artificial y fertilización "in vitro" y todo tipo de tratamientos para la condición de infertilidad, incluyendo la maternidad delegada y/o vientres de alquiler.
32. Remisión de vasectomía y esterilizaciones, tuboplastías, vasostomías y otras operaciones y tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
33. Hiperalimentación. Alimentación enteral y servicios que sirven o actúan como suplementos nutricionales.
34. Estudios genéticos."
35. Rinoplastias.
36. Microcirugía, con fines estéticos.
37. Gastos de enfermeras especiales.
38. Aparatos auditivos
39. Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías de refracción.
40. Medicina deportiva, musicoterapia. Medicina natural, homeopática, acupuntura, acupresión, hipnotismo, aromaterapia, masajes, musicoterapia, psicocirugía y otras formas de medicina alternativa."
41. Medicamentos que no sean recetados como medicina terapéutica. 'Medicinas de leyenda y "over the counter" a nivel ambulatorio, excepto como se provee bajo la cubierta de medicinas. Suplidos tales como jeringuillas, vendajes medias elásticas y suplidos para diabéticos a nivel ambulatorio.
42. Vacunas para viajar.
43. Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras o condiciones de motín. Condiciones que resulten de daños recibidos mientras la persona cubierta participa de manifestaciones o conmociones civiles. Servicios para personas en servicio militar activo o servicios que se reciben como resultado de guerras (declaradas o no declaradas) en cualquier país.
44. Servicios necesarios para atender condiciones que surjan a raíz de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes de Puerto Rico o de cualquier otro país por parte de la persona cubierta, excepto en aquellos casos donde la persona agredida miembro del contrato no es responsable de la comisión del delito.
45. Servicios de visitas a domicilio.
46. Servicio de "Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation (TENS)"
47. Gastos por servicios cubiertos por pólizas de seguros misceláneos.
48. Los implantes, prótesis y tratamientos para la impotencia.
49. Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta por este contrato haga a un proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlo.
50. Prótesis o implantes excepto para cáncer en el seno o material ortopédico como son los tornillos, placas, clavos y cualquier otro material o aditamento.
51. First Medical Health Plan, Inc. debe proveer el endoso de cualquier otro beneficio adicional a este plan el cual se hará formar parte de esta cubierta.

52. Servicios de hospitalización, tratamientos o exámenes de laboratorios realizados fuera de Puerto Rico para condiciones cubiertas en este contrato, excepto en condiciones presentadas en casos de emergencias mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje en Estados Unidos. En el caso de servicios de emergencia prestados en Estados Unidos cuando el suscriptor esté de viaje, si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud cuenta con el acceso a facilidades o redes en Estados Unidos, aplicará el cargo contratado en el área donde se prestó el servicio. De no contar con facilidades o redes en Estados Unidos la Aseguradora tendrá la obligación de negociar directamente con el proveedor el costo de los servicios. Luego de este ejercicio la Aseguradora pagará directamente al proveedor de servicios conforme a lo dispuesto a continuación y el asegurado o suscriptor pagará al proveedor del servicio la diferencia, si alguna.

First Medical Health Plan, Inc. reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base de las cantidades que First Medical Health Plan, Inc. hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos.

- i. No se descontará de la cantidad a rembolsar al asegurador cualquier cantidad que el asegurado o suscriptor hubiera tenido que pagar a un proveedor participante por concepto de deducibles o coaseguros.
- ii. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, el asegurador no será responsable de un pago por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. La aseguradora 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 aseguradora para ofrecer los mismos servicios, según la Ley 194 del 25 de agosto de 2002.

- 53. Métodos anticonceptivos para hombres, excepto la esterilización masculina (vasectomía).
- 54. Gastos por implantes y órganos artificiales, excepto por los listados en la cubierta, esto incluye la exclusión de lentes intraoculares. Estos servicios están cubiertos bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores.
- 55. Servicios prestados por proveedores no participantes en Puerto Rico y en Estados Unidos, excepto en casos de emergencia o según se disponga en la Sección de Beneficios de esta cubierta.
- 56. Cirugía maxilofacial, excepto según se dispone en la sección de Servicios Médico-Quirúrgicos.
- 57. Rayos láser, excepto en oftalmología. (Según se describe en cubierta).
- 58. Pruebas de embarazo, excepto por orden médica.
- 59. Aborto provocado no terapéutico.
- 60. Mamoplastías, (sólo estará cubierta en la cubierta de Gastos Médicos Mayores, siempre que haya una necesidad médica válida).
- 61. Compra o alquiler de equipo médico, aparatos y zapatos ortopédicos, equipos de comodidad personal tales como humidificadores, **excepto ventiladores mecánicos vía traqueotomía, según lo requerido por la Ley Número 125 del 21 de septiembre de 2007** y aparatos para mejorar la actividad física.
- 62. First Medical Health Plan, Inc. pagará cualquier otro servicio que no esté expresamente excluido del Plan siempre y cuando esté sujeto a necesidad médica comprobable y de acuerdo a las tarifas que First Medical Health Plan, Inc. pagaría a un proveedor contratado.

VIII. CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

1. DISPOSICIONES GENERALES

Este beneficio está incluido como parte de la cubierta básica. El plan pagará por los gastos relacionados a trasplantes de órganos y tejidos que se detallan a continuación, cuando éstos sean médicamente necesarios, médicamente apropiados para la condición del paciente y siempre y cuando se realicen en las facilidades de trasplantes designadas por el plan para ese propósito.

El pago de beneficios bajo esta cubierta de trasplante está sujeto a que los servicios relacionados a dicho trasplante, incluyendo la evaluación del paciente, sean previamente coordinados y pre-certificados por el plan.

Se pagará hasta la cantidad negociada por los gastos elegibles, por vida, por persona asegurada o suscriptor, independientemente del número de trasplantes que se hagan en la persona cubierta durante la vigencia de la cubierta. Este máximo incluye gastos médicos y de medicamentos (drogas inmunosupresivas) de un trasplante, o de varios trasplantes de distinta naturaleza o re-trasplantes de un mismo órgano o de médula ósea.

2. BENEFICIOS CUBIERTA TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Tipos de Trasplante Cubiertos y Otros Servicios Relacionados Órgano; piel; tejidos; huesos; córnea, (entre otros)

Trasplante de Órganos	Provisiones
Trasplante de órganos (Médula Ósea (allogénico y autólogo), Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón (unilateral o bilateral), Páncreas, Corazón/pulmón, Páncreas/Riñón, Arterias o venas, Intestino delgado)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta un máximo de \$1,000,000.00 en Cubierta Básica y hasta \$1,000,000.00 a través de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores.**

Los beneficios cubiertos en relación a estos trasplantes se cubren de la siguiente manera:

Recipiente – Se cubrirán los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluyendo el cuidado post-quirúrgico y las drogas inmunosupresivas.

Obtención de Órganos – se cubrirán los gastos relacionados a la obtención de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto.

Médula Ósea

Se cubren los trasplantes mediante donación o auto-donación (allogénicos, autólogos y sigeneicos). Los gastos cubiertos para este trasplante son:

- Donación y almacenaje de la médula ósea.
- Tratamiento de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante.
- Cuidado ambulatorio posterior al trasplante.

IX. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES EN LA CUBIERTA DE TRASPLANTES

Esta cubierta excluye los siguientes gastos:

1. Trasplantes experimentales o investigativos o que no sean de efectividad médica comprobada.
2. Todos aquellos servicios y beneficios excluidos de la cubierta básica o de la cubierta de Gastos Médicos Mayores aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.
3. Trasplantes realizados fuera de las facilidades designadas por el plan para ese propósito.
4. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos prestados o recibidos sin una pre-certificación de First Medical Health Plan, Inc. o su representante autorizado para cada una de las fases.

X. CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1. DEDUCIBLES

Las cantidades aplicables para la acumulación del deducible en efectivo y el 20% de los gastos médicos cubiertos se determinarán a base de las tarifas establecidas para los gastos médicos cubiertos. El Plan pagará beneficios por los cargos elegibles, siempre que los mismos sean incurridos como resultado de enfermedad o lesión y que los servicios sean médicamente necesarios y practicados u ordenados por un médico. Los cargos elegibles serán considerados a base de las tarifas establecidas por el Plan en Puerto Rico. De no tener tarifas establecidas se pagará a base de los Cargos Razonables y Acostumbrados del área donde se reciban los servicios. El pago por los servicios también podrá ser dirigido directamente al proveedor que ofreció los servicios, mediante el proceso de asignación de beneficios, siempre y cuando se coordine de esta manera.

2. BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Gastos Médicos Mayores	Provisiones
Todos los Beneficios en esta Cubierta son por Vida	
Deducible Anual	\$50.00 en Individual / \$150.00 en Familiar
Coaseguro	20% de coaseguro
Equipo Médico Duradero (EMD) Compra o alquiler de oxígeno, equipo necesario para su administración, silla de rueda o cama de posiciones y equipo de parálisis respiratoria	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de \$10,000**
Equipo Tecnológico	Cubierto al 80% de las tarifas contratadas, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$10,000. Cubierta para equipo tecnológico para mantener al usuario con vida, un mínimo de un (1) diario de ocho (8) horas de cambio de servicios de enfermería, los suministros necesarios para operar el equipo tecnológico y la terapia física y ocupacional para las personas menores de 21 años de edad.**
Artefactos Ortopédicos/Ortóticos	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta un máximo de \$5,000. Luego de cubrir el máximo, aplica un 40% coaseguro.**
Prótesis, Implantes y bandeja	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta un máximo de \$10,000. Luego de cubrir el máximo, aplica un 40% coaseguro.**
Cirugía LASIK	Servicio no cubierto.
Mamoplastías	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas hasta \$5,000, siempre que haya una necesidad médica válida, sujeto a protocolo médico y pre-certificación **
Cirugía cosmética o reconstructiva debido a lesiones sufridas en un accidente mientras el suscriptor está cubierto, solo si el cuidado o tratamiento médico es prestado en Puerto Rico durante los primeros 6 meses siguientes al accidente cubierto	Servicio no cubierto.
Enfermera Privada Especializada	Cubierto hasta 60 días por año contrato. Sujeto a necesidad médica.**
Programa de Cuidado de Hospicio	Cubierto al 100%. No limitar servicios.**
Laboratorios (Dentro o enviados fuera de Puerto Rico)	Servicio no cubierto.
Bomba de Lactancia Estándar Eléctrica (Uso Personal, no cubre "Heavy Duty", de Hospital ni suplidos).	Servicio no cubierto.
Trasplante de órganos (Médula, Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón, Páncreas, Corazón/Pulmón, Páncreas/Riñón, Venas y Arterias, e Intestino Delgado)	Cubierto hasta un millón de dólares (\$1,000,000.00).**
Servicios post hospitalarios tales como cuidado intermedio.	Servicio no cubierto.
Servicios para aquellos casos donde se requiere equipo, tratamiento o facilidades que no están disponibles en Puerto Rico. Es necesario obtener la pre-certificación de la Entidad Proveedora antes de la prestación de los servicios.	Servicio no cubierto.
Tratamiento dental de quijada fracturada o por daños a dientes naturales incluyendo reemplazo de los mismos dentro de los seis meses siguientes a un accidente.	Servicio no cubierto.
Terapia física.	Servicio no cubierto.
Pruebas Diagnósticas Especializadas.	Servicio no cubierto.
Servicios de Hiperalimentación.	Servicio no cubierto.
Pruebas de audiometría y timpanometría por indicación médica.	Servicio no cubierto.
Terapias de rehabilitación.	Servicio no cubierto.
Servicios para Condiciones Mentales, Adicción a las Drogas y Alcoholismo excepto como se disponga por Ley. Estos servicios son en adición a cualquier limitación en la cubierta básica.	Servicio no cubierto.
Servicios fuera de Puerto Rico (Sólo en Estados Unidos)	Provisiones
Hospitalización Electiva	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores.**
Hospitalización por Sala de Emergencia	Cubierto al 80% de la tarifa contratada, después del deducible aplicable en Gastos Médicos Mayores.**
*Sujeto a necesidad médica.	
**Sujeto a necesidad médica y requiere pre-certificación de First Medical Health Plan, Inc.	
Nota: Los beneficios aquí incluidos aplican cuando un beneficio similar de cubierta básica haya terminado o cuando el beneficio no sea parte de la cubierta básica y esté incluido en esta cubierta de Gastos Médicos Mayores.	

3. ELEGIBILIDAD

i. Dependientes Directos

- a) El cónyuge, marido o mujer respecto al empleado, del sexo opuesto, casados entre sí.
- b) Los hijos solteros del empleado, incluyendo los adoptivos, menores de veintiséis (26) años.
- c) Los hijastros y los hijos naturales reconocidos empleado menor de veintiséis (26) y cualquier otro familiar que esté bajo la custodia legal, que vivan con el empleado en una relación corriente de padre e hijo.
- d) Cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del asegurado principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho asegurado principal. Deberá presentar evidencia que confirme esta relación. (Ejemplos: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos, planillas, etc.).
- e) Cualquier menor no emancipado, cuyo abuelo o abuela u otro familiar que sea asegurado o suscriptor principal de este contrato, siempre y cuando se le presente a First Medical Health Plan, Inc. copia certificada de la sentencia final y firme del Tribunal, en la que se le adjudica la custodia de dicho menor no emancipado a abuelo, abuela o familiar.
- f) Cualquier incapacitado cuyo abuelo o abuela u otro familiar que sea asegurado o suscriptor principal de este contrato, siempre y cuando se le presente a First Medical Health Plan, Inc. copia certificada de la sentencia final y firme del Tribunal, mediante la cual se declare incapaz a dicho incapacitado, así como la tutela o el documento oficial judicial que autoriza a dicho abuelo, abuela o familiar actual como tutor de dicho incapacitado.
- g) Cualquier hijo/a, independientemente de su edad, que esté física o mentalmente incapacitado/a, si dicha incapacidad comenzó antes de que dicho/a hijo/a cumpliera diecinueve (19) años y la misma no le permite desempeñar ningún empleo. Para efectos de la elegibilidad al plan, la determinación de la incapacidad se basará en opinión médica.
- h) Los hijos mencionados en las categorías (b), (c) y (d) precedentes, que a la fecha de la efectividad del ingreso estén dentro del marco de edad de veinticinco (25) años y no hayan cumplido veintiséis (26) años.

ii. Dependientes Opcionales

Denomina al familiar consanguíneo directo y soltero del asegurado principal o de su cónyuge, que no cualifica como dependiente directo, que depende sustancialmente de dicho empleado para su sustento y que vive bajo el mismo techo con el empleado asegurado. Solamente los padres del empleado y de su cónyuge pueden ser elegibles como dependientes opcionales aunque no vivan bajo el mismo techo. Es responsabilidad del suscriptor demostrar que sus dependientes opcionales cumplen con estos requisitos.

XI. EXCLUSIONES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1. Los servicios excluidos en las Exclusiones y Limitaciones de la Cubierta Básica que no estén específicamente incluidos en esta cubierta.
2. Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de, o en el curso del empleo, de la persona asegurada;
3. 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).
4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente.
6. Servicios no solicitados por el suscriptor.
7. Servicios prestados a la persona suscrita por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.
8. Los gastos que se incurran por refracciones visuales o para el ajuste de espejuelos.
9. Los gastos que sean incurridos en artículos de comodidad personal.
10. Los gastos que sean incurridos por tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular.
11. Los deducibles y/o coaseguros aplicables a la Cubierta Básica, así como aquellos aplicables a cubiertas Opcionales, excepto los que estén expresamente cubiertos en esta cubierta.
12. Cuidado de salud en el hogar.
13. Terapias de rehabilitación, ocupacionales y del habla.
14. Asistente quirúrgico.
15. Servicios de cirugía para corregir la condición de miopía, astigmatismo o hipermetropía o la queratotomía radial o queratoplastia lamelar.

XII. RESUMEN DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

La cubierta de medicinas forma parte de la cubierta básica, y será igual a la que tendrán disponible sus dependientes directos.

1. TABLA DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	
Formulario	Sí
Beneficios Iniciales	\$2,000 por persona cubierta, del dólar \$2,001 en adelante aplica 40% de coaseguro.
Genérico como primera opción	Genérico como primera opción a menos que el médico que prescribe indique en la receta "original" o "no sustituir". De no indicarlo, el suscriptor deberá pagar el copago del medicamento genérico más la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el de marca. De no existir un genérico en el mercado, el suscriptor pagará el copago de marca.
Medicamento de Marca Preferido	10% de coaseguro mínimo \$12.00 de copago
Medicamento de Marca No Preferido	15% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago
Medicamentos Biotecnológicos	40% de coaseguro. Sujeto a Pre-certificación. Se despacharán sólo a través de las farmacias contratadas bajo el Programa de Medicamentos Especializados.
Genérico	10% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago
Incluye el medicamento Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del 15% de coaseguro o mínimo de \$20 copago. De acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas.
Despacho	Sin límite anual en el despacho de medicamentos
Uso de Medicamentos " Off Label"	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 medica standard.
Medicamentos por correo (90 días)	No cubierto
Repeticiones por receta	3 Repeticiones por receta. Medicamentos con costo menor a \$8.00 están excluidos. Aplican protocolos de terapia escalonada.
Medicamentos para el tratamiento de hábito de fumar cubiertos hasta un máximo de \$400 anuales por asegurado	Sí
Máximo Anual	No
Terapia Escalonada	Permitido
Mandatorio Genérico	Sí
Solo Genérico	No
Permitir que el proveedor obvie la regla Genérica	No
Incluye Nuevos Medicamentos	Sí
Pharmacy COB "no pay"rule	COB No Pay Rule Applies
Psicotrópicos bajo el Programa de 90 días	No
Contraceptivos Orales	Genéricos \$0.00 Marca Requiere Pre-certificación.
Insulina y/o Medicamentos Especializados	Se despachará a través del Proveedor designado
Inclusión de nuevos medicamentos genéricos o bioequivalentes	
Todo nuevo medicamento genérico o bioequivalente, First Medical Health Plan, Inc. se compromete en incluirlo en su formulario seis (6) meses a partir de la fecha de entrada al mercado.	

El plan provee este beneficio para el pago de medicinas recetadas por un médico, que sean aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos, (FDA por sus siglas en inglés) y adquiridas por una persona asegurada y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado en una farmacia participante. El plan se reserva el derecho a requerir pre-certificación para algunos medicamentos para los cuales se requiere evaluar necesidad médica.

El beneficio, requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos bioequivalentes como primera opción. Si el medicamento no tiene bioequivalente o el médico requiere en la receta el de marca, a la persona asegurada se le despacha el de marca y pagará el copago del medicamento de marca. De haber un medicamento bioequivalente disponible en el mercado y la persona prefiere que se le despache de marca, la misma será responsable de pagar la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el bioequivalente, además del copago del medicamento marca.

2. DESPACHO

Limitaciones en la Cantidad del Despacho

La cantidad despachada será estrictamente la que prescriba, a base de la condición del suscriptor, un facultativo con licencia para recetar medicamentos, que esté legalmente autorizado a efectuar dicha receta en el curso ordinario de su práctica profesional. De surgir duda en la dosis prescrita la farmacia deberá hacer la consulta con el facultativo.

Dispensación

- Quince (15) días de medicación para medicinas recetada.

- Treinta (30) días de medicación para las drogas psicoterapéuticas.
- Treinta (30) días de medicación para las vitaminas prenatales con leyenda, no tienen repeticiones.
- Treinta (30) días de medicación por vez para medicamentos de mantenimiento. Se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito con una misma receta, para hasta tres (3) periodos de treinta (30) días consecutivos.

3. MEDICAMENTOS CUBIERTOS

- Medicamentos que posean la leyenda federal "Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription".
- Medicinas compuestas en las cuales, por lo menos, un ingrediente posee la leyenda federal
- Vitaminas prenatales
- Medicamentos de mantenimiento
- Insulina
- Medicamentos inyectables
- Quimioterapias inyectables y agentes inmunosupresores requieren pre-certificación previo al despacho
- Quimioterapias orales
- Vacunas y agentes inmunizantes con leyenda federal para usar en oficina de médicos
- Drogas psicoterapéuticas (tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos, productos de litio, otros)
- Anti RHO (D)
- Medicamentos bioequivalentes aceptados por la FDA, se cubrirán bajo los mismos términos y condiciones de la categoría terapéutica a la cual corresponda.

4. MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO ENTRE OTROS

- Anti Parkinson
- Antidepresivos
- Antimicóticos
- Estabilizadores de ánimo y ansiolíticos
- Alzheimers
- Terapia Respiratoria (Beta agonista, anticolinérgicos, xantinas, cromolyn, esteroides inhalados, simpatomiméticos)
- Cardiovascular (digital y derivados, vasodilatadores, agentes antiarrítmicos, beta bloqueadores, bloqueadores del canal de calcio, etc.)
- Diuréticos
- Agentes hipoglicémicos
- Medicamentos para diabetes
- Hormonas de sexo
- Tiroides y sus derivados
- Antitiroideos
- Sinusitis y asma
- Osteoporosis (Ejemplos: Evista, fosamax o relacionados)
- Antihiperlipidémicos
- Reguladores de calcio (calcitonina, etidronate)
- Nitroglicerina
- Anticonvulsivos
- Antiartríticos
- Medicamentos para condiciones de gastritis, úlcera y hernia
- Medicamentos para el tratamiento de adicción a sustancias controladas y alcoholismo
- Medicamentos para HIV/SIDA
- Glaucoma
- Anticoagulantes
- Antiplaquetarios
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Agentes gastrointestinal para condiciones inflamatorias del colon
- Agentes y tratamientos para cáncer(en la oficina del médico)
- Antihemofílico (en hospitalización)
- Tratamientos para anemia

- Medicamento nuevos que no son experimentales
- Anti RhO(D)
- Esclerosis múltiple

XIII. EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

1. Medicamentos sin leyenda federal (over the counter), excepto insulina.
2. Globulina inmune, suero biológico, sangre, plasma sanguíneo o sustancias relacionadas (esto se cubre en hospitalización).
3. Dispositivos o aparatos terapéuticos; incluye agujas, jeringuillas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, indistintamente de su uso.
4. Vitaminas y suplementos vitamínicos, que no sean vitaminas prenatales.
5. Drogas anabólicas.
6. Cargos por la administración de drogas recetadas o inyección de un medicamento.
7. Repeticiones de recetas, excepto para los medicamentos de mantenimiento cubiertos.
8. Medicamentos para el tratamiento de impotencia.
9. Medicinas para la infertilidad, no importa su uso.
10. Anoréxicos (cualquier medicamento utilizado con el propósito de bajar de peso).
11. Agentes esclerosantes, medicamentos para el tratamiento de acné, no importa su uso.
12. Minoxidil en todas sus formas, incluye Rogaine.
13. Medicinas con fines de embellecimiento o cosmético.
14. Escabidas y pediculidas sin leyenda federal.
15. Hormonas de crecimiento.
16. Drogas recetadas que puedan ser obtenidas sin costo bajo programas locales, estatales o federales u otro programa.
17. Drogas o tratamientos experimentales o drogas con leyenda: "Precaución - limitada por la Ley Federal para usos de investigación". No obstante, si un suscriptor sufre una enfermedad que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar en un estudio de tratamiento autorizado y brindado por una entidad o profesional de la salud bonafide, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a éste un beneficio potencial y siempre que la participación del asegurado en el estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el médico que refiere al estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el paciente provea al plan médico evidencia de que su participación es apropiada, el plan médico costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. No serán gastos médicos rutinarios del paciente los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio.
18. Medicinas que tienen que ser tomadas o administradas en dosis completas o parciales, mientras el asegurado esté hospitalizado o en un hogar de convalecencia, sanatorio, facilidad de cuidado extendido o cualquier institución similar, en la cual en sus premisas se le permite operar una facilidad para dar medicinas o productos farmacéuticos o en el lugar que se prescriba u ordene.
19. First Medical Health Plan, Inc. se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos que habrá de incluir en su cubierta de Farmacia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta tanto dicho medicamento sea evaluado y recomendado para inclusión en la Cubierta de Farmacia por el Comité de Farmacia. El proceso de evaluación para medicamentos nuevos no excederá 90 días luego de su entrada al mercado.

XIV. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE VISIÓN

1. TABLA DE BENEFICIOS

Esta cubierta se ofrece en el contrato sin pago de prima adicional a través de I VISION INTERNATIONAL, INC.

Cubierta de Visión	Provisiones
Examen de la Vista (Refracción) (1 cada 12 meses)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$10.00
Un (1) par de espejuelos (lentes y monturas) para menores de (21) años cada (12) meses	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$10.00
Una (1) montura de espejuelos de la colección Preferred (cada 12 meses)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$18.00
Single vision	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$18.00
Bi-focal (FT.25 - FT-28)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$18.00
Tri-focal (FT x 25)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$18.00
Policarbonato (Hasta 21 años, un set cada doce meses para visión sencilla)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$20.00
Tintes Recetados	CUBIERTO
Tinte: Verde Sólido, Gris o Marrón	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$10.00
Protección Ultra-Violeta y Tratamiento Anti-Rayazos	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$16.00
Lentes de Contacto	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$36.00
Desechables	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$36.00
Medicamento Necesarios	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$36.00
Descuento	(20% del Precio Regular) Monturas fuera de la colección Preferred
Proveedor de Servicio	Ivision International

2. ELEGIBILIDAD

I Vision International tiene servicio informativo, con cero costos por la llamada. Sólo tiene que llamar al 1-888-655-6444 estamos dispuestos a contestar todas sus preguntas acerca de los servicios que ha recibido, o ha de recibir. Recuerde solicitar la literatura de esta cubierta para obtener mayor información de los beneficios cubiertos y proveedores participantes.

3. CÓMO SE RECIBEN LOS BENEFICIOS

Seleccione un proveedor del directorio que Ivision International le ofrece. Estos proveedores están localizados a través de todo Puerto Rico. Llame a la óptica de su selección y haga una cita. Mencione que usted pertenece a Ivision International y dé su número de identificación. Recuerde llevar su tarjeta del plan de salud al asistir a su cita.

- Las citas son específicamente para usted. Notifique al proveedor si necesita cancelar o cambiar la fecha de su cita.
- La autorización obtenida por el Proveedor que usted ha seleccionado se puede usar solamente con este proveedor y es válida por (30) días a partir del día en que usted hace su cita.
- Servicios de emergencia no están cubiertos.

XV. CUBIERTA DENTAL

1. TABLA DE BENEFICIOS

Esta cubierta se ofrece en el contrato sin pago de prima adicional

DENTAL		PROVISIONES
Beneficio Máximo		\$1,000.00
		No aplica a niños menores de 19 años
Tipo I - Preventivo		
D0120 Examen Oral Periódico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. (Dos (2) veces al año) intervalo de seis (6) meses.*	
D0140 Examen Oral de Emergencia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) veces al año intervalo de seis (6) meses.*	
D0150 Examen Oral Inicial	Cubierto al 100% de la tarifa contratada..*	
Examen de Detección de Cáncer de la Cavidad Oral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. Pacientes mayores de 30 años.	
D1110 Profilaxis - Adulto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De 12 años en adelante.*	
D1120 Profilaxis - Niños	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. Hasta 12 años.*	
D1208 Aplicación de Fluoruro	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Menores de 19 años, uno (1) cada 6 meses.*	
D1351 Sellantes de Fisura por Diente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) por diente por vida hasta los 14 años.	
D0210 Serie Completa de Radiografías Intraorales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada 3 años. Incluye D0272 radiografía de mordida.*	
Diagnóstico		
D0220 Radiografía Periapical Intraoral	Aplica 20% de coaseguro. Una (1) por año.*	
D0230 Radiografía Periapical Adicional	Aplica 20% de coaseguro. Hasta 5 por año.*	
D0270 Radiografía de Mordida	Aplica 20% de coaseguro. Dos (2) por año.*	
D0272 Radiografía de Mordida	Aplica 20% de coaseguro. Uno (1) por año.*	
D0330 Radiografía Panorámica	Aplica 20% de coaseguro. Una (1) cada 36 meses o cada 3 años.*	
D1510 Mantenedores de espacio unilateral.	Aplica 20% de coaseguro. Uno (1) por cuadrante, por vida. Sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente.	
D1515 Mantenedores de espacio bilateral.	Aplica 20% de coaseguro. Uno (1) por arco, por vida. Sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente.	
Códigos D0210 y D0330, uno es excluyente del otro.		
Tipo II - Restaurativo Menor		
D2140 Amalgama una (1) Superficie	20% Coaseguro	
D2150 Amalgama dos (2) Superficies	20% Coaseguro	
D2160 Amalgama tres (3) Superficies	20% Coaseguro	
D2161 Amalgama cuatro (4) ó más superficies	20% Coaseguro	
D2330 Resina una (1) Superficie	20% Coaseguro	
D2331 Resina dos (2) Superficies	20% Coaseguro	
D2332 Resina tres (3) Superficies	20% Coaseguro	
D2335 Resina cuatro (4) o más superficies o que incluya el ángulo incisal.	20% Coaseguro	
D2391 Resina en posteriores de una (1) superficie bucal.	20% Coaseguro	
D2740 Corona - Porcelana.	50% Coaseguro	
D2752 Corona de Porcelana fundida en metal.	50% Coaseguro	
D2940 Tratamiento Paleativo	20% Coaseguro	
D2954 poste y muñón prefabricado.	20% Coaseguro	
D3220 Pulpotomía en dientes deciduos	20% Coaseguro	
D3310 Endodoncia, Tratamiento de canal en dientes anteriores	20% Coaseguro	
D3320 Endodoncia, Tratamiento de canal en premolares	20% Coaseguro	
D3330 Endodoncia Tratamiento de canal en molares	20% Coaseguro	
D4341 Alisado radicular de cuatro (4) o más dientes.	20% Coaseguro	
D4342 Alisado radicular de tres (3) dientes o menos.	20% Coaseguro	
D4910 Profilaxis Periodontal, proceso que incluye la remoción de placa y cálculo supra y subgingival luego del tratamiento de las enfermedades de las encías y el hueso que sostiene los dientes, incluyendo la cirugía periodontal.	20% Coaseguro	
D7111 Extracción de raíces residuales de dientes primarios	20% Coaseguro	
D7140 Extracción Sencilla.	20% Coaseguro	
D7210 Extracción quirúrgica complicada (incluyendo el servicio pre y post-operatorio)	20% Coaseguro	
D7220 Extracción quirúrgica de diente impactado tejido blando.	20% Coaseguro	
D7230 Extracción quirúrgica de diente impactado parcial en hueso.	20% Coaseguro	
D7240 Extracción quirúrgica de diente impactado completo en hueso.	20% Coaseguro	
D7250 Extracción de raíces retenidas (quirúrgico).	20% Coaseguro	
D7510 Incisión y Drenaje de Abscesos en Tejido Blando	20% Coaseguro	
D7960 Frenulectomía (frenectomía o frenotomía).	20% Coaseguro	
D9110 Aplicación de desensibilizante	20% Coaseguro	
D9910 Aplicación de adhesivos en cervical de dientes y molares.	20% Coaseguro	
D9930 Complicación Post-Cirugía	20% Coaseguro	
Tipo III - Restaurativo Mayor		
D5110 Dentadura Completa Maxilar	50% Coaseguro	
D5120 Dentadura Completa Mandibular	50% Coaseguro	
D5213 Dentadura removible base en metal maxilar.	50% Coaseguro	
D5214 Dentadura removible base en metal mandibular.	50% Coaseguro	
D5281 Dentadura removible unilateral	50% Coaseguro	
D5421 Ajuste Parcial Maxilar	50% Coaseguro	
D5422 Ajuste Parcial Mandibular	50% Coaseguro	
D5510 Reparación de Dentadura Completa	50% Coaseguro	
D5520 Reemplazo de diente en dentadura completa.	50% Coaseguro	
D5620 Reparación de base de metal de dentadura removible.	50% Coaseguro	
D5630 Reparar o Reemplazar Gancho partido	50% Coaseguro	
D5640 Reemplazo de diente a dentadura removible.	50% Coaseguro	
D5650 Añadir diente a dentadura removible.	50% Coaseguro	
D5660 Añadir gancho a dentadura removible.	50% Coaseguro	
*Los servicios antes descritos están sujetos a disponibilidad de cubierta e historial del paciente.		
Los servicios de coronas, postes, periodoncia y restaurativo mayor serán por pre-certificación.		
Los servicios que no estén expresamente cubiertos están excluidos.		

XVI. SEGURO DE VIDA

1. RESUMEN DE CUBIERTA

Esta cubierta se ofrece en el contrato bajo el pago de una tarifa adicional, a través de Universal Life. 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.

La organización ofrece un Seguro de Vida (bajo el pago de una tarifa adicional) al suscriptor principal. El beneficio de seguro de vida es de \$10,000.00 (diez mil dólares) por muerte natural o accidental. 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:

2. TABLA DE REDUCCIÓN DE BENEFICIO

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 o más	10% de la cantidad Principal

3. 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.

Te ofrece una gran alternativa..

Tu primera llamada...



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

Cuando tu o tus dependientes tengan una situación de urgencia y no sepan qué hacer, **First Health Call** es tu primera alternativa.

First Health Call te asistirá con enfermeras graduadas, respaldadas por médicos especializados, que te ayudarán a tomar la decisión adecuada de día o de noche, los 365 días del año.

First Health Call es un servicio gratuito y exclusivo para los suscriptores de **First Medical** disponible las 24 horas del día.



1-866-337-3338

(TTY) Línea de audioimpedidos:

1-866-921-0101

CONOCE NUESTRA RED DE FARMACIAS

International Pharmacy, Arecibo

Facilidades del Metropolitano de Arecibo
Carr. 129, Zona Ind. Víctor Rojas
787.816.2156
lunes a viernes de 8 AM-6 PM
sábados de 8:30 AM a 1:30 PM

Metro Pharmacy, Bayamón

Cerca de Metro Pavia Clinic, Bayamón
Calle Santa Cruz #77
787.780.1964 fax. 787.786.2727
lunes a viernes de 8 AM-10 PM
sábado 9 AM-3 PM

International Pharmacy, Hato Rey

Marginal Agüeybaná #422 Ave. Muñoz Rivera
787.763.5308
lunes a viernes de 8 A.M-9 PM
sábados de 8 AM-4 PM

Farmacia Clínica Yagüez

En el Edificio Plaza Yagüez Calle McKinley 114-0
787.265.3330 / 787.833.5430
lunes a viernes de 8 AM-7 PM
sábados de 8 AM-3 PM

Metro Pharmacy, San Francisco

Torre San Francisco Ave. De Diego 371, Río Piedras
787.767.5100 exts. 5470 y 5480
lunes a viernes de 8 AM-5 PM

International Pharmacy, Ponce

Calle Concordia 8118
Edif. Galería Profesional, Suite, 1011
787.840.8903 lunes a viernes de 8 AM-6 PM
sábados 8:30 AM-11:30 PM

International Pharmacy, San Germán

En las facilidades del Hospital Metropolitano,
Calle Javilla #8
787.892.2880
lunes a viernes de 8 AM-6 PM
sábados 9 AM - 1 PM

Farmacia Hospital Metropolitano

Lobby Hospital Metropolitano de Guaynabo
Ave. las Lomas 1785, Guaynabo
787.782.9999
lunes a viernes de 7 AM-5 PM

International Pharmacy, Utuado

En las facilidades del Hospital Metropolitano de la
Montaña, Ave. Isaac González
787.894.1679
lunes a viernes de 8 AM-5 PM

International Pharmacy, Yauco

En las facilidades del Hospital Pavia, Yauco
Carr. 128 Km 1.0
787.267.5424
lunes a viernes de 8 AM-5 PM

Suscriptor de First Medical, visita nuestra farmacia y recibe hasta 10% de descuento en medicamentos de marca y bioequivalentes, no cubiertos por el plan.

VEN Y PASA POR NUESTRO *Welcome Store*

Welcome Store, Arecibo,

Lobby del Hospital Pavia, Arecibo
Carr. 129 Km., 1 Ave. San Luis, Arecibo
787.650.3043 fax. 787.650.3047
lunes a viernes de 8 AM-9 PM
sábado 9 AM-3 PM

Welcome Store, Hato Rey

Lobby del Hospital Pavia, Hato Rey
Ave. Ponce De León #435, Hato Rey
787.641.2323
lunes a viernes de 8 AM-9 PM
sábado 9 AM-3 PM



CLÍNICAS ASOCIADAS



METRO PAVIA CLINIC

Para más información y/o
coordinación de citas llame al
1-855-380-4380

METRO PAVIA CLINIC, AGUADILLA
787-296-9778

METRO PAVIA CLINIC, ARECIBO
787-650-0018 / 650-0020

METRO PAVIA CLINIC, BAYAMÓN
787-787-2387 / 787-300-2815

METRO PAVIA CLINIC, CAROLINA
787-710-9867

METRO PAVIA CLINIC, CAGUAS
787-746-2606

METRO PAVIA CLINIC, GUAYAMA
787-592-7180

METRO PAVIA CLINIC, HATILLO
787-650-7700

METRO PAVIA CLINIC, HATO REY
787-641-3052 / 787-759-6389

METRO PAVIA CLINIC, HUMACAO
787-656-0270

METRO PAVIA CLINIC, LUQUILLO
787-355-0056

METRO PAVIA CLINIC, PONCE
787-651-2858

CLÍNICA YAGÜEZ, MAYAGÜEZ
787-832-8444

METROPOLITANO DE CABO ROJO
787-851-2025

HOSPITALES ASOCIADOS



HOSPITAL PAVIA, ARECIBO
787-650-7272

**HOSPITAL METROPOLITANO
DR. SUSONI, ARECIBO**
787-878-1010

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
METROPOLITANO, CABO ROJO**
787-851-2025 ext.229, 230
Orientación y Ayuda 787-851-0833

**HOSPITAL METROPOLITANO
GUAYNABO**
787-782-9999

HOSPITAL PAVIA, HATO REY
787-641-2323

HOSPITAL PEREA, MAYAGÜEZ
787-834-0101

**HOSPITAL METROPOLITANO
DR. PILA, PONCE**
787-848-5600

**HOSPITAL SAN FRANCISCO,
RÍO PIEDRAS**
787-767-5100

HOSPITAL PAVIA, SANTURCE
787-641-1616

**HOSPITAL METROPOLITANO,
SAN GERMÁN**
787-892-5300

**HOSPITAL METROPOLITANO
DE LA MONTAÑA, UTUADO**
787-933-1100

HOSPITAL PAVIA, YAUCO
787-856-1000

Para más información:
1.888.801.0801
fax. 787.625.8823

www.firstmedicalpr.com

First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.

IMC
RED DE PROVEEDORES
INTERNATIONAL MEDICAL CARD

First Health CALL

Servicio de Orientación
de salud para suscriptores

1.866.337.3338

Línea de audio impedidos: (TTY/TDD)

1.866.921.0101

Enfermeras graduadas, respaldadas por médicos
las 24 hrs. del día, 7 días de la semana, le asistirán

XVIII. HERRAMIENTAS

Información de Contacto en Caso de Preguntas	
Servicio al Cliente	1-888-318-0274
First Health Call	1-866-337-3338
Pre-certificación	1-866-977-2977
Directorio de Proveedores/ Farmacia	www.firstmedicalpr.com

Oficinas de Servicios	
Aguadilla	787-882-5230
Arecibo	787-815-2000
Bayamón	1-888-318-0274
Caguas	787-746-4880
Carolina	1-888-318-0274
Guayama	787-864-9006
Guaynabo	787-474-3999
Hato Rey	1-888-318-0274
Humacao	787-285-2585
Luquillo	787-889-5032
Mayagüez	787-833-4314
Ponce	787-842-2770
San Germán	787-892-1535
Utuado	787-933-0145
Yauco	787-992-0040

XIX. PROCESO DE QUERELLAS, APELACIONES Y RECLAMACIONES

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 y
 - 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. “Querella” 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 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 recluidos 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 First Medical Health Plan, Inc., 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 querella 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:

1. Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión; y
2. 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 querella.

Se considerará que los documentos, registros o cualquier información será pertinente para la radicación de la querella 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 querella 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 querella 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 querella, indicando los documentos o información adicional que deberá someter.

En los casos que la querella 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 querella. 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 debe ser una en términos claros contractual o justificación médica. Si la determinación es una adversa la misma debe ser documentada resaltando las razones específicas de las disposiciones del plan médico, la necesidad médica y las opiniones de las personas que participaron en el proceso de revisión.

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:
 - (i) 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 del Capítulo sobre “Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud” de este Código, 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:

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

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.

NOTA: En caso de surgir alguna discrepancia con relación a esta guía del suscriptor, prevalecerá lo dispuesto en el contrato.

AVISO ANTI-FRAUDE

“Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayude o hiciere presentar un reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el 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 (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o 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.”

Código de Seguros de Puerto Rico, artículo 27.320.

**MATRIMONIOS DEL MISMO SEXO
Y DECISIONES PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD**

A raíz de la orden del Tribunal Supremo de los Estados Unidos de América en emitir la decisión a favor de que las parejas del mismo sexo puedan ejercer el derecho fundamental a contraer matrimonio.

First Medical Health Plan, Inc. reconoce su obligación y se compromete a proveer la cubierta de servicios de salud para las parejas del mismo sexo garantizando el servicio de excelencia y acceso a los hospitales, clínicas y a la red de proveedores.

Para mayor información, refiérase a la definición de dependiente directo o visite nuestras oficinas de servicio.

XXI. DEFINICIONES

CUBIERTA BÁSICA

1. **AÑO DE CONTRATO:** Significa el periodo de diez (10) meses consecutivos comprendido entre las fechas que se señalan en las Declaraciones del contrato como fecha en que comienza y fecha en que termina el mismo.
2. **APARATO ORTOPÉDICO:** Significa instrumentación ortopédica u aditamentos fijos o temporeros los cuales incluye clavos y tornillos, entre otros.
3. **ASEGURADO O SUSCRIPTOR PRINCIPAL:** El empleado o pensionado que suscribe la solicitud de ingreso al Plan.
4. **ASEGURADO O SUSCRIPTOR:** Denomina a cualquier empleado, cónyuge, dependiente directo o dependiente opcional, que haya solicitado cubierta bajo este contrato y La Entidad Contratante le haya expedido una tarjeta de asegurado o suscriptor, cuya validez no haya sido terminada según dispone este contrato.
5. **AUTOINFLIGIDO:** Aquellos daños sobre su persona resultante directa o indirectamente de una acción voluntaria y/o intencional del asegurado o suscriptor estando en su sano juicio.
6. **CANCELACIÓN DE CONTRATO:** Significa la terminación del acuerdo contractual de servicios mediante notificación y aceptación por escrito por cualquiera de las partes.
7. **CARGO USUAL Y ACOSTUMBRADO:** Es el cargo o tarifa prevaleciente entre la mayoría de los proveedores de una misma categoría localizados en un área geográfica o región para un mismo servicio.
8. **CIRUGÍA BARIÁTRICA:** Procedimiento quirúrgico para el control de la obesidad, la cual se puede practicar mediante cuatro (4) técnicas: bypass gástrico, banda ajustable, balón intragástrico o gastrectomía en manga. De las cirugías mencionadas sólo se cubrirán tres (3), la cirugía de balón intragástrico no estará cubierta, por considerarse no segura por los cirujanos bariátricos.
9. **CIRUGÍA ESTÉTICA O COSMÉTICA:** Significa aquella cirugía que está dirigida únicamente a mejorar la apariencia de una persona y no a restaurar función alguna o a corregir deformidades.
10. **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA:** Significa aquella cirugía que se lleva a cabo en estructuras anormales del cuerpo con intención de mejorar defectos congénitos o que hayan sido resultado de enfermedades o traumas.
11. **COPAGO:** Significa la cantidad fija establecida a ser pagada por el asegurado o suscriptor al momento de recibir los servicios.
12. **COASEGURO:** Significa la cantidad relativa o por ciento (%) que pagará la persona asegurada o suscriptor directamente al proveedor al momento de recibir los servicios, calculada a base de un porcentaje de los honorarios que han sido contratados por La Entidad Contratante con el proveedor. El suscriptor pagará la diferencia entre este porcentaje y el 100% de la tarifa contratada o cargo médico.
13. **DEDUCIBLE:** Significa la cantidad fija de gasto que el asegurado deberá incurrir antes de que el Plan comience a efectuar pago por beneficios cubiertos.
14. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Es responsabilidad del empleado asegurado o suscriptor demostrar con evidencia fehaciente que sus dependientes directos dependen de él y cumplen con estos requisitos que más adelante se mencionan. Se denomina a los siguientes como dependientes directos:
 - a. El cónyuge, marido o mujer, respecto al empleado, del género opuesto o el mismo género que están legalmente casados entre sí.
 - b. Los hijos solteros del empleado, incluyendo los hijos legalmente adoptados, si son menores de veintiséis (26) años.
 - c. Los hijastros y los hijos naturales reconocidos legalmente por el empleado, que sea menor de veintiséis (26) años y cualquier otro familiar que esté bajo la custodia legal y que vivan con el empleado en una relación corriente de padre e hijo.
 - d. Cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del asegurado principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho asegurado principal. Deberá presentar evidencia que confirme esta relación. (Ejemplos: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos, planillas, etc.).
 - e. Cualquier menor no emancipado, cuyo abuelo o abuela u otro familiar que sea asegurado o suscriptor principal de este contrato, siempre y cuando se le presente a la Entidad Contratante Copia Certificada de la Sentencia final y firme del Tribunal, en la que se le adjudica la custodia física de dicho menor no emancipado al abuelo, abuela o familiar asegurado.
 - f. Cualquier incapacitado cuyo abuelo o abuela u otro familiar que sea asegurado o suscriptor principal de este contrato, siempre y cuando se le presente a la Entidad Contratante Copia Certificada de la Sentencia final y firme del Tribunal, mediante la cual se declare como incapaz a dicho incapacitado; así

- como la Tutela o el documento oficial judicial que autoriza a dicho abuelo, abuela o familiar actual como tutor de dicho incapacitado.
- g. Cualquier hijo/a, independientemente de su edad, que esté física o mentalmente incapacitado/a, si dicha incapacidad comenzó antes de que dicho/a hijo/a cumpliera diecinueve (19) años y la misma no le permite desempeñar ningún empleo. Para efectos de la elegibilidad al plan, la determinación de la incapacidad se basará en opinión médica mediante documento fehaciente a esos efectos.
 - h. Los hijos mencionados en las categorías (b), (c) y (d) que anteceden, que a la fecha de la efectividad del ingreso estén dentro del marco de edad de veintiséis (26) años, que vivan permanentemente bajo el mismo techo del empleado y dependan sustancialmente de éste para su sustento.
15. **DEPENDIENTES OPCIONALES:** Denomina al familiar consanguíneo directo y soltero del asegurado principal o de su cónyuge, que no cualifica como dependiente directo, que depende sustancialmente de dicho empleado para su sustento y que vive bajo el mismo techo con el empleado asegurado. Los padres del empleado asegurado o suscriptor y de su cónyuge pueden ser elegibles como dependientes opcionales solamente aunque no vivan bajo el mismo techo. Es responsabilidad del empleado asegurado o suscriptor presentar evidencia para demostrar que sus dependientes opcionales cumplan con estos requisitos. . (Ejemplos: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos, planillas, etc.).
 16. **DESINTOXICACIÓN “DETOX”:** Tratamiento médico destinado a eliminar los efectos nocivos en el cuerpo y terminar, a su vez, la dependencia con respecto al alcohol o una droga (legal o ilegal).
 17. **EMERGENCIA:** Significa la presentación súbita o imprevista de una condición que requiere asistencia médica o quirúrgica inmediata para diagnosticar y estabilizar la condición de salud física o mental que pone en riesgo la vida del paciente.
 18. **EMPLEADO:** Denomina a todo funcionario o empleado en servicio activo, de nombramiento o por elección, y los empleados en puestos transitorios cuyos nombramientos sean por un término de seis (6) meses o más, de cualquier rama del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de sus agencias, departamentos y municipios y todo pensionado, sin considerar su edad, de los Sistemas de Retiro del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus instrumentalidades.
 19. **ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado normal de salud de un individuo, en una o varias partes del cuerpo provocado por factores internos o externos, manifestado por síntomas y signos característicos cuya evaluación es más o menos previsible. Se requiere atención médica.
 20. **ENFERMEDAD AGUDA:** Son enfermedades que aparecen de pronto con síntomas severos, generalmente de corta duración con un inicio y un fin claramente definido. Se requiere atención médica.
 21. **ENTIDAD CONTRATANTE:** Significa Asegurador u Organización de Servicio de Salud autorizado por la Oficina del Comisionado Seguros u Organización o Asociación que contrata con el Secretario de Hacienda.
 22. **HIPAA:** Health Insurance Portability and Accountability Act, por sus siglas en inglés. Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico. Es una Ley Federal, aprobada el 16 de agosto de 1996, por el Congreso de los Estados Unidos.
 23. **HOSPICIO:** Cuidado especial que se brinda a personas que tienen enfermedades terminales y a sus familiares. Este cuidado incluye cuidado físico y consejería.
 24. **HOSPITALES NO PARTICIPANTES:** Significa un hospital que no haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios de hospitalización a sus asegurados o suscriptores.
 25. **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 La Entidad Contratante para prestar servicios de hospitalización a sus asegurados o suscriptores.
 26. **IMPLANTES:** Artefacto interno que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo. No incluye aditamentos utilizados en cirugías ortopédicas.
 27. **LABORATORIO NO PARTICIPANTE:** Significa un laboratorio que no haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios a sus asegurados o suscriptores.
 28. **LABORATORIO PARTICIPANTE:** Significa una institución legalmente autorizada para practicar exámenes bacteriológicos, microscópicos, bioquímicos, serológicos o histo-patológicos que ayuden en el diagnóstico, control, prevención o tratamiento de enfermedades de la raza humana, que haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios a sus asegurados o suscriptores.

29. **MEDICINA ALTERNATIVA:** Significa una forma amplia de los métodos y práctica usados en lugar o como complemento, de los tratamientos en la medicina convencional para curar o tratar enfermedades, la cual debe estar regulada por el Tribunal Examinador de Médicos en Puerto Rico.
30. **MEDICINA DEPORTIVA:** Significa aquella rama de la medicina que trata las enfermedades y lesiones que resultan de actividades deportivas, incluyendo la fase preventiva y preparatoria necesaria para mantener un buen estado de salud físico y mental.
31. **MEDICINA NATURAL:** Significa la técnica en la cual se emplean métodos y productos naturales para el tratamiento de condiciones físicas y mentales.
32. **MÉDICO PRIMARIO:** Médico generalista, pediatra, ginecólogo, médico de familia o internista.
33. **MOOP:** 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%. (Individual \$6,350) (Familiar \$12,700).
34. **MUSICOTERAPIA:** Significa la técnica utilizada en el tratamiento de algunas enfermedades mentales y emocionales en la que se emplean diferentes sonidos musicales.
35. **OBESIDAD MÓRBIDA:** Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35.
36. **ÓRGANO ARTIFICIAL:** Significa dispositivos diseñados para reemplazar una parte faltante del cuerpo o la sustitución artificial de una parte o un órgano. Pueden ser fijas o removibles.
37. **PLAN INDIVIDUAL:** Cubierta para el empleado o el pensionado solamente.
38. **PLAN PAREJA:** Cubierta para el empleado o pensionado y un dependiente directo.
39. **PLAN FAMILIAR:** Cubierta para el empleado o pensionado y dos o más dependientes directos
40. **PRE-CERTIFICACIÓN:** Significa la autorización previa expedida por escrito por La Entidad Contratante.
41. **PRÓTESIS:** Artefacto que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo.
42. **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 hayan firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios de salud.
43. **PROVEEDOR NO 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 no hayan firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios de salud.
44. **ASES:** Administración de Seguros de Salud.
45. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Significa la petición por parte de un asegurado o suscriptor para que otro médico distinto al encargado de su caso emita su opinión con respecto a la necesidad de un servicio cubierto.
46. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un asegurado o suscriptor mientras no se encuentre recluido como paciente en un hospital.
47. **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:** Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un asegurado o suscriptor mientras se encuentre recluido como paciente en un hospital.
48. **SERVICIOS MEDICAMENTE NECESARIOS:** Significa aquellos servicios que son provistos por un médico o grupo de médicos o proveedor para mantener o reestablecer la salud del asegurado.
49. **TERAPIA OCUPACIONAL:** Terapia rehabilitativa que ayuda al paciente a recuperar la habilidad para realizar las tareas normales del diario vivir.
50. **TERAPIA DE REHABILITACIÓN:** Los tratamientos para facilitar el proceso de recuperación de una lesión u enfermedad a niveles lo más cercano posible a lo normal. El propósito de la rehabilitación es restaurar algunas o todas las capacidades físicas, sensoriales y mentales del paciente, que se perdieron debido a una enfermedad, condición o lesión.
51. **URGENCIA:** Significa la presentación súbita o imprevista de una condición que requiere asistencia médica o quirúrgica inmediata o lo más pronto posible, pero dentro de un término que no exceda de veinticuatro (24) horas después de haberse presentado la condición.

CUBIERTA DE FARMACIA

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 le corresponde pagar del costo de los servicios o suministros como por ejemplo la visita médica, el cuidado en el hospital como paciente ambulatorio, o medicamentos. El copago por lo general es una cantidad fija en vez de un porcentaje.
3. **Farmacia** – Institución legalmente autorizada por las autoridades correspondientes para prestar servicios de farmacia.
4. **Farmacia Participante** – Farmacia legalmente autorizada por las autoridades correspondientes, que haya firmado contrato con el plan para ofrecer servicios de farmacia a los asegurados.
5. **Farmacia no Participante** – Farmacia que no haya firmado contrato con el plan para prestar servicios de farmacia.
6. **Marca Registrada** – Medicinas que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o de fábrica.
7. **Medicamento** – (a) cualquier sustancia que por ley federal se requiera que su etiqueta indique la frase “Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription” y (b) insulina.
8. **Medicamento Agudo** – Aquellos medicamentos utilizados en el tratamiento de condiciones agudas. No tiene repeticiones, ya que su uso es por corto periodo de tiempo, 15 días o menos. No son de uso crónico.
9. **Medicamento Bioequivalente** – Aquellos medicamentos que contienen los mismos ingredientes activos y son idénticos en sus potencias, forma de dosificación, vías de administración, biodisponibilidad y se consideran terapéuticamente equivalentes al medicamento de marca registrada.
10. **Medicamento de Mantenimiento** – Aquellos medicamentos utilizados en el tratamiento de condiciones crónicas. Tienen repeticiones.
11. **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 no están incluidos en la PML. Están clasificados como medicamentos de tercer nivel.
12. **Medicamento de Marca Preferido** - Medicamento de marca que ha sido evaluado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la red contratada. Están clasificados como medicamentos de segundo nivel.
13. **Medicamento de Marca Registrada** - Aquellos medicamentos que están disponibles en el mercado bajo un nombre comercial.
14. **Médico Autorizado** – Médico que cumpla con las leyes establecidas para ejercer la práctica de medicina en Puerto Rico.
15. **Multiple Source Brand** – Medicamento de marca que es distribuido por más de un fabricante y el cual tiene además un bioequivalente disponible.
16. **Receta** – Solicitud por escrito de medicinas, hecha por un médico cirujano o cirujano dentista legalmente autorizado a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.
17. **Repeticiones (Refill)** - Receta de medicamentos que se debe repetir por indicaciones escritas por un facultativo con licencia para recetar medicamentos legalmente autorizados a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.
18. **Single Source Brand** - Medicamento de marca comercializado o vendido por un solo laboratorio o fabricante.

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

[illegible]

This image shows a full page of blank white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for writing or drawing. There are no margins, text, or other markings present.