First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.

CUBIERTA DE BENEFICIOS PYMES 2022

GOLD SILVER PLATINUM

FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

Cubierta de Beneficios

FIRST MEDICAL PYMES 2022

José A. Pagán
Vicepresidente Ejecutivo Senior

DIRECCIÓN POSTAL
PO Box 191580, San Juan PR 00918-1580

DIRECCIÓN FÍSICA
Ext. Villa Caparra, 530 Calle Marginal Buchanan, Guaynabo, PR 00966

Tel. 787-474-3999

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO 0

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE 4

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SUSCRIPCIÓN A PLANES INDIVIDUALES SI USTED YA NO ES ELEGIBLE PARA UN PLAN GRUPAL 5

DISPONIBILIDAD DE CUBIERTA EN EL MERCADO PYMES 5

TRASFONDO HISTÓRICO 6

QUIÉNES SOMOS 6

NUESTRO COMPROMISO 6

NUESTROS PROVEEDORES 7

RED DE SERVICIOS 7

NUESTROS SUSCRIPTORES 7

NUESTRAS ALTERNATIVAS EN PRODUCTOS 8

CÓMO FUNCIONA EL PLAN 8

DEFINICIONES 9

DISPOSICIONES GENERALES 21

DISPOSICIONES UNIFORMES 23

CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS DE ESTE PLAN 36

CÓMO UTILIZAR ESTA CUBIERTA 40

SISTEMA DE QUERELLAS 64

DIVULGACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN EXTERNA 74

CUBIERTA BÁSICA 85

CUBIERTA DE HOSPITAL 85

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICO DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN 86

SERVICIOS POST HOSPITALARIOS 88

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR (HOME HEALTH CARE) 88

SERVICIOS PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN 89

SERVICIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES CON CANCER DE SENO 89

SERVICIO DE ANESTESIA GENERAL Y USO DE SALA DE OPERACIONES PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES 91

SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS 92

PRUEBAS ESPECIALIZADAS 100

SERVICIOS DE MATERNIDAD 105
SERVICIOS PEDIÁTRICOS 105
SERVICIOS PREVENTIVOS 106
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS 107
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA MUJERES INCLUYENDO LAS EMBARAZADAS 110
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS 114
SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICOS Y PREVENTIVOS 117
SERVICIOS DE SALUD VISUAL PEDIÁTRICO 118
SERVICIOS DE SALUD VISUAL ADULTO 118
SERVICIOS DE EMERGENCIA 119
SERVICIOS FUERA DE PUERTO RICO (ESTADOS UNIDOS 119
Y SUS TERRITORIOS) 119
SERVICIOS PARA CONDICIONES MENTALES 120
SERVICIOS DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO 121
EXCLUSIONES GENERALES DE LA CUBIERTA BÁSICA 122
CUBIERTA DE FARMACIA 126
DEFINICIONES 133
DESCRIPCIÓN DE LA CUBIERTA DE FARMACIA 137
DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS APLICABLES 139
DEDUCIBLE ANUAL DE MEDICAMENTOS 139
COPAGOS Y COASEGUROS 139
BENEFICIO INICIAL 139
CANTIDAD DE DESPACHO 139
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA 141
SEGURO DE VIDA 143
RESUMEN DE CUBIERTA 143
TABLA DE REDUCCIÓN DE BENEFICIO 143
PROCESO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS 143
PROCESO DE RECLAMACIÓN 144
FIRST HEALTH CALL 145
TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES 146
PLATINUM 146

GOLD 151
SILVER 156

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE

ESTE CONTRATO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE *MEDICARE*
Este no es un plan Complementario a *Medicare*

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

Este contrato duplica beneficios de *Medicare* cuando:
Algunos de los servicios cubiertos por el contrato también están cubiertos por *Medicare*.

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

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

Antes Que Usted Compre Este Contrato
Coteje la cubierta en **todos** los contratos de plan de salud que tenga.

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

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

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

DISPONIBILIDAD DE CUBIERTA EN EL MERCADO PYMES

First Medical Health Plan, Inc. en adelante "El Plan", no negará la disponibilidad de productos en el Mercado PYMES según aprobados por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, a cualquier persona o patrono que le solicite de conformidad a la legislación aplicable. No se denegará cubierta de plan médico a ningún individuo o patrono PYMES sujeto a las limitaciones permisibles por ley. Aquellos empleados de grupos PYMES y/o sus dependientes que pierdan elegibilidad a la cubierta grupal, podrán solicitar conversión a una cubierta individual de acuerdo a las disposiciones señaladas en la sección Procedimiento de suscripción dentro y fuera del Periodo de Suscripción Fijo de este contrato. En caso del mercado de planes PYMES, no impondrá restricción por condiciones preexistentes, independientemente de la edad del suscriptor. Además, este contrato cumple con todas las disposiciones y requisitos por la Ley HIPAA según la carta normativa N-AV-10-90-97 del 24 de noviembre de 1997.

TRASFONDO HISTÓRICO

First Medical Health Plan, Inc., es una Organización de Servicios de Salud. Fue fundada en el 1977 y actualmente su presidente es el Sr. Francisco J. Artau Feliciano. Por cuarenta y cuatro (44) años **First Medical Health Plan, Inc**., ha dedicado sus esfuerzos a mejorar la calidad de vida de la comunidad trabajadora puertorriqueña mediante la planificación e implantación de cubiertas de servicios médicos de la más alta calidad a un costo muy razonable.

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

QUIÉNES SOMOS

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

NUESTRO COMPROMISO

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

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

NUESTROS PROVEEDORES

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

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

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

RED DE SERVICIOS

Para ofrecer un servicio de calidad **First Medical Health Plan, Inc**., cuenta con 20 Oficinas de Servicio, 12 Hospitales y 17 Clínicas alrededor de todo Puerto Rico.

NUESTROS SUSCRIPTORES

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

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

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

NUESTRAS ALTERNATIVAS EN PRODUCTOS

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

FIRST MEDICAL PYMES:	Cubierta Médico-Hospitalaria
Farmacia:	Cubierta de Farmacia
Salud Oral:	Cubierta Dental
Cubiertas Opcionales:	Cubiertas de Gastos Médicos Mayores Cubiertas Dentales

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

En conformidad con la Ley Núm. 162 de 30 de diciembre de 2020, First Medical Health Plan, Inc. emitirá la evidencia de cubierta para cada suscriptor. En el caso de suscriptores no videntes la evidencia de cubierta y la tarjeta de identificación se emitirán en el sistema Braille. Esta cubierta establece sus derechos y obligaciones como suscriptor o persona cubierta. Es importante que usted LEA SU CUBIERTA CUIDADOSAMENTE y se familiarice con sus términos y condiciones.

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

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

DEFINICIONES

1. **AÑO DE CONTRATO**: Significa el periodo de doce (12) meses consecutivos por el cual el suscriptor o persona cubierta adquiere o renueva el contrato con First Medical Health Plan, Inc.

2. **AUDIÓLOGO**: Profesional de la salud que mide y evalúa la capacidad de una persona para oír los sonidos y se especializa en el tratamiento de los pacientes con trastornos de audición.

3. **BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES**: significa los servicios identificados como "Essential Health Benefits" a tenor con la sección 1302(b) de la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Proteccion and Affordable Care Act", según enmendada por la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act", así como, con la reglamentación federal y local adoptada al amparo de ésta."

4. **CERTIFICACIÓN PARA LA PRÁCTICA DE LA CIBERTERAPIA EN PUERTO RICO:** significa la certificación para autorizar la Ciberterapia en Puerto Rico. Esta certificación se les proveerá a aquellos profesionales debidamente licenciados y autorizados a practicar en Puerto Rico las siguientes disciplinas: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación y terapia educativa, conforme a la reglamentación establecida por aquellas juntas o autoridades que las regulan. Solo se le podrá emitir la presente certificación a los profesionales aquí referidos con licencias vigentes en la jurisdicción de Puerto Rico o en la jurisdicción federal.

5. **CIBERTERAPIA**: es la práctica a distancia de la fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación y terapia educativa, en la cual la interacción individuo-terapeuta está mediada por herramientas tecnológicas de comunicación e información. Los mismos deben incluir, pero sin limitarse a, servicios de diagnóstico, evaluación, análisis, consultas, supervisión, información, educación, interpretación e intervención con las necesidades y expectativas del individuo que los recibe. La práctica de la ciberterapia debe tomar en consideración aquellos aspectos según definidos por el "Center for Medicare Services" (CMS, por sus siglas en ingles), a los fines de que las consultas efectuadas puedan ser consideradas para reembolso por "Medicare" o "Medicaid".

6. **COASEGURO**: Significa la cantidad relativa o por ciento (%) que pagará un suscriptor directamente al proveedor al momento de recibir los servicios; el coaseguro se calcula como un porcentaje a base de los honorarios establecidos que han sido contratados por First Medical Health Plan, Inc. con el proveedor.

7. **COHABITANTE**: Dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, que no están relacionadas por lazos familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, sujetas a convivencia sostenida y afectiva de manera voluntaria, estable, pública y continua durante un plazo no menor de un (1) año, que cohabitan en una residencia común

sin estar casadas entre sí y que tienen la intención de continuar con la situación cohabitacional indefinidamente.

8. **CONDICIÓN DE SALUD RELACIONADA AL MALTRATO**: significa una condición de salud sufrida por la víctima de maltrato surgida, en parte o en su totalidad, como producto de un acto o patrón de maltrato.

9. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Una condición, sin importar la causa de esta, para la cual se recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico.

10. **CÓNYUGE**: Persona con la cual el suscriptor se encuentre casado luego de haber cumplido con los requisitos y formalidades exigidos por la ley.

11. **COPAGO**: Significa la cantidad fija establecida a ser pagada por el suscriptor al momento de recibir los servicios.

12. **COSTOS COMPARTIDOS (COST-SHARING):** Todos los copagos, coaseguros, deducibles o cargos similares y cualquier gasto requerido del plan médico al asegurado o suscriptor.

13. **CRITERIOS DE REVISIÓN CLÍNICA**: Significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad médica e idoneidad del servicio de cuidado de la salud. Estas guías de práctica no son obligatorias para el Profesional de la salud en el ejercicio de sus funciones cuando provea algún servicio de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales, federales y reglamentos correspondientes; y siempre y cuando el servicio provisto sea reconocido por las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y de la salud, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza. El diagnóstico profesional será criterio rector y exclusivo para determinar el tratamiento a seguir en un paciente. Por lo tanto, el criterio profesional no podrá ser alterado por la aseguradora. No obstante, lo anterior, las disposiciones del inciso E del Artículo 2.030 del Capítulo 2 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico deberán cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema.

14. **CUBIERTA ACREDITABLE:** significa, respecto a una persona, los beneficios de salud o la cubierta provista conforme a algunos de los siguientes mecanismos:
    a. Un plan médico, ya sea grupal o individual;
    b. La Parte A o la Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare);
    c. El Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid), aparte de la cubierta que consiste solamente de beneficios en el Artículo 1928 (el programa para la distribución de vacunas pediátricas);
    d. El Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estados Unidos (cuidado médico y dental para los miembros y algunos exmiembros de la uniformada, y para sus dependientes. Para propósitos del Título 10 U.S.C. Capítulo 55, “la uniformada” significa las Fuerzas

Armadas y el Cuerpo Comisionado de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica y del Servicio Público de Salud);

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

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

15. **CUBIERTO**: Significa que First Medical será responsable por el cien por ciento (100%) de los costos del servicio incurrido a razón de las tarifas contratadas con el proveedor de servicio.

16. **DEDUCIBLE**: Significa la cantidad fija de gasto que el suscriptor deberá incurrir antes de que el Plan comience a efectuar pago por beneficios cubiertos.

17. **DENTISTA**: También, denominado odontólogo, es el especialista que se dedica profesionalmente al cuidado y tratamiento de las enfermedades de los dientes como ser las caries, por nombrar una de las más regulares y extendidas.

18. **DEPENDIENTE DIRECTO**: Denomina a:
    a) El cónyuge y/o cohabitante.
    b) Los hijos del empleado suscrito, incluyendo los adoptivos y colocados para adopción, hasta que cumplan los veintiséis (26) años de edad, según requerimientos de la Ley de Reforma Federal.
    c) Los hijastros y los hijos naturales reconocidos de los suscriptores menores de veintiséis (26) años de edad y cualquier otro familiar que esté bajo la patria potestad o custodia legal, que vivan con el empleado suscrito en una relación corriente de padre e hijo.
    d) Cualquier hijo de crianza que, sin ser hijo natural o adoptivo del suscriptor, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el suscriptor en una relación normal de padre/madre e hijo/hija. Deberá presentar evidencia que confirme esta relación; tal

como: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos y/o planillas.

e) Disponiendo que también cualifican los menores no emancipados como dependiente directo de un plan de salud familiar, cuyo abuelo o abuela u otro familiar sea el empleado suscrito, siempre y cuando se le presente al "Plan" copia certificada de la Sentencia final y firme del Tribunal, en la que se le adjudica la custodia de dicho menor no emancipado a dicho abuelo, abuela o familiar. Además, cualifica un incapacitado como dependiente directo de un plan de salud familiar, cuyo empleado suscrito sea el abuelo, abuela o familiar de dicho incapacitado, siempre y cuando dicho abuelo, abuela o familiar le presente copia certificada de la Sentencia final y firme del Tribunal, mediante la cual se declara incapaz a dicho incapacitado, así como la carta de tutela o el documento judicial oficial que autoriza a dicho abuelo, abuela o familiar actuar como tutor del incapacitado.

19. **EMERGENCIA MÉDICA**: Una condición médica o conductual que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad, incluyendo dolor intenso, que una persona en sano juicio con un conocimiento promedio de la medicina y la salud, podría inferir que la ausencia de atención médica inmediata podría poner en peligro seriamente la condición de salud de la persona afectada por tal condición o, con respecto a una persona durante el embarazo, la salud de la persona o del feto, o en el caso de un trastorno de conducta, puede poner en grave peligro la condición de salud de dicha persona u otras personas; causar problemas en las funciones corporales de esa persona; causar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de esa persona; o una desfiguración grave.

20. **EMPLEADO ELEGIBLE**: un empleado que trabaja a tiempo completo —semana regular de trabajo de treinta (30) horas o más—, o a tiempo parcial —al menos diecisiete y media (17.5) horas por semana regular de trabajo— para un patrono de PYMES, en una relación de buena fe de patrono y empleado que no se establece con el propósito de comprar un plan médico. En este cómputo se deben incluir aquellos empleados que están ausentes del trabajo por motivo de alguna licencia o derecho reconocido por ley, tales como los beneficios que provee la Corporación del Fondo del Seguro del Estado o la "Family and Medical Leave Act of 1993". El término "empleado elegible" no incluye a un empleado temporero ni a los contratistas independientes.

21. **ENFERMEDAD**: Significa desorden en el cuerpo o de la mente que requiere atención médica.

22. **EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA**: es un método diagnóstico que estudia el funcionamiento cerebral y brinda información no provista por otros métodos de estudio, como el electroencefalograma, la tomografía computada o la resonancia magnética. Permite al médico y a otros profesionales comprender cómo funcionan las diferentes áreas y sistemas del cerebro de un paciente a través de la medición de sus capacidades cognitivas.

23. **FAMILIAR CERCANO:** Padre, hijo, hermano.

24. **FECHA DE EFECTIVIDAD**: corresponde al primer día de la cubierta o, si hay un periodo de espera,

el primer día del periodo de espera, lo que ocurra primero.

25. **GASTOS ELEGIBLES:** son los gastos asumidos por First Medical Health Plan, Inc. por los beneficios cubiertos.

26. **GASTOS CUBIERTOS**: Son gastos en los cuales incurre un suscriptor cuando recibe algún servicio de los contemplados en esta cubierta a través de un proveedor no participante, y que First Medical se compromete a reembolsarle al suscriptor según las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores, International Medical Card, para un proveedor de una especialidad similar al servicio ofrecido, menos el copago que aplique conforme a la especialidad del médico o al tipo de proveedor.

27. **GRUPO:** Patrono contratante con First Medical Health Plan, Inc.

28. **HIJO DE CRIANZA**: Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el suscriptor principal, en una relación de padre, madre e hijo o hija.

29. **HOGAR DE CONVALECENCIA**: Extensión de unos servicios médicos con menos supervisión de la que se requiere en un hospital.

30. **HOSPITAL PARTICIPANTE**: Significa una institución pública o privada legalmente autorizada a operar como hospital y que provea servicios a la comunidad ofreciendo tratamiento y diagnóstico médico o quirúrgico para enfermedades, lesiones o tratamientos obstétricos a pacientes hospitalizados, incluyendo hospitales generales y especiales tales como de tuberculosis, de enfermedades mentales y otros tipos de hospitales y facilidades relacionadas con los mismos, que hayan firmado contrato con "El Plan" para prestar servicios de hospitalización a sus suscriptores.

31. **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE EL MALTRATO**: significa información acerca de actos de maltrato cometidos contra una persona o sobre el estatus de víctima de maltrato de dicha persona; información acerca de determinada condición de salud para la cual la organización de servicios de salud sabe, o tiene motivos para saber, que está relacionada con el maltrato; la dirección y el número de teléfono (residencial y de trabajo) de una víctima de maltrato o información sobre la relación familiar o laboral entre una persona cubierta, actual o potencial, y una persona que es víctima de maltrato.

32. **LEY COBRA**: Ley Pública 99- 272, Título X, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA), la cual requiere que todo patrono con veinte (20) empleados o más que auspicia planes grupales de plan médico, le provea a sus empleados y familiares en algunas situaciones, de una cubierta temporera (llamada cubierta de continuidad) cuando la cubierta del plan termina.

33. **MALTRATO:** significa la comisión de uno o más de los siguientes actos, bien fueren ejecutados por un miembro o ex miembro de la familia de la víctima, algún residente de su casa,

compañero o compañera sentimental o cualquier persona a cargo de su cuidado:

a. Intentar causar o causar, de manera intencional o negligente, daño corporal, daño físico, angustia mental grave, trauma psicológico, ultraje, agresión sexual o relaciones sexuales involuntarias;
b. Llevar a cabo, a sabiendas, una conducta de persecución en contra de la víctima, lo que incluye perseguirla, sin la debida autorización, en circunstancias que la víctima pudiera entender razonablemente que su integridad física peligra;
c. Restringir la libertad de la víctima; o
d. Causar, a sabiendas o de manera negligente, daños a la propiedad con el objetivo de intimidar o controlar el comportamiento de la víctima.

34. **MÉDICO**: Doctor en medicina autorizado para ejercer la profesión médica en Puerto Rico. Debe poseer y mantener actualizada aquella licencia que lo facultan a brindar cabalmente los beneficios de este plan, incluyendo aquellas que permiten la prescripción de medicamentos y sustancias controladas.

35. **MÉDICO PARTICIPANTE**: Denomina a un doctor en medicina, cirujano-dentista, o cirujano maxilofacial, y otros proveedores especialistas legalmente autorizados a practicar la profesión de médico que haya firmado contrato con "El Plan" para prestar servicios médicos.

36. **METRO PAVIA HEALTH SYSTEM:** Es una red de 12 Hospitales y 17 Clínicas de Servicios de Salud, con un acuerdo de trabajo con First Medical Health Plan, Inc., en donde los suscriptores no pagan copago o coaseguros en la mayoría de sus servicios.

37. **MIEMBRO DE LA FAMILIA INMEDIATA:** Este término se refiere a la pareja, los hijos y los padres, en caso de personas no casadas. Para efectos de este contrato, las parejas del mismo sexo o las uniones civiles también son considerados familias inmediatas.

38. **NECESIDAD MÉDICA**: significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es medicamente necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:
    - Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza
    - Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud
    - Que la determinación de “necesidad médica” no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la First Medical Health Plan, Inc. u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica
    - Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y

- Que dicha determinación de "necesidad médica" esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.

39. **OBESIDAD MÓRBIDA**: El exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35.

40. **OPTÓMETRA**: Profesional certificado para hacer evaluación y examen de la vista.

41. **ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:** significa toda entidad que se compromete mediante contrato a proveer o tramitar servicios de cuidado de la salud a sus suscriptores a base del prepago de los mismos, salvo la cantidad que debe pagar el suscriptor por concepto de copago, coaseguro o deducible, bajo las disposiciones del Capítulo 19 del Seguros de Puerto Rico.

42. **PAGADOR PRIMARIO:** Es el plan de cuidado de salud cuyos beneficios se determinan sin tomar en consideración la existencia de algún otro plan de cuidado de salud. Un plan se considera primario si:
    a. el plan no tiene una orden de reglas de determinación de beneficios o si las reglas difieren de aquellas permitidas por esta regulación
    b. todos los planes que cubren a la persona usan la orden de reglas de determinación de beneficios requeridas por esta regulación y bajo aquellas reglas que el plan determina que beneficia primero.

43. **PAGADOR SECUNDARIO**: Es el plan que no es el plan primario y pagará por los servicios cubiertos después que el plan primario pague y sólo paga si existen costos que el plan médico primario no cubrió.

44. **PATRONO:** incluye toda persona natural o jurídica de cualquier índole que, con ánimo de lucro o sin él, emplee o permita trabajar cualquier número de obreros, trabajadores o empleados mediante cualquier clase de compensación.

45. **PATRONO DE PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA (PYMES):** significa toda persona, firma, corporación, sociedad, asociación, con o sin fines de lucro, que haya empleado durante al menos el cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año natural anterior, al menos dos (2), pero no más de cincuenta (50) empleados elegibles. Al determinar el número de empleados elegibles, las compañías que sean afiliadas, o que sean elegibles para presentar una planilla de impuestos combinada para propósitos de tributación en Puerto Rico, se considerarán un solo patrono. Después de emitido el plan médico y con el propósito de determinar la continuidad de la elegibilidad, el tamaño de dicho patrono de PYMES se determinará anualmente.

46. **PERIODO DE ESPERA**: Significa el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona cubierta o asegurado antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los

términos del plan médico. El periodo de espera en ningún caso podrá exceder de noventa (90) días. No obstante, los servicios de sala de emergencias no tendrán periodo de espera y el periodo de espera para los servicios preventivos no podrá exceder los treinta (30) días.

47. **PERIODO DE SUSCRIPCIÓN**: significa el lapso de tiempo establecido para que un empleado elegible se suscriba a un plan médico de patronos PYMES.

48. **PERSONA CUBIERTA**: Persona que mantiene un contrato de cubierta con First Medical Health Plan, Inc., que le da derecho a los beneficios establecidos en el contrato expedido a nombre del grupo contratante y asume las responsabilidades.

49. **PERSONA ELEGIBLE:** significa una persona que sea residente de Puerto Rico y que no es elegible a ser asegurado conforme a un plan médico auspiciado por su patrono. El término puede incluir lo siguiente:
(1) Asegurado;
(2) Asegurado, cónyuge y sus hijos;
(3) Asegurado y cónyuge;
(4) Asegurado hijos; o
(5) Hijo solo;
(6) Asegurado y cohabitante

50. **PERSONA ELEGIBLE SEGÚN LAS LEYES ESTATALES:**
(1) Una persona:

(a) Para la cual, a la fecha de efectividad conforme a este Capítulo, los periodos acumulados de cubierta , según se define en el inciso K, sumen dieciocho (18) meses o más.
(b) Haya tenido una cubierta acreditable.
(c) Que, entre la última cubierta acreditable y la fecha de efectividad, no haya transcurrido más de sesenta y tres días (63) días.
(d) Que no sea elegible para cubierta por un plan médico grupal, Parte A o Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguro Social, o un plan estatal conforme al Título XIX de dicha Ley, o programa sucesor de dichos planes y que no tenga ninguna otra cubierta de plan médico.
(e) Cuya cubierta más reciente dentro de los periodos acumulados de cubierta acreditable no se dio por terminada por motivo de la falta de pago de las primas o de fraude.

51. **PLAN DE SALUD FAMILIAR:** Cubierta para el suscriptor y dos o más dependientes directos.

52. **PLAN MÉDICO (PLAN DE SALUD)**: Significa un contrato de seguro, póliza, certificado o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o

sobre una base pre-pagada, mediante el cual la organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador 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 estos.

53. **PLAN MÉDICO GRUPAL**: significa contrato emitido por First Medical Health Plan, Inc. para un grupo PYMES mediante el cual se provee servicios de cuidado de salud a los empleados elegibles y sus dependientes.

54. **PRIMA**: significa la cantidad específica de dinero pagada a First Medical Health Plan, Inc. como condición para recibir los beneficios de un plan médico para los empleados elegibles de patronos PYMES.

55. **PROFESIONAL DE LA SALUD**: Es un médico u otro profesional del campo de la salud con licencia, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales y reglamentos correspondientes, tales como, pero sin limitarse a médicos, cirujanos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras, tecnólogos médicos, audiólogos, optómetras, psicólogos clínicos, quiroprácticos y doctor en Naturopatía.

56. **PROVEEDOR PARTICIPANTE**: significa el proveedor que, conforme a un contrato con First Medical Health Plan, Inc. (FMHP), o con el contratista o subcontratista de este, haya acordado brindar servicio de cuidado de la salud a las personas cubiertas o asegurados con la expectativa de recibir pago, aparte del porcentaje de coaseguro, el copago o el deducible, directa o indirectamente, de parte de First Medical Health Plan, Inc.

57. **PRUEBA BRCA:** Pruebas estándar para detectar mutaciones comunes en los genes BRCA-1 y BRCA-2 que aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama o de ovario.

58. **PRUEBA HEAVY METAL (PRUEBA DE METALES PESADOS):** Pruebas de los estudios o pruebas de laboratorios usados para cernir, diagnosticar o evaluar la efectividad del tratamiento de envenenamiento por metales pesados en individuos que han sido expuesto de manera aguda o crónica a estas sustancias. Además, son utilizados para medir a través del tiempo las concentraciones de metales pesados en trabajadores o personas que están en contacto con metales pesados.

59. **PRUEBA HLA TYPING (PRUEBA DE TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO DE LEUCOCITO HUMANO)**: La prueba de Tipificación de Antígeno de Leucocito Humano (HLA por sus siglas en inglés) identifica los antígenos en las células blancas de la sangre para determinar la compatibilidad para un trasplante de órgano.

60. **PSICOANÁLISIS**: Es un método que tiene como objetivo la investigación y tratamiento de las condiciones mentales.

61. **PSICÓOLOGO CLÍNICO**: Profesional certificado para tratar con el alivio de las trastornos mentales y evaluaciones psicológicas.

62. **QUIROPRÁCTICO:** Profesional certificado para tratar y manipular el sistema nervioso y su relación a la estructura funcional.

63. **REPRESENTANTE AUTORIZADO: Es** la persona denominada y autorizada por el grupo para realizar gestiones en todos los asuntos relacionados al plan médico.

64. **REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO**: significa:

    a. Una persona a quien la persona cubierta ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente
    b. Una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona cubierta
    c. Un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta, o el profesional de la salud que atiende a la persona cubierta cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento;
    d. Un profesional de la salud cuando el plan médico de la persona cubierta requiere que un profesional de la salud solicite el beneficio
    e. En el caso de una solicitud de cuidado urgente, un profesional de la salud que tenga conocimiento sobre la condición médica de la persona cubierta.

65. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** 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.

66. **SERVICIOS AMBULATORIOS**: Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un suscriptor mientras no se encuentre recluido como paciente en un hospital.

67. **SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD:** Significa servicios de diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de padecimientos crónicos, dolencias, lesiones o enfermedades.

68. **SERVICIOS DE EMERGENCIA:** Servicios de cuidado de la salud prestados o que se requieren para tratar una condición médica de emergencia.

69. **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**: Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un suscriptor mientras se encuentre recluido como paciente en un hospital.

70. **SERVICIOS MEDICAMENTE NECESARIOS**: Se refiere a servicios de salud determinados como médicamente apropiados cuando:
    a) son necesarios para suplir las necesidades básicas de salud del suscriptor,
    b) son prestados de la manera más costo-eficiente y en el ambiente más apropiado para la prestación del servicio de salud requerido,
    c) el servicio es consistente en tipo, frecuencia y duración conforme a las guías generalmente aceptadas en la práctica médica o según es determinado por las autoridades y entidades apropiadas,
    d) son consistentes con el diagnóstico de la condición,
    e) son requeridos por razones que no sean la conveniencia del suscriptor o de su médico,
    f) han demostrado mediante literatura médica debidamente revisada por profesionales de igual categoría que son:
        - Seguros y efectivos para el tratamiento o diagnóstico de una condición o enfermedad cubierta para el cual su uso se propone, o,
        - Son servicios seguros con promesa de eficacia para el tratamiento de enfermedades o condiciones de salud cubiertas.

71. **SERVICIOS MÉDICOS:** significa servicios de diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de padecimientos crónicos, dolencias, lesiones o enfermedades.

72. **SÍNDROME DE DOWN:** significa la alteración genética causada por la triplicación del material gen

73. **SITUACIÓN DE VÍCTIMA DE MALTRATO:** significa el hecho o la percepción de que la persona es o ha sido víctima de maltrato, independientemente de si la persona ha sufrido alguna condición de salud relacionada con dicho maltrato.

74. **SUBROGACIÓN:** Si por culpa o negligencia de un tercero, el suscriptor o cualquiera de sus dependientes sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta en este contrato First Medical Health Plan, Inc. tendrá derecho a subrogarse en los derechos del suscriptor, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento del suscriptor, ocasionados por tales actos culposos o negligentes. El suscriptor reconoce el derecho de subrogación de First Medical Health Plan, Inc. y tendrá la responsabilidad de notificarle a First Medical Health Plan, Inc., toda acción que inicie en contra de dicho tercero; disponiéndose, que en caso de que actúe en forma contraria, el suscriptor será responsable de pagar por dichos gastos a First Medical Health Plan, Inc.

75. **SUSCRIPTOR PRINCIPAL**: La persona que suscribe este contrato, a través de la solicitud de ingreso, con First Medical Health Plan, Inc.

76. **SUSCRIPTOR O PERSONA CUBIERTA**: Significa toda persona elegible, sea suscriptor principal o dependiente directo la cual tiene derecho a recibir los servicios y beneficios cubiertos bajo este contrato.

77. **TELEMEDICINA:** Es la práctica de la medicina a distancia incorporando tanto el diagnóstico, el tratamiento y la educación médica mediante el uso de recursos tecnológicos para optimizar los servicios de atención en salud. Los mismos deben incluir, pero sin limitarse, servicios complementarios e instantáneos a la atención de un especialista; diagnósticos inmediatos por parte de un médico especialista en un área o región determinada; educación remota de alumnos de las escuelas de enfermería, profesionales de la salud y medicina; servicios de archivo digital de exámenes radiológicos, ecografías, emergencias médicas y otros. En el caso de Centros de Rehabilitación se incluirá para fines de Telemedicina a terapistas físicos, terapistas ocupacionales y terapistas del habla. La práctica de la Telemedicina debe tomar en consideración aquellos aspectos según definidos por el "Center for Medicare Services" (CMS, por sus siglas en ingles), a los fines de que las consultas efectuadas puedan ser consideradas para reembolso por "Medicare", "Medicaid" y otros planes médicos.

78. **TELESALUD:** Significa la atención a distancia que profesionales de la salud, más allá de los médicos, ofrecen a sus pacientes mediante el uso de tecnologías, servicios electrónicos y de telecomunicaciones.

79. **URGENCIA**: Significa una condición médica suscitada, que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia.

80. **VÍCTIMA DE MALTRATO**: significa una persona en contra de la cual se ha cometido un acto de maltrato; que tiene o ha sufrido lesiones, enfermedades o trastornos resultantes del maltrato; o que solicita o ha solicitado, o podría tener motivo para solicitar, tratamiento médico o psicológico debido al maltrato; o protección legal o refugio para protegerse del maltrato.

81. **VISITAS COLATERALES**: Entrevistas en la oficina de un psiquiatra con familiares inmediatos del paciente suscrito bajo este contrato.

DISPOSICIONES GENERALES

A. La cubierta bajo este contrato no está diseñada para duplicar ningún beneficio al cuál el suscriptor tenga derecho bajo la ley de seguro social federal.

B. La persona cubierta no podrá ceder, traspasar o enajenar a favor de terceras personas, ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de esta cubierta.

C. El suscriptor tendrá un término de treinta (30) días, a partir de la fecha de envío de las tarjetas de identificación para reclamar cualquier error cometido por First Medical Health Plan, Inc. en la adjudicación de cubiertas y/o dependientes. En estos casos, la corrección se hará retroactiva a la fecha de la cubierta.

D. Los suscriptores tendrán derecho a los servicios cubiertos que sean médicamente necesarios descritos en esta sección sólo durante la vigencia de este contrato. Las limitaciones, exclusiones y otras provisiones de este contrato y pago por el suscriptor del cargo de copago o coaseguro de los servicios cubiertos, si alguno, según se especifica en este contrato.

Deducibles

Deducible	Individual	Familiar
Deducible Anual de Médico	**$0**	**$0**
Deducible Anual de Medicamentos	Deducible, según cubierta seleccionada, ver línea **A** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato	Deducible, según cubierta seleccionada, ver línea **B** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato

Período de Acumulación de Deducible

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

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

El máximo que aplica a este contrato será equivalente al establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para el año de vigencia de este 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). Para el año vigente será Individual $6,350.00 y Familiar $12,700.00.
Este MOOP aplica para todos los beneficios integrados de esta cubierta (cubierta básica y beneficios de medicinas en farmacia). No se contemplan para el cálculo del MOOP los siguientes servicios:

- Servicios dentales que no sean esenciales.
- cualquier cantidad que usted pague por encima de la tarifa contratada
- cualquier copago/coaseguros que usted pague a una farmacia no participante.

Cuando la persona cubierta alcance el máximo de gastos del bolsillo establecido, First Medical cubrirá los beneficios esenciales de salud al 100%.

MOOP	**Individual** **$6,350**	**Familiar** **$12,700**

DISPOSICIONES UNIFORMES

RESCISIÓN

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

CONTRATO ÚNICO; CAMBIOS

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

LEY HIPAA

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

CERTIFICACIÓN DE CUBIERTA ACREDITABLE

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

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

El formulario de certificación de cubierta acreditable contendrá lo siguiente:

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

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

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

RESTRICCIONES RELACIONADAS CON LAS TARIFAS
Las tarifas de los planes médicos de grupos pequeños para patronos de PYMES estarán sujetas a lo siguiente:

1. First Medical Health Plan, Inc. deberá desarrollar sus tarifas a base del método de tarifación de comunidad ajustado y sólo podrá variar las tarifas por composición familiar, edad, beneficios cubiertos y uso del tabaco. Los planes médicos “grandfathered” no están obligados a cumplir con esto.

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

PERIODO DE GRACIA
Sujeto al derecho de la organización de cancelar de acuerdo con la cláusula sobre cancelación de este contrato.

Se concede un periodo de gracia de 31 días para el pago de cada prima que venza después de la primera prima, periodo de gracia durante el cual el contrato continuará en vigor.

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

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

DISPONIBILIDAD DEL PLAN MÉDICO

First Medical Health Plan, Inc. debe cumplir con las siguientes disposiciones para aquellas cubiertas para patronos de PYMES:

1. First Medical Health Plan, Inc. no podrá denegar, excluir o limitar los beneficios de un plan médico por motivo de una condición preexistente.
2. First Medical Health Plan, Inc. no podrá establecer normas de elegibilidad o de renovación en un plan médico mediante las cuales se discrimine por razón de un factor relacionado con la salud del suscriptor o de un dependiente. Se entenderán por normas de elegibilidad, aquellas normas relacionadas con lo siguiente: la suscripción en un plan médico, la tarifa, la fecha de efectividad de la cubierta, periodos de espera, suscriptores tardíos, periodos de suscripción especial, elección de beneficios, inclusión de dependientes o terminación de cubierta, entre otros.
3. Los planes médicos de patronos PYMES no podrán tener un periodo de espera que exceda los noventa (90) días. No obstante, los servicios de sala de emergencias no tendrán periodo de espera y el periodo de espera para los servicios preventivos no podrá exceder los treinta (30) días. En el caso de un plan médico que contenga un periodo de espera, el plan médico deberá reducir el mismo si el suscriptor tiene una cubierta acreditable, y esta haya terminado en una fecha no anterior a los noventa (90) días previos a la fecha de suscripción al nuevo plan médico. La reducción dispuesta en este inciso será por la totalidad del período de cubierta acreditable.
4. Los planes médicos de patronos de PYMES no impondrán exclusión alguna por condición de embarazo.
5. Los planes médicos permitirán que los suscriptores tardíos se suscriban conforme a los términos del plan médico durante un periodo especial de suscripción si:
    a. El suscriptor tardío estuvo cubierto por otro plan médico cuando se ofreció el plan médico de patronos de PYMES, incluyendo un plan médico conforme a las disposiciones de continuación de “Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act” (COBRA);
    b. El otro plan médico que tenía el suscriptor tardío terminó conforme a los requisitos de elegibilidad de dicho plan médico, los cuales incluyen la separación, el divorcio, la muerte, la terminación del empleo, o reducción en el número de horas de empleo o las aportaciones patronales a la otra cubierta se han terminado; y
    c. El suscriptor tardío solicita acogerse al plan médico de patronos de PYMES, a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de vencimiento del otro plan médico.

    Si un empleado solicita la suscripción según este inciso (5), el plan médico de patronos de PYMES entrará en vigor a más tardar el primer mes natural siguiente a la fecha en que se recibió la solicitud de suscripción.

6. Todo plan médico que provea cubiertas a patronos PYMES de establecerá un periodo especial para suscripción de dependientes, durante el cual el dependiente y el empleado elegible, si no está suscrito de otra manera, podrán suscribirse al plan médico, en el caso del nacimiento, adopción de un niño, adjudicación de custodia o tutela, o en el caso de matrimonio. El periodo especial de suscripción para las personas que cumplen con las disposiciones de este inciso será un periodo no menor de treinta (30) días y comenzará en la fecha más tardía de las siguientes:
    a. La fecha en que se haga disponible el plan médico para dependientes; o
    b. La fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o adjudicación de custodia o tutela.

    Si el empleado elegible suscribe al dependiente durante los primeros treinta (30) días del periodo especial de suscripción, la fecha de efectividad del plan médico será la siguiente:
    a. En el caso de un matrimonio, el primer día del mes siguiente a la fecha en que se recibe la solicitud de suscripción completada;
    b. En el caso del nacimiento de un dependiente, a la fecha de nacimiento y
    c. En el caso de la adopción, adjudicación de custodia o tutela del dependiente, la fecha de la adopción o de la adjudicación.
7. El plan médico que ofrezca una cubierta de beneficios a un patrono de PYMES ofrecerá el mismo a todos los empleados elegibles de dicho patrono y sus dependientes. El plan médico no limitará la cubierta únicamente a determinados empleados elegibles o dependientes del grupo.
8. Los planes médicos de patronos de PYMES no establecerán restricción alguna en cuanto a la suscripción o participación en el plan de los empleados elegibles o sus dependientes que se relacione con la condición de salud de estos.

REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN MÍNIMA Y APORTACIÓN PATRONAL

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

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

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

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

RENOVACIÓN DEL PLAN MÉDICO

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

1) Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia.
2) Cuando la persona cubierta o suscriptor realiza un acto que constituye fraude.
3) Cuando la persona cubierta o suscriptor ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico.
4) Cuando First Medical Health Plan determine descontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos individuales en Puerto Rico. En estos casos, se notificará por escrito al Comisionado, por lo menos noventa y cinco (95) días antes de la fecha de no renovación y a las personas cubiertas o suscriptores, su determinación de no renovar, por lo menos noventa (90) días antes de la fecha de no renovación del plan médico
5) Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;
6) Cuando First Medical Health Plan determine descontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos formalizados con patronos de PYMES en Puerto Rico. En estos casos, se notificará por escrito al Comisionado, al patrono de PYMES y a las personas cubiertas o suscriptores, su determinación de no renovar, por lo menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha de renovación del plan médico.
7) Cuando el Comisionado determine que la continuación del plan médico no responde a los mejores intereses de los titulares de los contratos, o afectaría la capacidad de plan médico para cumplir sus obligaciones contractuales.
8) Cuando ya no hay un empleado del patrono de PYMES que viva, trabaje o resida dentro del área geográfica establecida por el plan médico.

SUSCRIPTOR TARDÍO

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

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

1. Si el empleado elegible o dependiente cumple con cada uno de los siguientes criterios:
    a. Estaba cubierto bajo una cubierta acreditable al momento de la suscripción inicial
    b. Perdió la cubierta acreditable como resultado del cese de la aportación del patrono, la terminación de su empleo o de su elegibilidad, la reducción en el número de horas de su empleo, la terminación involuntaria de una cubierta acreditable, o la muerte de un cónyuge, divorcio o separación legal
    c. Solicita acogerse dentro de treinta (30) días a partir de la terminación de la cubierta acreditable o el cambio en las condiciones que llevaron a la terminación de la cubierta.
2. Si el empleado elegible o dependiente se acoge durante un periodo de suscripción establecido, cuando se provea para ello en un plan médico o cuando de otra manera disponga la ley
3. Si el empleado elegible está empleado por un patrono que ofrece múltiples planes médicos y éste elige un plan médico diferente durante un periodo de suscripción

4. Si un tribunal ha ordenado que se provea cubierta para un cónyuge, hijo menor o dependiente bajo el plan médico de un empleado y se hace la solicitud de suscripción dentro de los treinta (30) días después de emitirse la orden del tribunal
5. Si el estatus del empleado cambia de no elegible a uno de elegible y solicita suscripción dentro de los treinta (30) días después del cambio de estatus
6. Si el empleado elegible o dependiente tenía cubierta bajo una disposición de continuación del "Consolidated Omnibus Budget Reconcilation Act (COBRA)" y la cubierta bajo esa disposición se ha extinguido
7. El empleado elegible cumple con los requisitos de suscripción especial a tenor con las disposiciones de esta sección.

RECIÉN NACIDOS, NIÑOS RECIÉN ADOPTADOS Y NIÑOS COLOCADOS PARA ADOPCIÓN

A. Requisitos de Cubierta

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

(1) Niños recién nacidos de personas cubiertas desde el momento en que nacen o

(2) Niños recién adoptados por personas cubiertas a partir de la primera de las siguientes fechas:

a. La fecha en que se colocan en el hogar de la persona cubierta con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes de la persona cubierta, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al niño del hogar donde había sido colocado;

b. La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del niño a la persona cubierta que tenga la intención de adoptarlo; o

c. La fecha de vigencia de la adopción.

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

(1) Servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico; y

(2) No está sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.

B. Requisitos de Notificación

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

(1) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá exigir que la persona cubierta o suscriptor notifique del nacimiento del niño y que proporcione el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento.

(2) Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, el plan médico podrá optar por no continuar proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de

treinta (30) días. No obstante, lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño la persona cubierta o suscriptor emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.

(3) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá solicitar que se proporcione una notificación del nacimiento del niño, pero no podrá denegar o rehusarse a continuar proveyendo la cubierta si la persona cubierta o suscriptor no proporciona dicha notificación.

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

(1) Si para proveer cubierta a un niño recién adoptado o un niño colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá exigirle a la persona cubierta o suscriptor que notifique al plan médico sobre la adopción o sobre la colocación en un hogar para adopción y que provea el pago de la prima o cargos requeridos a más tardar los treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience.
(2) Si la persona cubierta no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, el plan médico no podrá tratar al niño adoptado o al niño colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.

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

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

TERMINACIÓN
El patrono podrá terminar este contrato mediante el envío de una notificación por escrito a First Medical Health Plan, Inc., para tener efecto dicha terminación al recibo de la notificación o en cualquier fecha posterior que en el mismo se especifique; disponiéndose, que el patrono será responsable del pago de las primas hasta la fecha de terminación del contrato. Inmediatamente luego de terminado el contrato, el empleado suscrito deberá devolver a First Medical Health Plan,

Inc., su tarjeta de identificación y las tarjetas de todos sus dependientes. La terminación no afectará a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de terminación.

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

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

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

En caso de que el suscriptor sea diagnosticado con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con dicha condición antes de dicha fecha, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.

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

REINSTALACIÓN

Si no se pagare alguna prima de renovación dentro del tiempo concedido de 31 días (periodo de gracia) al suscriptor para su pago, la subsiguiente aceptación de una prima por First Medical Health Plan, Inc. o su Representante Autorizado, sin requerir una solicitud de rehabilitación, rehabilitará el contrato. Sin embargo, si la organización o tal representante autorizado exige una solicitud de reinstalación y extiende un recibo condicional por la prima pagada, el contrato quedará reinstalado al aprobarse dicha petición por la organización o a falta de tal aprobación, al cuadragésimo quinto día siguiente la fecha de dicho recibo condicional, a menos que la organización haya previamente notificado por escrito al suscriptor la desaprobación de tal solicitud. El contrato rehabilitado sólo cubrirá pérdida resultante de cualquier lesión accidental que pueda sufrirse después de la fecha de la rehabilitación y pérdidas debidas a cualquier enfermedad que pueda comenzar más de diez (10) días después de tal fecha. En cualquier otro respecto, suscriptor y organización tendrán los mismos derechos con arreglo al contrato que los que tenían inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima insoluta, sujeto a

cualesquiera disposiciones endosadas o adheridas a la presente, en relación con la reinstalación. Cualquier prima que se acepte en relación con una reinstalación deberá aplicarse a un periodo por el cual no haya pagado previamente, pero no a ningún período mayor de sesenta (60) días con anterioridad a la fecha de la reinstalación.

LEY ERISA

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

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

La ERISA sí permite que se demande a compañías que proveen plan de salud y patrono, pero sólo en tribunales federales y por el valor inmediato de la atención médica denegada, sin incluir otras pérdidas económicas conexas u otros daños resultantes que no sean de tipo económico. Dadas la carestía y dificultad del proceso jurídico, estas disposiciones han logrado poner fin a las demandas por responsabilidad civil contra planes de salud y patronos que gozan de la protección de la ERISA.

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

Cobertura de ERISA

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

Recuerde que la ley no requiere que un patrono proporcione beneficios particulares a los empleados, tales como los planes de salud. Sin embargo, el ERISA ordena que una vez que el patrono decida ofrecer tales planes, éstos deben operar de acuerdo a ciertos estándares

diseñados para proteger los intereses de los empleados y de otros beneficiarios del plan (como los miembros de la familia).

Los requisitos del ERISA

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

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

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

Reclamos de Beneficios

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

VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

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

(1) Deniegue, rehúse emitir, renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que la persona cubierta ha sufrido maltrato; o

(2) Excluya, limite la cubierta o deniegue una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta.

Cuando First Medical Health Plan, Inc. tenga información que claramente indique que una persona cubierta, actual o potencial, es una víctima de maltrato, se considerará injustamente discriminatorio que dicha First Medical Health Plan, Inc. divulgue o transfiera información confidencial sobre el maltrato, , cuando el plan tenga información que claramente indique que un suscriptor actual o potencial es víctima de maltrato no podrá divulgar o transferir información confidencial sobre el maltrato, excepto en los siguientes casos: según se define dicho término, para el propósito que fuera o a la persona que fuera, excepto en los siguientes casos:

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

8. A toda entidad que el Comisionado determine que corresponde entregar la información.

Constituye un acto discriminatorio solicitar información acerca de actos de maltrato o la situación de maltrato de una persona cubierta, actual o potencial, o usar dicha información, independientemente de cómo se obtenga, salvo para los fines limitados de cumplir con las obligaciones legales o verificar el reclamo que haga la persona a los efectos de que es una víctima de maltrato.

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

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER Y SOBREVIVIENTES

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

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

DERECHO PERSONALES

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

gastos no impedirá que First Medical Health Plan, Inc., pueda cancelar el contrato en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la radicación de querella para que se enjuicie criminalmente a la persona cubierta o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.

IDENTIFICACIÓN

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

SUBROGACIÓN

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

CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS DE ESTE PLAN

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

Para poder obtener los servicios de la cubierta, el suscriptor acudirá a los proveedores contratados según aparecen en el directorio de proveedores participantes. De ordinario, el suscriptor sólo pagará el copago o coaseguro aplicable al servicio.

En caso de que el suscriptor reciba servicios fuera de la red de First Medical Health Plan, Inc. favor referirse a las secciones: "Cómo obtener los servicios de este plan", "Servicios de Emergencia" y "Reembolso de gastos cubiertos por servicios obtenidos fuera de la red" de este plan para ver la descripción de los beneficios de salud fuera de la red.
En cuanto a la metodología utilizada por First Medical Health Plan, Inc. para determinar el monto permitido para los servicios cubiertos en este contrato que sean provistos por proveedores fuera de la red, First Medical Health Plan, Inc. reembolsará al suscriptor el 100% de los gastos cubiertos que sean médicamente necesarios, según las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores International Medical Card para un proveedor de una especialidad similar al servicio ofrecido, menos el copago que aplique conforme a la especialidad del médico o al tipo de proveedor. Además, de existir un proveedor de servicios de una especialidad no disponible en el directorio de proveedores de First Medical Health Plan, Inc. y que el servicio que este brinde sea uno cubierto por el plan, First Medical Health Plan, Inc. deberá reembolsar el 100% de los gastos incurridos por el suscriptor, menos el copago que aplique. Esto según requerido en el inciso B del Artículo 48.050 del Código de Seguros de Salud de PR. Para más información puede acceder a nuestra página electrónica https://www.firstmedicalpr.com.

A continuación, encontrará unos ejemplos de los costos anticipados para servicios fuera de la red facturados con frecuencia:

Marta se realizó un estudio fuera de la Red Preferida. Ella estará sometiendo documentos para el proceso de reembolso y necesita conocer los requisitos necesarios la cantidad que se le va a reembolsar. Marta necesita el recibo original que el proveedor le entrega una vez paga el servicio. Marta debe validar la siguiente información en el recibo:
1. CPT detallado y si aplica más de un proceso las cantidades.
2. El/Los Diagnóstico(s)
3. NPI con la información completa del proveedor que realizó el servicio.

Marta debe tener toda la información clara en el recibo original que estará sometiendo para su reclamación en el Depto. de Reembolsos. El reembolso se trabaja a base de la tarifa mayor contratada con un proveedor de la misma especialidad dentro de nuestra red de proveedores,

menos el deducible aplicable del estudio, según contratado. Si el estudio solicitado como reembolso ha sido contratado en $350 dentro de la red y el deducible aplicable es 30%, el reembolso aplicable será de $245 ($350 *70%) independientemente lo que dicho proveedor fuera de la red le hubiese cobrado.

En el caso que Marta vaya a la sala de emergencia (SE), la ley obliga a la aseguradora a pagar la misma cantidad, sea proveedor contratado o no. Marta, solamente pagará el deducible aplicable según la cubierta. Por último, si Marta es hospitalizada se aplica el mismo escenario que la sala de emergencia, paciente pagará deducible de admisión. Si la admisión proviene de la sala de emergencia, entonces Marta pagará el deducible de hospitalización y no tendrá que pagar el deducible de SE. También, existe el escenario de admisión directa que no pasa por la sala de emergencia y pagará el deducible corresponde según cubierta.

Además, para que usted pueda calcular el costo anticipado por servicios fuera de la red debe considerar lo siguiente:

a. Que FMHP cubre el 100% de los gastos mediante reembolso de los servicios que se reciban fuera de la red;

b. Que estos servicios tienen que estar dentro de los servicios que se encuentran cubiertos en este contrato;

c. Que deben ser medicamente necesarios;

d. Que se cubren según las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores International Medical Card para un proveedor de una especialidad similar al servicio ofrecido, menos el copago que aplique conforme a la especialidad del médico o al tipo de proveedor.

A continuación, encontrará un ejemplo de cómo calcular los costos anticipados para servicios fuera de la red:

La Tabla de Copagos y Coaseguros del producto Gold 1 indica que el copago para laboratorios es 40%. Si se realizara pruebas de laboratorios con un proveedor no contratado y le indican que los mismos tienen un costo de $86.32 puede calcular su reembolso de la siguiente manera: 86.32-40%(86.32) = $51.79

De tener alguna dificultad con lo anterior puede comunicarse los 7 días de la semana al 1-888-318-0274 de 8:00 a.m. a 12:00 a.m. para solicitar el cálculo del costo por recibir servicios fuera de la red.

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

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

servicios. Puede comunicarse los 7 días de la semana al 1-888-318-0274 de 8:00 a.m. a 12:00 a.m. para conocer más detalles sobre el estatus de la red, los costos y servicios.

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

De conformidad con la Ley Núm. 134 y el Artículo 48.050 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico:

A. En FMHP actualizaremos nuestra página de Internet dentro de los veinte (20) días siguientes a incluir o excluir a un proveedor a su red o de realizar cualquier cambio en la afiliación de un médico a una facilidad, siempre que, en el caso de un cambio en la afiliación, FMHP haya recibido notificación de tal cambio.

B. Respecto a los servicios fuera de la red, para cada plan de salud ofrecido, FMHP deberá, de conformidad con la ley estatal o federal vigente, proporcionar a la persona cubierta:

1) Una descripción clara y comprensible de los beneficios de salud fuera de la red del plan, incluyendo la metodología utilizada por la entidad para determinar el monto permitido para los servicios fuera de la red;

2) la cantidad permitida que el plan reembolsará según esa metodología y, en los casos en los que una persona cubierta solicite las cantidades permitidas asociadas con un código de procedimiento específico, la parte de la cantidad permitida que el plan reembolsará y la parte de la cantidad permitida que pagará la persona cubierta, incluyendo una explicación de que la persona cubierta deberá pagar la diferencia entre el monto permitido según lo definido por el plan del asegurador y los cargos facturados por un proveedor fuera de la red;

3) ejemplos de los costos anticipados para servicios fuera de la red facturados con frecuencia;

4) información, por escrito y a través de la página de Internet, que permita razonablemente a una persona cubierta o a una posible persona cubierta calcular el costo anticipado para servicios fuera de la red, basado en la diferencia entre la cantidad que el asegurador reembolsará por los servicios fuera de la red y el costo usual y acostumbrado de los servicios fuera de la red;

5) acceso a una línea telefónica directa que operará no menos de dieciséis (16) horas diarias los siete (7) días a la semana, para que los consumidores puedan llamar para informarse sobre el estatus de la red y los costos.

C. Si FMHP autoriza a un proveedor de servicios médicos o de salud dentro de la red a prestar un servicio cubierto en cualquier plan de salud, y el estatus del proveedor o de la facilidad cambia a fuera de la red antes de que se realice el servicio autorizado, FMHP notificará de ello a la persona cubierta tan pronto sea posible. Si FMHP no proporciona el aviso al menos treinta (30) días antes de que se realice el servicio autorizado, la responsabilidad económica de la persona cubierta se limitará a la responsabilidad económica en la que habría incurrido si el proveedor hubiera estado dentro de la red del plan de salud de la persona.

D. FMHP añadirá a su Información sobre Beneficios, a toda correspondencia sobre reembolso a la persona cubierta, y al proveedor, una notificación clara y concisa de que los cargos inadvertidos e involuntarios fuera de la red no están sujetos a cobro o factura más allá de la responsabilidad económica incurrida bajo los términos del contrato de servicio dentro de la red. Cualquier intento por parte del proveedor de cobrar o facturar deberá ser informado inmediatamente al departamento de servicio al cliente de FMHP, al número de teléfono que este proporcionará en la Información sobre Beneficios y toda la correspondencia sobre reembolso a la persona cubierta.

E. FMHP y cualquier otra entidad que proporcione o administre un plan autofinanciado que decida estar sujeto a las disposiciones del Artículo 48.080. de este Capítulo, emitirá una tarjeta de identificación de seguro de salud al asegurado primario bajo un plan de salud. En una forma y manera prescrita por el Comisionado, la tarjeta indicará si el plan está asegurado o, en el caso de planes autofinanciados que estén sujetos a las disposiciones del Artículo 48.080. de este Capítulo, si el plan es autofinanciado y si el plan eligió estar sujeto a las disposiciones de este Capítulo.

Por otra parte, de conformidad con la Ley Núm. 134 y el Artículo 48.120 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, le notificamos del derecho que le asiste a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Puerto Rico (OCS) para informar o impugnar un cargo fuera de la red contratada llamando al (787)304-8686, por correo a 361 Calle Calaf, PO Box 195415, San Juan, PR 00919 o visitando las oficinas de la OCS en Edificio World Plaza, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918.

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

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

CÓMO UTILIZAR ESTA CUBIERTA

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

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

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

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

SI USTED TIENE UNA EMERGENCIA MÉDICA

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

VISITAS A ESPECIALISTAS

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

¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN PREVIA?

Es una autorización escrita que le permite a usted obtener un servicio en específico. Algunos servicios médicos tienen que ser autorizados de antemano por el Plan. Estos están identificados por la frase: *Requieren autorización previa del plan.* El personal en la oficina del Plan se encargará de manejar la autorización que usted pueda necesitar y enviar la información, ya sea al proveedor o a usted mismo/a, según sea apropiado. Si el servicio solicitado es médicamente necesario y es un beneficio cubierto por el Plan, éste será evaluado para determinación. A usted se le informará mediante comunicación escrita o llamada telefónica el momento en que usted deberá contactarles de nuevo para saber cuál es la determinación. La autorización será aprobada a un plazo máximo de setenta y dos (72) horas. En el caso de las pruebas especializadas (PE), el tiempo máximo será de veinticuatro horas (24), a partir del recibo de la misma. En caso de que First Medical Health Plan, Inc. falle en cumplir con su obligación y los términos establecidos para

preautorizar un servicio y con su obligación y los términos establecidos para realizar una apelación, se entenderá que el suscriptor ha cumplido con sus obligaciones y se procederá con la aprobación correspondiente.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA CASOS URGENTES

Usted pudiera tener la necesidad de solicitar a First Medical Health Plan, Inc. una solicitud de cuidado urgente con autorización previa del plan. Esto se pudiera deber a una condición de salud que, bajo el criterio del médico que le esté atendiendo, pusiera en un serio riesgo su vida, salud o capacidad para recuperar su función máxima, o porque someterle a los términos de tiempo regulares para contestar una solicitud de autorización previa del plan le expondría a sufrir dolor severo, el cual no se puede manejar adecuadamente sin el tratamiento para el cual se esté solicitando la autorización previa del plan. En tal caso, el médico que le esté atendiendo deberá certificar el carácter de la urgencia en cuyo caso First Medical Health Plan, Inc. tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente, según dispone el Artículo 24.030 (KK) (2) del CSSPR. Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a First Medical Heatlh Plan, Inc. ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona cubierta determina presentar una solicitud de cuidado urgente, First Medical Helth Plan, Inc. tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente. La solicitud para estos casos podrá hacerse de forma oral o escrita. First Medical Health Plan, Inc deberá notificarle de su decisión de forma oral o escrita, a menos que usted solicite que sea de forma escrita, dentro de 24 horas a partir del recibo de su solicitud.

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

La notificación de la determinación adversa indicará lo siguiente:

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

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

Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en cualquier momento y tiene el derecho a proceder a demandar ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de First Medical Health Plan, Inc.

Oficina del Comisionado de Seguros de PR	Oficina del Procurador del Paciente
Edificio World Plaza Piso 9 268 Ave. Muñoz Rivera San Juan, PR 00918 Teléfono: (787) 304-8686	Ave. Ponce de León, Edificio Mercantil Plaza Piso 9 Hato Rey, P.R. 00917 Teléfonos: (787) 977-0909 (Área Metro) 1-800-981-0031 (Libre de Cargos)

SERVICIOS DE EMERGENCIA

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

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

Si los servicios de emergencia son provistos por un proveedor participante, dichos servicios estarán sujetos a los copagos, coaseguros y deducibles aplicables.

Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, dichos servicios estarán sujetos a los mismos copagos, coaseguros y deducibles que aplicarían de haber sido provistos por un proveedor participante.

La persona suscrita no tendrá que pagar, cantidad alguna en exceso de los copagos, coaseguros y deducibles aplicables conforme a lo indicado anteriormente.

Para facilitar la revisión de los servicios post evaluación o post estabilización que las personas suscritas pudieran requerir de inmediato, First Medical Health Plan, Inc. cuenta con representantes designados las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana para orientación.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA CIRUGÍA ELECTIVA

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

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

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

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

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

- Asegúrese de que entiende claramente cuál es su condición; por qué la cirugía es necesaria y si la misma está cubierta por el Plan.
- Asegúrese de saber si existe otra clase de tratamientos que no envuelva cirugía para la condición.
- Asegúrese de saber en qué consiste la cirugía, cuáles son los riesgos que envuelve la cirugía y cuáles son los riesgos si usted no se opera.
- Asegúrese de saber cuánto tiempo durará la recuperación y qué clase de incapacidad (permanente o temporera) podría producirle.

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

PROCEDIMIENTOS PARA LA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS ORDINARIA

First Medical Health Plan, Inc. puede realizar procedimientos para llevar a cabo la revisión de utilización y determinación de beneficios ordinaria, con respecto a las solicitudes de beneficios hechas por las personas cubiertas, y para la notificación de sus determinaciones dentro de los plazos requeridos.

i. En el caso de las determinaciones de revisiones prospectivas, First Medical Health Plan, Inc. hará su determinación y la notificarán a la persona cubierta, independientemente de si se certifica el beneficio o no, dentro del plazo adecuado según la condición de salud de la persona cubierta, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días, contados a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.
ii. En caso de que se emita una determinación adversa, First Medical Health Plan, Inc., notificará dicha determinación.

El plazo de quince (15) días para hacer la determinación y notificar a la persona cubierta se podrá extender o prorrogar una vez por parte de First Medical Health Plan, Inc., por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando First Medical Health Plan, Inc. satisfaga los siguientes requisitos:

i. Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de First Medical Health Plan, Inc.; y
ii. Notifique a la persona cubierta, antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

Si la prórroga se debe a que la persona cubierta no ha presentado información necesaria para que First Medical Health Plan, Inc. pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

i. Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y
ii. Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que la persona cubierta provea la información adicional especificada.

Cuando First Medical Health Plan, Inc. reciba una solicitud de revisión prospectiva que no cumpla con los requisitos para la radicación de solicitudes de beneficios de First Medical Health Plan, Inc., le notificarán a la persona cubierta de esta deficiencia y proveerán en la notificación información sobre los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente. La notificación sobre deficiencia en la radicación de la solicitud se proveerá a la brevedad posible, pero en ningún caso en un plazo mayor de cinco (5) días, contados a partir de la fecha de la presentación deficiente. First Medical Health Plan, Inc. podrá hacer la notificación sobre deficiencia, verbalmente o por escrito, si así lo solicita la persona cubierta.

En el caso de las determinaciones de revisiones concurrentes, si First Medical Health Plan, Inc. ha certificado previamente el tratamiento en curso por un plazo de tiempo determinado o por determinada cantidad de tratamientos, las siguientes normas serán de aplicación:

a. Se considerará como una determinación adversa toda reducción o terminación del tratamiento que haga First Medical Health Plan, Inc. antes de finalizar el plazo o la cantidad de tratamientos previamente certificados, salvo que la reducción o terminación se deba a una enmienda en los beneficios del plan médico o a la terminación del plan médico; y
b. First Medical Health Plan, Inc. notificará, la determinación adversa a la persona cubierta, con antelación a la reducción o terminación, de modo que la persona cubierta pueda presentar una querella interna y obtener una determinación con respecto a dicha querella, antes de que se reduzca o termine el beneficio.

El servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la determinación adversa se continuará hasta tanto First Medical Health Plan, Inc. notifique a la persona cubierta la determinación relacionada con la querella interna hecha.

En el caso de las determinaciones de revisiones retrospectivas, First Medical Health Plan, Inc. hará su determinación en un plazo razonable, pero en ningún caso en un plazo mayor de treinta (30) días, contados a partir del recibo de la solicitud. En caso de que se emita una determinación adversa, First Medical Health Plan, Inc. notificará dicha determinación.

El plazo para hacer la determinación y notificar a la persona cubierta se podrá extender o prorrogar una vez por parte de First Medical Health Plan, Inc., por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando First Medical Health Plan, Inc. satisfaga los siguientes requisitos:

i. Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de First Medical Health Plan, Inc.; y
ii. Notifique a la persona cubierta, antes del vencimiento del plazo inicial de treinta (30) días calendario, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

Si la prórroga se debe a que la persona cubierta no ha presentado información necesaria que First Medical Health Plan, Inc. pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

i. Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y
ii. Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que la persona cubierta provea la información adicional especificada.

A los fines de calcular los plazos en que se requiere que First Medical Health Plan, Inc. tome sus determinaciones, el plazo comenzará en la fecha en que First Medical Health Plan, Inc. reciba la solicitud conforme a los procedimientos de radicación que haya establecido,

independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

Si se extiende el plazo debido a que la persona cubierta no presentó toda la información necesaria para hacer la determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a partir de la fecha en que First Medical Health Plan, Inc. envíe la notificación de prórroga a la persona cubierta, hasta la que ocurra primero de entre las siguientes fechas:

i. La fecha en que la persona cubierta responda a la solicitud de información adicional especificada; o
ii. La fecha para la cual se debiera haber presentado la información adicional especificada.

Si la persona cubierta no presenta la información adicional especificada antes de vencer la prórroga, First Medical Health Plan, Inc. podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de First Medical Health Plan, Inc. emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la persona cubierta, lo siguiente:

a. Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;
b. Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;
c. Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
d. Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona cubierta pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario;
e. Una descripción de los procedimientos internos de querellas de First Medical Health Plan, Inc., incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
f. Si para formular la determinación adversa First Medical Health Plan, Inc. se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona cubierta una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;
g. Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona cubierta; y
h. Una explicación del derecho de la persona cubierta a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la Oficina del Procurador del Paciente para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a iniciar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de First Medical Health Plan,

Inc. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

First Medical Health Plan, Inc. proveerá la notificación que se requiere, de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

PROCEDIMIENTOS PARA LA REVISIÓN ACELERADA DE UTILIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

First Medical Health Plan, Inc. puede realizar procedimientos para la revisión acelerada de utilización y determinación de beneficios, y para notificar a las personas cubiertas sus determinaciones respecto a las solicitudes de cuidado urgente.

First Medical Health Plan, Inc. dispondrá que, si la persona cubierta no sigue los procedimientos de radicación para una solicitud de cuidado urgente, First Medical Health Plan, Inc. deberá notificarle dicha deficiencia y los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente. La notificación sobre deficiencia en la radicación de una solicitud de cuidado urgente:

i. Se proveerá a la persona cubierta a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud; y
ii. Podrá ser verbal, a menos que la persona cubierta solicite la notificación por escrito.

En el caso de una solicitud de cuidado urgente, First Medical Health Plan, Inc. notificará a la persona cubierta su determinación, sea o no una determinación adversa, a la brevedad posible, tomando en cuenta la condición de salud de la persona cubierta, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que la persona cubierta no haya provisto suficiente información para que First Medical Health Plan, Inc. pueda determinar si los beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos a tenor con el plan médico. En caso de que se emita una determinación adversa First Medical Health Plan, Inc. notificará dicha determinación.

Si la persona cubierta no ha provisto suficiente información para que First Medical Health Plan, Inc. pueda tomar una determinación, First Medical Health Plan, Inc. notificará la deficiencia a la persona cubierta, ya sea verbalmente o, si la persona cubierta así lo solicita, por escrito, y le indicará la información específica que se necesita, a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

First Medical Health Plan, Inc. proveerá a la persona cubierta un plazo razonable para presentar la información adicional especificada, pero en ningún caso dicho plazo será menor de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la deficiencia. First Medical Health Plan, Inc. notificará a la persona cubierta su determinación respecto a la solicitud de cuidado urgente a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de lo que ocurra primero entre lo siguiente:

i. La fecha del recibo, por parte First Medical Health Plan, Inc., de la información adicional especificada; o

ii. La fecha en que vence el plazo otorgado para que la persona cubierta presentara la información adicional especificada.

Si la persona cubierta no presenta la información adicional especificada en el término concedido, First Medical Health Plan, Inc. podrá denegar la certificación del beneficio solicitado. En caso de que se emita una determinación adversa, First Medical Health Plan, Inc. notificará dicha determinación.

En el caso de solicitudes de revisión concurrente de cuidado urgente en las que la persona cubierta pide que se extienda el tratamiento más allá del plazo originalmente aprobado o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados, si la solicitud se hace por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo original o de cumplirse la cantidad de tratamientos previamente aprobados, First Medical Health Plan, Inc. hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará a la persona cubierta a la brevedad posible, teniendo en consideración la condición de salud de la persona cubierta, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

A los fines de calcular los plazos en que se requiere que First Medical Health Plan, Inc. tomen sus determinaciones, el plazo comenzará en la fecha en que First Medical Health Plan, Inc. reciba la solicitud conforme a los procedimientos para la radicación de solicitudes establecidos, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios First Medical Health Plan, Inc. emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la persona cubierta, lo siguiente:

a. Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;
b. Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;
c. Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
d. Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona cubierta pueda completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué dicho material o información es necesaria;
e. Una descripción de los procedimientos internos de querellas de First Medical Health Plan, Inc., incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
f. Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas de First Medical Health Plan, Inc., incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
g. Si para formular la determinación adversa First Medical Health Plan, Inc. se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a

la persona cubierta una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;

h. Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona cubierta;
i. Una explicación del derecho de la persona cubierta a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la oficina del Procurador de la Salud para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de First Medical Health Plan, Inc. Deberá incluirse la información de contacto de la oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

First Medical Health Plan, Inc. proveerá la notificación de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

SERVICIOS DE HOSPITAL

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

¿QUÉ ES UNA URGENCIA O EMERGENCIA MÉDICA?

Estas son situaciones que requieren atención médica, algunas más pronto que otras. Sabemos que hay situaciones de enfermedad que, aun cuando son de importancia, muy frecuentemente no constituyen una emergencia, aun cuando puedan ser consideradas como una situación de urgencia. Por ejemplo, un ataque del corazón es mucho más serio que un dolor de cabeza o una garganta irritada. A continuación, encontrará una guía para cada situación:

- **Urgencia Médica** – Significa una condición médica suscitada, que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia. Algunos ejemplos son, pero no se limitan a: desmayos, reacciones alérgicas y/o hinchazones. Si usted no puede contactar su médico durante una urgencia médica, usted puede hacer lo siguiente:
    - Pregúntele a su médico de antemano lo que usted puede hacer en caso de una urgencia médica y el nombre de cualquier otro doctor que pueda serle de ayuda.
    - Llame a la sala de emergencia más cercana. Ellos pueden serle de ayuda y aconsejarle acerca de lo que usted puede hacer sin tener que visitar la sala de emergencia.

- **Emergencia Médica –** Una condición médica o conductual que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad, incluyendo dolor intenso, que una persona en sano juicio con un conocimiento promedio de la medicina y la salud, podría inferir que la ausencia de atención médica inmediata podría poner en peligro seriamente la condición de salud de la persona afectada por tal condición o, con respecto a una persona durante el embarazo, la salud de la persona o del feto, o en el caso de un trastorno de conducta, puede poner en grave peligro la condición de salud de dicha persona u otras personas; causar problemas en las funciones corporales de esa persona; causar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de esa persona; o una desfiguración grave.

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

AL VISITAR SU DENTISTA
Para obtener los beneficios dentales usted debe seleccionar uno los dentistas participantes de First Medical Health Plan, Inc. para que pueda recibir los servicios cubiertos por el Plan.
Si usted desea mantener una buena salud oral, usted debe visitar su dentista una vez cada seis meses. Por favor, refiérase a la Sección "Cubierta Básica" para conocer el alcance de los beneficios dentales cubiertos y si éstos están incluidos en su diseño de cubierta.

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

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

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

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

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

BENEFICIARIOS DE MEDICARE

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

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

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

ESTAS SON ALGUNAS DE SUS RESPONSABILIDADES:

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

USTED TIENE DERECHO A:

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

- Recibir toda la información necesaria para que usted conozca los servicios incluidos en la cubierta.
- Utilizar el procedimiento de querellas que está establecido. Si usted tiene alguna queja o duda acerca de los servicios de salud provistos por este Plan, por favor utilice los procedimientos de apelación correspondientes.

IMPORTANTE

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

AVISO ANTI-FRAUDE

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

SERVICIOS CUBIERTOS BAJO EL PLAN

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

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

El Plan cubrirá servicios de salud que sean médicamente necesarios.

NINGUNA PERSONA O ENTIDAD TIENE AUTORIDAD ALGUNA PARA HACER CAMBIOS ORALES ALGUNOS O ENMIENDAS A LA CUBIERTA

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

TRÁMITE DE REEMBOLSOS

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

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

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

REEMBOLSO DE GASTOS CUBIERTOS POR SERVICIOS OBTENIDOS FUERA DE LA RED

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

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

Al someter una reclamación escrita usted debe completar el formulario apropiado y firmarlo. Puede obtener el formulario para el reembolso solicitándolo al Plan. First Medical Health Plan, Inc. enviará en un periodo de 15 días o menos el modelo de formulario requerido para procesar el reembolso y de no cumplir con este término, se considerará que el suscriptor ha cumplido con los requisitos de la reclamación del reembolso. También tiene que incluir evidencia de los gastos en que incurrió por medio de un recibo en original. Un recibo en original es aquel que le entrega el proveedor y que exhibe el nombre impreso, la dirección y los números de teléfono del proveedor que le brindó el servicio. Debe asegurarse de que el formulario de reclamación que somete contenga la siguiente información:

- Su nombre, dirección y firma.
- El nombre y la edad del paciente.

- El número de contrato (normalmente, su número de seguro social o el número de identificación que le asignó el Plan).
- El nombre y la dirección del proveedor que le brindó los servicios.
- El diagnóstico.
- Los códigos CPT (código del servicio que se le brindó) y una descripción de los cargos que se le hayan hecho. (En el caso de servicios múltiples tales como pruebas de laboratorio o medicamentos, se requiere someter una descripción detallada de cada servicio, con su nombre, código y su correspondiente costo. Si el servicio es una prueba diagnóstica especializada, usted debe proveer copia del reporte o resultado de la prueba. Si el servicio es de sala de emergencia, o de hospitalización, debe someter copia del récord del hospital en conjunto con el formulario de reclamación. Esto le permitirá al Plan validar los servicios que le hayan facturado.
- Los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades oICD-10 por sus siglas en inglés. (Esto se refiere al código de enfermedad). Puede encontrar el listado de códigos accediendo a las siguientes páginas:
  https://www.firstmedicalpr.com/
  http://www.intermedpr.com/enlaces/
- Fecha en que la enfermedad o lesión comenzó.

Una vez se reciba la reclamación, First Medical Health Plan, Inc., tendrá un periodo de 50 días para procesar y notificar el resultado de esta. Si usted entiende que First Medical Health Plan, Inc., debe revisar y/o reconsiderar una reclamación, usted tendrá un periodo de 45 días para someter su solicitud y First Medical Health Plan, Inc. tendrá un periodo de 30 días para notificar.

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 servicios grupales y no grupales, contratos de organizaciones de servicios de salud, planes de panel cerrado u otra forma de

cubiertas tipo grupo o grupales (ya sean planes médicos o no planes médicos); 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 separada 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 suscritor 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 los Gastos no 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, precertificaciones de admisiones y acuerdos de proveedor preferido.
6. 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.
7. Progenitor custodio es aquel 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 está 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 subpárrafos (a) o (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 exempleado, o como dependiente de un empleado retirado o un exempleado será el Plan Secundario. Si el otro Plan no tiene esta regla, y como resultado, los Planes no se ponen de acuerdo en el orden en que deban pagarse los beneficios, esta regla será ignorada. Esta regla no aplicará si la regla en el Párrafo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.
4. COBRA o Extensiones de Cubierta Bajo Ley Estatal. Si una persona que tiene una cubierta extendida bajo la Ley COBRA o una cubierta extendida bajo otra ley federal o estatal similar también tiene cubierta bajo otro Plan, el Plan que cubra a dicha persona como empleado, miembro, suscriptor o retirado, o que cubra a dicha persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o retirado será el Plan Primario, y el plan que cubra a esa persona bajo la Ley COBRA o bajo una extensión de cubierta bajo otra ley federal o estatal similar será el Plan Secundario. Si el otro Plan no tiene esta regla, y los Planes no se ponen de acuerdo sobre el orden en que se deban pagar los beneficios, esta regla será ignorada. Esta regla no aplicará si la regla en el Párrafo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.
5. Tiempo de Cubierta Más Largo o Más Corto. El Plan que cubre a la persona como un empleado, miembro, tenedor de cubierta, suscriptor o retirado por más tiempo es el Plan Primario y el Plan que cubre a la persona por el periodo de tiempo más corto es el Plan Secundario.

6. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los Gastos permitidos serán compartidos por los Planes que comparte la definición de Plan en partes iguales. Además, este plan no pagará más de lo que pagaría si fuera el Plan Primario.
7. Si usted está cubierto por más de un plan médico, usted debe someter todas sus reclamaciones ante cada uno de sus planes.

Efecto de los Beneficios en este Plan

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

DERECHO A RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN NECESARIA

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

FACILIDAD DE PAGO

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

DERECHO DE RECOBRO

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

AVISO DE SU DERECHO DE CONVERSIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN ("ID")

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

SERVICIOS DE SALA DE EMERGENCIA

Una emergencia es la presentación súbita o imprevista de una condición de salud a raíz de la cual la persona cubierta por este contrato entiende que se pone en peligro su vida o cualquiera de sus funciones vitales y que requiere asistencia médica o quirúrgica inmediata para lograr estabilizar dicha condición. Los servicios de emergencia están disponibles durante las

veinticuatro (24) horas del día los 365 días del año. Se presume que las siguientes condiciones se consideran ejemplos de situaciones de emergencia:

- Accidentes traumáticos
- Fracturas
- Dislocaciones
- Heridas y laceraciones
- Cólicos renales y hepáticos
- Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria
- Embolias pulmonares
- Ataque agudo de asma bronquial
- Dificultad respiratoria
- Vómitos y diarreas severas, con o sin deshidratación
- Dolor abdominal agudo
- Convulsiones
- Reacciones febriles persistentes
- Episodios neurológicos
- Estado de choque ("shock") y coma de cualquier orden
- Estado de pérdida de conocimiento o de obnubilación o desorientación súbita
- Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia
- Cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz y otras cavidades naturales
- Envenenamientos por indigestión, inhalación
- Hemorragias de todo tipo
- Quemaduras
- Retención aguda de orina
- Presencia súbita de sangre en la orina, con o sin dolor (hematuria súbita)
- Retención aguda del prepucio (parafimosis)
- Pérdida súbita de la visión por cualquiera de los ojos o ambos
- Dolor agudo en el pecho
- Emergencias de condiciones mentales
- Otros de acuerdo al protocolo establecido en servicios de emergencias

COBRA (CONSOLIDATED OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT)

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

En casos de terminación del empleo, ya sea por despido (siempre y cuando la causa no sea por mala conducta) o renuncia, y reducción de horas, la ley COBRA establece que el suscriptor en el plan de salud grupal tendrá derecho a una cubierta extendida de 18 meses. Esta cubierta también estará disponible para sus dependientes directos. Si el suscriptor bajo COBRA se incapacita y su incapacidad es certificada por la Administración del Seguro Social dentro de los

60 días a partir del evento calificativo, entonces el suscriptor bajo COBRA tendrá derecho a una extensión de 11 meses bajo COBRA. Por último, si se trata de un divorcio o muerte del empleado suscrito, el cónyuge y sus hijos, tendrán derecho a un periodo de cubierta extendida de 36 meses. El dependiente directo (hijo) tendrá un periodo de 36 meses si pierde la condición de elegible bajo el plan. Si el empleado suscrito recibe los beneficios de Medicare, el cónyuge y sus dependientes tendrán derecho a cubierta extendida por 36 meses. La cubierta extendida bajo COBRA puede finalizar por las siguientes razones:

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

EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS

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

SISTEMA DE QUERELLAS

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

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

Un representante de First Medical Health Plan, Inc. atenderá su inquietud por el mecanismo informal de diálogo, ya sea por teléfono o personalmente en alguna oficina de servicio. Si lo solicitado no se resuelve de forma inmediata, esta 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, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad médica e idoneidad del servicio de cuidado de la salud. Estas guías de práctica no son obligatorias para el Profesional de la salud en el ejercicio de sus funciones cuando provea algún servicio de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales, federales y reglamentos correspondientes; y siempre y cuando el servicio provisto sea reconocido por las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y de la salud, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza. El diagnóstico profesional será criterio rector y exclusivo para determinar el tratamiento a seguir en un paciente. Por lo tanto, el criterio profesional no podrá ser alterado por la aseguradora. No obstante, lo anterior, las disposiciones del inciso E del Artículo 2.030 del Capítulo 2 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico deberán cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema.

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
    c. Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o suscriptor y la organización de servicios de salud.

M. “Red” significa el grupo de proveedores participantes que presta servicios en un plan de cuidado coordinado.

N. “Revisión concurrente” significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una facilidad, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes 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** –

a. Toda persona cubierta o representante personal tendrá 180 días para presentar su querella luego de haber sido notificado de una determinación adversa.

b. 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

c. (1) (a) 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.

(1) (b) First Medical Health Plan, Inc. se asegurará de que, si designa a más de un homólogo clínico para la revisión Y éstos tengan la pericia adecuada.

(2) 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.

D) (1) (a) La persona cubierta o su representante personal, tienen el derecho de:

(i) Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión; y

(ii) Recibir de First Medical Health Plan, Inc., a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la querella.

(b) 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.

(2) 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.

E) 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.

F) (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores emitirán su determinación y la notificarán por escrito, o por medios electrónicos si la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, ha acordado recibir la notificación por esta vía, dentro de los plazos establecidos en los incisos (2) o (3).

(2) 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.

(3) 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.

G) La determinación emitida conforme al apartado F expresará de manera comprensible para la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, 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 del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si la persona cubierta o asegurado deseare solicitar una revisión voluntaria, conforme al Artículo 22.090;
(b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, incluyendo los plazos requeridos para la revisión;
(c) 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 o Aseguradores” de este Código, si la persona cubierta o asegurado decidiera que no solicitará una revisión voluntaria; y
(d) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y

la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud."

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	**OFICINA DEL PROCURADOR DE LA SALUD**
Física: Edificio World Plaza Piso 9 268 Ave. Muñoz Rivera San Juan, PR 00918	Física: 1501 Ave. Ponce de León Edificio Mercantil Plaza, Piso 9 Hato Rey, PR 00908
Postal: 316 Calle Calaf PO Box 195415, San Juan, PR 00919	Postal: PO Box 11247 San Juan, PR 00910-2347
Tel: 787-304-8686 Fax: 787-273-6082	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 informará a la persona cubierta, si fuera aplicable, a su representante personal, dentro de 3 días laborables del recibo de la querella y los derechos que le asisten. Además, 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) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o asegurado pueda responder a los planteamientos de la organización de seguros de salud o asegurador;

(4) Referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación;

(5) Si fuera aplicable, una declaración escrita que incluya:

(a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si la persona cubierta o asegurado deseare solicitar una revisión voluntaria conforme al Artículo 22.090;

(b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, lo cual incluye los plazos requeridos para la revisión; y

(6) Una notificación del derecho que asiste a la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud."

3. Revisión Acelerada – Revisión Acelerada de Querellas Relacionadas a una Determinación Adversa

A. First Medical Health Plan, Inc. establecerá por escrito procedimientos para la revisión acelerada de solicitudes de cuidado urgente, relacionadas con una determinación adversa.

B. Los procedimientos permitirán que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, solicite a First Medical Health Plan, Inc. una revisión acelerada, según se dispone en este Artículo, verbalmente o por escrito.

C. First Medical Health Plan, Inc. designará para la revisión acelerada homólogos clínicos de la misma especialidad o especialidad similar a la de la persona que normalmente manejaría el caso que se revisa. Dichos homólogos no deben haber participado en la determinación adversa inicial.

D. En una revisión acelerada, toda la información necesaria, incluida la determinación de First Medical Health Plan, Inc., se transmitirá entre First Medical Health Plan, Inc. y la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, por teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.

E. La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, conforme al apartado G, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso a más de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la solicitud de revisión acelerada.

F. Para fines de calcular los plazos en que se requiere que se tome la decisión y se notifique conforme al apartado E, el plazo comenzará en la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada con First Medical Health Plan, Inc., independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

G. (1) La notificación de la decisión detallará lo siguiente, de una manera comprensible para la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, para su representante personal:

(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, para que la persona cubierta pueda responder a los planteamientos de First Medical Health Plan, Inc.,

(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) Si para formular la determinación adversa First Medical Health Plan, Inc. se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una 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 o asegurado;

(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, según se dispone en el sub inciso (e) (iii) o

(II) Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso (e) (iv);

(vi) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente conforme a las disposiciones del Capítulo sobre “Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores” de este Código;

(vii) Una declaración en la que se indica el derecho de la persona cubierta o asegurado a incoar una demanda en el tribunal competente;

(viii) La siguiente declaración, enfatizando el carácter voluntario de los procedimientos: “El plan médico y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tal como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros”; y

(ix) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.

(2) (a) First Medical Health Plan, Inc. podrá proveer la notificación que se requiere en este Artículo verbalmente, por escrito o electrónicamente.

(b) Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, First Medical Health Plan, Inc. proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar a los tres (3) días de la notificación verbal.

(3) Nada de lo aquí dispuesto se entenderá que limita la facultad de First Medical Health Plan, Inc. para dejar sin efecto una determinación adversa sin observar el procedimiento aquí prescrito.

DIVULGACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN EXTERNA

DERECHO A SOLICITAR UNA REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE

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

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

DEFINICIONES

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

- "Determinación adversa final" significa la determinación adversa que ha sido confirmada por la organización de servicios de salud, o la organización de revisión de utilización designada, al completarse los procedimientos internos de querella.

NOTIFICACIÓN DEL DERECHO A LA REVISIÓN EXTERNA

First Medical Health Plan, Inc. notificará por escrito a la persona cubierta del derecho que tiene a solicitar que se realice una revisión externa conforme a lo aquí establecido. Dicha notificación se hará cuando First Medical Health Plan, Inc. envíe una notificación escrita de alguna de las siguientes:

a. Una determinación adversa, al completarse el proceso de revisión de utilización
b. Una determinación adversa final.
c. Casos de rescisión de cubierta.

Como parte de la notificación escrita que se requiere, First Medical Health Plan, Inc. incluirá el siguiente lenguaje, o uno sustancialmente equivalente:
"Hemos denegado su solicitud de servicios de cuidado de la salud, curso de tratamiento o el pago de los mismos. Usted podría tener derecho a que profesionales de la salud que no tengan ninguna relación con nosotros revisen esta determinación si, con respecto al servicio de cuidado de la salud o el tratamiento solicitado, nuestra determinación conllevaba una valoración de la

necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio. A tales efectos, usted podrá radicar una solicitud de revisión externa independiente en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. La entidad revisora independiente es Maximus Federal Services, Inc. Para más información, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros."

First Medical Health Plan, Inc. en cumplimiento con la ley federal ha contratado entidades revisoras independientes o se ha acogido al proceso de revisión independiente establecido por el Departamento de Salud federal, el aviso será modificado para especificar la entidad y medios de contacto a la cual el suscriptor debe dirigir su solicitud de revisión externa.
First Medical Health Plan, Inc. incluirá, en la notificación requerida, lo siguiente, según corresponda:

a. En el caso de una notificación de determinación adversa, una declaración mediante la cual se informe a la persona cubierta lo siguiente, según aplique:
    i. Si la persona cubierta padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de su querella, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada. En estos casos, la organización de revisión independiente asignada a realizar la revisión externa acelerada, Maximus Federal Services, Inc., determinará si se requerirá que la persona cubierta complete la revisión interna acelerada de su querella, antes de realizar la revisión externa; y
    ii. La persona cubierta podrá presentar una querella conforme al proceso interno de querellas de First Medical Health Plan, Inc. No obstante, si First Medical Health Plan, Inc. no ha emitido una determinación dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que se presentó la querella interna, la persona cubierta podrá presentar una solicitud de revisión externa puesto que se considerará, que ha agotado el proceso interno de querellas.
b. En el caso de una notificación de determinación adversa final, un aviso en que se informa a la persona cubierta lo siguiente, según aplique:
    i. Si la persona cubierta padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión externa ordinaria, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar una revisión externa acelerada; o
    ii. Si la determinación adversa final se relaciona con:
        i. Servicios de emergencia recibidos en una instalación de cuidado de la salud de la cual aún no se ha dado de alta a la persona cubierta, éste podrá solicitar una revisión externa acelerada; o
        ii. Una denegación de cubierta basada en la determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa, la persona cubierta podrá presentar una solicitud para que se realice una revisión externa ordinaria o, si el médico de la persona cubierta certifica por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado será significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura, la persona cubierta podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada.

Además de la información que se debe proveer, First Medical Health Plan, Inc. incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa ordinaria y de revisión externa acelerada, destacando las disposiciones que le ofrecen a la persona cubierta la oportunidad de presentar información adicional. También se deberán incluir, si alguno, los formularios necesarios para procesar la solicitud de revisión externa.

First Medical Health Plan, Inc. incluirá, entre los formularios a los que se hace referencia, un formulario de autorización u otro documento aprobado por el Comisionado, mediante el cual la persona cubierta a First Medical Health Plan, Inc. a divulgar información de salud protegida, incluidos los expedientes médicos, que son pertinentes a la revisión externa.

SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA

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

Dirección Física	Dirección Postal
Edificio World Plaza 906	361 Calle Calaf
#268 Av. Luis Muñoz Rivera Piso 9,	PO Box 195415
San Juan, 00618, Puerto Rico	San Juan, PR 00919
Tel: 787-304-8686	

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

PAGO DEL COSTO DE LA REVISIÓN EXTERNA

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

REQUISITOS DE AGOTAR EL PROCESO INTERNO DE QUERELLAS

Ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que la persona cubierta haya agotado el proceso interno de querellas de First Medical Health Plan, Inc. Se considerará que se ha agotado el proceso interno de querellas de First Medical Health Plan, Inc. si la persona cubierta:

a. Ha presentado una querella interna
b. No ha recibido una determinación por escrito de parte de First Medical Health Plan, Inc. dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que presentó la querella, a menos que se haya solicitado o acordado una prórroga.

No obstante, lo dispuesto anteriormente, la persona cubierta no podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva realizada, hasta que haya agotado el proceso interno de querellas de First Medical Health Plan, Inc.

Simultáneo a la presentación de una solicitud de revisión interna acelerada de una querella, la persona cubierta podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme alguna de las siguientes opciones:

a. Si la persona cubierta padece de una condición de salud con respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de la querella pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o
b. Si la determinación adversa conlleva una denegación de cubierta basada en una determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa y el médico de la persona cubierta certifica por escrito que dicho servicio o tratamiento sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura.

Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada conforme, la organización de revisión independiente designada para realizar la revisión externa determinará si se requerirá que la persona cubierta complete primero el proceso de revisión interna acelerada.

Si la organización de revisión independiente determina que la persona cubierta debe primero completar el proceso de revisión interna acelerada, lo notificará de inmediato a la persona cubierta y le advertirá que, en virtud de dicha decisión, no procederá a realizar la revisión externa acelerada hasta que se complete el proceso interno.

Se podrá solicitar la revisión externa de una determinación adversa antes de que la persona cubierta haya agotado los procedimientos internos de querella de First Medical Health Plan, Inc., siempre y cuando First Medical Health Plan, Inc. acuerde renunciar al requisito de que se agoten dichos procedimientos.

Si First Medical Health Plan, Inc. renuncia al requisito de agotar los procedimientos internos de querellas, la persona cubierta podrá solicitar, por escrito, la revisión externa ordinaria.

REVISIÓN EXTERNA ORDINARIA

A más tardar de ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, la persona cubierta podrá presentar una solicitud de revisión externa al Comisionado. Al recibo de una solicitud de revisión externa, el Comisionado dispondrá de un (1) día laborable para enviar una copia de la solicitud de revisión externa a First Medical Health Plan, Inc.

A más tardar los cinco (5) días laborables siguientes al recibo de copia de la solicitud de revisión externa, First Medical Health Plan, Inc. completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar lo siguiente:

1. Si el solicitante era una persona cubierta al momento de solicitar el servicio de cuidado de la salud o, en el caso de una revisión retrospectiva, era una persona cubierta por el plan médico al momento en que se prestó el servicio de cuidado de la salud;
2. Si se pudiera entender, de manera razonable, que el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final es un servicio cubierto conforme al plan médico, salvo cuando First Medical Health Plan, Inc. hubiese determinado que no está cubierto debido a que no cumple con los requisitos de necesidad médica, idoneidad, lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de cuidado o eficacia del servicio;
3. Si la persona cubierta agotó el proceso interno de querellas de First Medical Health Plan, Inc., salvo cuando no se requiera agotar dicho proceso interno de querellas; y
4. Si la persona cubierta ha provisto toda la información y los formularios requeridos por el Comisionado para procesar las solicitudes de revisión externa, incluido el formulario de autorización para divulgar información de salud.

A más tardar el próximo día laborable a partir de completarse la revisión preliminar, First Medical Health Plan, Inc. notificará por escrito al Comisionado y a la persona cubierta si:

a. La solicitud de revisión externa está completa y
b. La solicitud es elegible para la revisión externa.

Si la solicitud:

a. No está completa, First Medical Health Plan, Inc. enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud, o
b. No es elegible para la revisión externa, First Medical Health Plan, Inc. enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial. Si First Medical Health Plan, Inc. determina, a raíz de la revisión preliminar realizada, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por First Medical Health Plan, Inc. puede apelarse ante el Comisionado.

El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa, aun cuando First Medical Health Plan, Inc. hubiese determinado inicialmente lo contrario. La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario First Medical Health Plan, Inc., deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.

A más tardar el próximo día laborable a partir de que el Comisionado reciba una notificación a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa:

a. Asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificará a First Medical Health Plan, Inc. cuál fue la organización de revisión independiente designada.
b. Notificará por escrito a la persona cubierta que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de First Medical Health Plan, Inc. El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona cubierta informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, First Medical Health Plan, Inc. proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa. El hecho de que la First Medical Health Plan, Inc. no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto, no deberá retrasar la revisión externa.

Si First Medical Health Plan, Inc. no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión externa. No más tarde del próximo día laborable de haberse decidido revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión, por la razón indicada, la organización de revisión independiente lo notificará a la persona cubierta, a First Medical Health Plan, Inc. y al Comisionado.

La organización de revisión independiente revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de First Medical Health Plan, Inc. y toda otra información presentada por escrito por la persona cubierta. En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a First Medical Health Plan, Inc., a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

Al recibo de la información solicitada, First Medical Health Plan, Inc. podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa. La reconsideración, por parte de First Medical Health Plan, Inc., de su determinación adversa o determinación adversa final, no demorará ni dará por terminada la revisión externa. Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración First Medical Health Plan, Inc. decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y

proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final. Al cabo de un (1) día laborable de haberse tomado la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, First Medical Health Plan, Inc. notificará por escrito dicha determinación a la persona cubierta, a la organización de revisión independiente y al Comisionado. La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de First Medical Health Plan, Inc., la notificación mencionada.

Además de los documentos e información mencionada, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

1. Los expedientes de salud pertinentes de la persona cubierta;
2. La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta;
3. Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por First Medical Health Plan, Inc., la persona cubierta, o el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta;
4. Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta;
5. Las directrices de práctica ("practice guidelines") más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica, generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el gobierno federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;
6. Todo criterio de revisión clínica creado y usado por First Medical Health Plan, Inc., o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y
7. La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos antes mencionados.

A más tardar los cuarenta y cinco (45) días siguientes al recibo de una solicitud de revisión externa, la organización de revisión independiente deberá notificar su determinación acerca de si confirma o revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión. La notificación escrita se hará a las siguientes personas:

a. A la persona cubierta;
b. A First Medical Health Plan, Inc.;
c. Al Comisionado.

La organización de revisión independiente incluirá en la notificación escrita de su determinación lo siguiente:

a. Una descripción general de la razón de ser de la solicitud de revisión externa;
b. La fecha en que la organización de revisión independiente recibió el referido del Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;
c. La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;
d. La fecha de su determinación;
e. La principal razón o razones de su determinación, incluyendo qué estándares, si alguno, dieron base a su determinación;

f. El razonamiento ("rationale") de su determinación; y
g. Referencias a la evidencia o documentación, incluidas las guías de práctica, que se tomaron en consideración para hacer la determinación.

Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, First Medical Health Plan, Inc. implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión.

La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

REVISIÓN EXTERNA ACELERADA

La persona cubierta podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa acelerada al recibir alguna de las siguientes:

1. Una determinación adversa, siempre y cuando:
    a. La determinación adversa se relacione con una condición de salud de la persona cubierta con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión interna acelerada, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; y
    b. La persona cubierta haya radicado una solicitud de revisión interna acelerada de una querella para la cual se hizo una determinación adversa según; o
2. Una determinación adversa final, siempre y cuando:
    a. La persona cubierta padece una condición de salud con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión externa ordinaria, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o
    b. La determinación adversa final se relaciona con la admisión a una instalación de cuidado de la salud, la disponibilidad de un servicio o la estadía continuada en una instalación donde la persona cubierta recibió servicios de emergencia y aún la persona cubierta no ha sido dada de alta de la instalación donde recibió dichos servicios de emergencia.

Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada, el Comisionado deberá, de inmediato, enviar copia de dicha solicitud a First Medical Health Plan, Inc. Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa acelerada, First Medical Health Plan, Inc. deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión establecidos y notificar a la persona cubierta, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial. Si First Medical Health Plan, Inc. determina, a raíz de la revisión preliminar realizada, que la

solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por First Medical Health Plan, Inc. puede apelarse ante el Comisionado.

El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando First Medical Health Plan, Inc. hubiese determinado inicialmente lo contrario. La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de First Medical Health Plan, Inc., deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.

Al recibo de una notificación de First Medical Health Plan, Inc. indicando que una solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada. Además, notificará a First Medical Health Plan, Inc. cual fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada. Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de First Medical Health Plan, Inc.

Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, First Medical Health Plan, Inc. proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa acelerada.

Además de los documentos e información indicados, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

1. Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta;
2. La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta;
3. Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por First Medical Health Plan, Inc., la persona cubierta, o el proveedor de la salud que ofrece el tratamiento a la persona cubierta;
4. Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta;
5. Las directrices de práctica (“practice guidelines”) más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el Gobierno Federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;
6. Todo criterio de revisión clínica creado y usado por First Medical Health Plan, Inc., o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y

7. La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos que se enumeran.

La organización de revisión independiente hará su determinación con la premura que requiera la condición de salud o las circunstancias de la persona cubierta, pero en ningún caso en un término mayor de setenta y dos (72) horas contadas a partir del recibo de la solicitud de revisión externa acelerada. En dicho término la organización de revisión independiente deberá:

a. Hacer su determinación en cuanto a confirmar o revocar la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión; y
b. Notificar su determinación a la persona cubierta, a First Medical Health Plan, Inc. y al Comisionado.

Si la notificación sobre la determinación de la organización de revisión independiente no se hace inicialmente por escrito, al cabo de cuarenta y ocho (48) horas de la determinación, la organización de revisión independiente deberá:

a. Proveer confirmación escrita de la determinación a la persona cubierta, a First Medical Health Plan, Inc. y al Comisionado; e
b. Incluir en la notificación escrita la siguiente información
    i. Una descripción general de la razón de ser de la solicitud de revisión externa;
    ii. La fecha en que la organización de revisión independiente recibió el referido del Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;
    iii. La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;
    iv. La fecha de su determinación;
    v. La principal razón o razones de su determinación, incluyendo qué estándares, si alguno, dieron base a su determinación;
    vi. El razonamiento (“rationale”) de su determinación; y
    vii. Referencias a la evidencia o documentación, incluidas las guías de práctica, que se tomaron en consideración para hacer la determinación.

Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, First Medical Health Plan, Inc. implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión externa acelerada.

La revisión externa acelerada no estará disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final haya sido producto de una revisión retrospectiva. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa acelerada de conformidad con este Capítulo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

REVISIÓN EXTERNA DE DETERMINACIONES ADVERSAS BASADAS EN TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO

A más tardar de ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, la persona cubierta podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa.

La persona cubierta podrá solicitar oralmente una revisión externa acelerada de una determinación adversa o determinación adversa final en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, siempre y cuando su médico certifique por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado sería significativamente menos eficaz si no se inicia con premura. Al recibo de una solicitud de revisión externa acelerada, el Comisionado inmediatamente notificará a First Medical Health Plan, Inc. sobre la presentación de la referida solicitud.

a. Tras recibir copia de la solicitud, First Medical Health Plan, Inc. deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión dispuestos y notificar a la persona cubierta, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.
b. El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial.
c. Si la First Medical Health Plan, Inc. determina, a raíz de la revisión preliminar realizada, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por First Medical Health Plan, Inc. puede apelarse ante el Comisionado.

El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando First Medical Health Plan, Inc. hubiese determinado inicialmente lo contrario. La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de First Medical Health Plan, Inc., deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables. Al recibo de una notificación de First Medical Health Plan, Inc. indicando que la solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada; notificará a First Medical Health Plan, Inc. cuál fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada. Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, First Medical Health Plan, Inc. proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

Excepto en el caso de una solicitud de revisión externa acelerada hecha conforme a lo antes expuesto, a más tardar el próximo día laborable del recibo de una solicitud de revisión externa por haberse denegado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado

por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, el Comisionado notificará, con copia de la solicitud, a First Medical Health Plan, Inc.

Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa, First Medical Health Plan, Inc. tendrá cinco (5) días laborables para c

CUBIERTA BÁSICA

Este contrato contempla los beneficios mandatorios de las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010. Estos beneficios mandatarios incluyen los servicios preventivos según establecidos por el United States Preventive Services Tasi Force y las vacunas de acuerdo a lo sugerido en las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Diseases Control and Prevention y del Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico. En casos de emergencia, pandemia o desastre natural declarados como estado de emergencia por el Gobierno de Puerto Rico y/o Gobierno Federal, First Medical Health Plan Inc. cumplirá con cualquier ley, regulación y/o carta normativa federal o estatal aplicable, que flexibilice algún beneficio cubierto bajo el presente contrato.

Esta cubierta médica dispone, según establece la Ley Núm. 43 de 16 de abril de 2020, que todo cuidado médico, estudio, análisis, diagnóstico y tratamiento para la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto recientemente, COVID-19, incluyendo hospitalización, será libre de costo y de pre autorización o referido al paciente para los suscriptores de FMHP, Inc., siempre y cuando estos servicios sean brindados en Puerto Rico.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
CUBIERTA DE HOSPITAL	
Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **D** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.	
Habitación semiprivada	Cubierto 365 días, los suscriptores de este plan tienen derecho a una habitación semiprivada durante un periodo de hospitalización. Si el suscriptor seleccionara una habitación privada, First Medical pagará solamente la tarifa contratada de una habitación semiprivada, a menos que la habitación privada sea médicamente necesaria. Ninguna persona cubierta bajo este contrato, que se hospitalice en una habitación semiprivada o privada del hospital, está obligada a pagar cantidad alguna a un médico participante por los servicios cubiertos por este contrato que el médico le preste. El pago de honorarios médicos, en estos casos, First Medical Health Plan, Inc. lo efectuará directamente a los

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos.
Habitación de aislamiento	Cubierto
Unidad de cuidado intensivo	Cubierto
Unidad de cuidado intermedio de infantes y cuidado intensivo pediátrico y neonatal	Cubierto
Unidad de coronaria y cuidado coronario intermedio	Cubierto
Servicios de hospital para cirugías cerebrovasculares y neurológicas	Cubierto
Servicios de hospital para cirugías cardiovasculares	Cubierto
Administración de anestesia	Cubierto
Sala de operaciones y sala de recuperación	Cubierto
Comidas y dietas especiales	Cubierto
Hiperalimentación	Cubierto
Servicios general de enfermeras	Cubierto
Sangre para transfusiones	Cubierto
Oxígeno, material curaciones, medicamentos y determinación de gases arteriales	Cubierto
Laboratorios y Rayos X y la reproducción de los mismos	Cubierto
Terapia respiratoria y física	Cubierto
Quimioterapia por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal	Cubierto
Radioterapia y cobalto	Cubierto
Terapia de radiación	Cubierto
Exámenes patológicos	Cubierto
Producción electrocardiogramas y electroencefalogramas	Cubierto
Servicio de telemetría, electromiogramas, ecocardiograma	Cubierto
Esterilización / Vasectomía	Cubierto
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICO DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN	
Tratamientos, servicios de diagnóstico y consultas	Cubierto
Cirugías	Cubierto
Servicios de obstetricia	Cubierto
Circuncisión	Cubierto
Asistencia quirúrgica en el hospital	Cubierto
Administración de anestesia	Cubierto
Cirugía cardiovascular, cerebrovascular y Neurológica	Cubierto
Marcapasos y válvulas	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Prueba de función pulmonar	Cubierto
Cirugía Maxilofacial	Cubierto, cuando sea necesario por motivo de un accidente NO cubierto bajo Legislación Estatal (ACAA, Fondo de Seguro del Estado) o Federal (Administración de Veteranos). Debe realizarse dentro del periodo de tiempo de vigencia de la cubierta de beneficios. Requiere previa autorización del plan y no aplica para condiciones cosméticas.
Litotricia	Cubierto. **Requiere autorización previa del plan.**
Pruebas cardiovascular invasivas	Cubierto
Pruebas cardiovasculares no invasivas	Cubierto
Cirugía de acné	Cubierto, sólo cuando sea médicamente necesario.
Trasplante de piel, hueso y córnea	Cubierto, los gastos completos de cirugía incluyendo la transportación de los materiales y cargos directamente relacionados con el servicio de trasplante, incluyendo: cuidado previo a la cirugía, postcirugía y tratamiento relacionado a medicamentos inmunosupresores.
Condición de autismo	Cubierto para el Tratamiento de Autismo, incluyendo, pero sin limitación de, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla y lenguaje, terapias físicas y ocupacionales, inmunológicas, gastroenterología, servicios de nutricionistas y psicólogos, según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012. Se cubrirá el tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales, según dispone la Ley 63 del 19 de julio de 2019.
Cirugía bariátrica por hospitalización	Cubre sólo el *bypass* gástrico, banda ajustable o la cirugía de banda gástrica para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía por vida siempre y cuando el servicio esté disponible en Puerto Rico, **sujeto a autorización previa del plan**.
Cirugía ortognática (osteotomía mandibular y maxilar, Lefort)	Cubierto. Se excluyen los gastos por implantes relacionados a la cirugía. **Requiere autorización previa del plan.**

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Servicios relacionados con la enfermedad crónica renal tales como: Diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas.	Cubierto por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de la primera diálisis o hemodiálisis o la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez al contrato. Esta cláusula aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.
SERVICIOS POST HOSPITALARIOS	
Unidad de Cuidado de Enfermería Diestro (Skilled Nursing Facility)	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **D** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Los servicios post hospitalarios se ofrecen hasta un máximo de 120 días por suscriptor por año contrato. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos (14) catorce días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. **Requiere autorización previa del plan.**
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR (HOME HEALTH CARE)	
Aplica copago, ver línea D2 de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Deben ser solicitados por el médico del suscriptor y debe ser provisto por una organización debidamente certificada para este propósito. Estos servicios estarán cubiertos, si los mismos comienzan dentro de los primeros catorce (14) días de haber sido dado de alta y que se presten por motivos de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado, sujeto a previa autorización del plan.	
Servicios de Enfermería y Auxiliar de Servicios en el Hogar	Cubierto, equipo tecnológico con los servicios de enfermeras, turno diario de 8 horas según la ley 125 del 21 de septiembre de 2007.
Servicios Habilitativos (Habilitation Services)	Aplica copago, ver línea S de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico. Requiere autorización previa del plan.
Visita en el hogar	Una visita por un miembro de la organización certificada para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar se considerará cada uno como una visita en el hogar.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla bajo servicios post hospitalarios	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **S, S1, S2** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta 40 terapias combinadas.
Terapia física, ocupacional y del habla bajo condición de autismo	Cubierto al 100%.

SERVICIOS PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN

Todo paciente con la condición de Síndrome de Down suscrito en este contrato tiene derecho a los servicios y beneficios que establece la Carta de Derecho de las Personas que tienen el Síndrome de Down, según se dispone la Ley Núm. 97-2018, aprobada el 15 de mayo de 2018.

Con el fin de asegurar que estos pacientes reciban atención médica adecuada, se les proveerá de mecanismos necesarios para su educación, rehabilitación física, mental y social, con el interés primordial que les permita desarrollar al máximo su potencial y facultar su integración a la sociedad.

Este beneficio es uno integrado en esta cubierta e incluye todos los servicios aprobados en este contrato con sus copagos y coaseguros según corresponda.

Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son:

- Pruebas genéticas, neurológicas, inmunológicas, gastroenterológicas y nutrición,
- Visitas Médicas,
- Servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente,
- O viviendas asistidas para adultos mayores de 21 años.

SERVICIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES CON CANCER DE SENO

Requiere autorización previa del plan.

En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, según enmendada y mejor conocida como “La Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer”, First Medical Health Plan, Inc. garantiza la cubierta de tratamiento, que esté pactado dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines.

Además, como parte de la cubierta, se incluyen todos los servicios y beneficios preventivos de conformidad con la ley federal Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), para la detección temprana de cáncer de seno. Para ello, se cubren visitas a especialistas, exámenes clínicos de senos, estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y son mamografías, y tratamientos como, pero no limitados a: mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
En la prevención contra el cáncer cervical, First Medical Health Plan, Inc. garantiza la cubierta de servicios preventivos, lo cual incluye: exámenes pélvicos, citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical. Además, cubre la vacuna contra el cáncer cervical o vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) entre las edades de once (11) a dieciocho (18) años de edad. La Ley Núm. 82 de 15 de marzo de 2018, para enmendar el inciso (d) del Artículo 3 de la Ley Núm. 275 de 2012, supra, dispone que será responsabilidad de los Proveedores de Servicios de Salud, referir a todo suscriptor diagnosticado con cáncer a la cubierta catastrófica o especial del plan de cuidado de Salud del Gobierno de Puerto Rico. La cubierta catastrófica o especial le será provista a todo suscriptor diagnosticado con cáncer que cualifique para estos fines, en un período no mayor de setenta y dos (72) horas laborables." Para abonar a que se cumpla con la disposición antes reseñada de la Ley Núm. 82 supra, por los proveedores de servicios de salud, First Medical orienta a los proveedores de servicios de salud quienes están ofreciendo servicios a los pacientes con cáncer y a los suscriptores con diagnóstico de cáncer, sobre el derecho que tienen de ser suscriptores de la cubierta especial del Plan de Salud del Gobierno, basado en criterios establecidos. Parte de la orientación es que todo suscriptor diagnosticado con cáncer que cualifique para estos fines, la cubierta debe ser provista en un período no mayor de setenta y dos (72) horas laborables. En cumplimiento con la Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020, mejor conocida como, "Ley Gabriela Nicole Correa Santiago", First Medical garantiza la cubierta de tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas de cáncer, según las guías establecidas por la Red Nacional Integral del Cáncer ("NCCN Guideliness") y/o aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés), así como los necesarios para atender y minimizar sus efectos adversos, sujeto a las disposiciones de la presente Ley. También se utilizará el "Local Coverage Determinations-LCD from First Coast Service Options, INC", "Medicare Approved Compendia List", "National Coverage Determations Alphabetical Index", "Milliman Care Guidelines"y las Guías internas de ASES. Además, según dispone la ley, FMHP remitirá su aprobación o denegación de medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas enumeradas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer ("NCCN Guideliness") o de las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) , dentro de un término de 24 a 72 horas de recibida la solicitud o dentro del término de 24 horas, de tratarse de un caso marcado urgente o expedito. Disponiéndose que, del plan médico, individual o grupal, no emitir su determinación dentro de dicho término, se entenderá que los medicamentos, tratamientos y/o pruebas diagnósticas fueron aprobadas por el mismo. Las pólizas, contratos, certificados o acuerdos ofrecidos o emitidos en Puerto Rico por una organización de seguros de salud o asegurador para proveer, entregar, tramitar, pagar o reembolsar el costo de servicios de cuidado de la salud, tratamientos, medicamentos o pruebas diagnósticas incluidas como mandatorios y uniformes, no dispondrán que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a discreción por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, ni contendrán normas de interpretación o revisión que contravengan lo dispuesto en esta Ley.	

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA

FMHP permitirá que se designe, en pacientes de cáncer, un médico especializado en oncología, en calidad de proveedor de cuidado primario; siempre y cuando ese profesional de la salud emita su consentimiento a tal designación.

En conformidad con lo expuesto anteriormente, FMHP reitera que todo paciente tendrá derecho a recibir el tratamiento que su médico le recomiende, sin limitaciones por parte de las aseguradoras, de que el paciente reciba un tratamiento de mayor efectividad y de vanguardia, disponible en el mercado, en conformidad con las cubierta y protocolos diseñados al amparo de los Artículos 5 y 9 de esta Ley.

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

Requiere autorización previa del plan.

Los servicios de anestesia general y uso de sala de operaciones para procedimientos dentales serán cubiertos, según lo dispuesto en la Ley 352 de 1999. Aplica copago de hospitalización, ver línea **D** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.

Los mismos serán ofrecidos por un dentista pediátrico, cirujano oral o un maxilofacial que sea miembro de la facultad medica hospitalaria y el cual determine la necesidad de su uso ya sea por complejidad o condición médica y siguiendo los criterios de la Academia Americana de Odontología Pediátrica.

Esta cubierta dependerá de los siguientes indicadores:

1. cuando por razón de edad, impedimento o discapacidad física o mental, está imposibilitado para resistir o tolerar dolor y cooperar con el tratamiento dental sugerido.
2. cuando el paciente, entiéndase infante, niño(a), adolescente o persona con impedimento físico o mental presente alguna condición médica que haga indispensable el uso de una facilidad quirúrgica con anestesia general de manera de no comprometer su salud.
3. cuando la anestesia local sea inefectiva o esté contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica.
4. cuando el paciente sea un infante, niño(a) adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos detales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental.
5. cuando un paciente haya recibido trauma dental extenso y severo donde el uso de anestésico local comprometa la calidad de los servicios o sea infectiva para manejar el dolor y aprehensión.

La preautorización para este servicio se aprobará o denegará dentro de dos (2) días contados a partir de la fecha en que el suscriptor someta todos los documentos requeridos por First Medical Health Plan, Inc. los cuales son: el diagnóstico del paciente; la condición médica del paciente, y las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental. Este beneficio está cubierto siempre y cuando First Medical Health Plan, Inc. sea el primario de la cubierta dental.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS	
FMHP, Inc. brindará cubierta a los servicios prestados mediante la práctica de la telemedicina y telesalud conforme a la Ley Núm. 168 de 2018, según enmendada por la Ley Núm. 68 del 16 de julio de 2020, a raíz de la declaración de emergencia promulgada por la Gobernadora de Puerto Rico como consecuencia del COVID-19. Esta cubierta de salud incluye las disposiciones del Artículo 13 de esta ley y las desglosa a continuación: **1. Los médicos y profesionales de la salud cubiertos por esta Ley podrán utilizar la tecnología propia de telemedicina o telesalud para atender a sus pacientes, sin necesidad de contar con la Certificación correspondiente por parte de la Junta de Licenciamiento o de su respectiva Junta Examinadora u Organismo Rector.** **2. La Junta Examinadora u Organismo Rector de cada profesión de salud cubierta por esta Ley, deberá establecer de inmediato las guías básicas para poder atender pacientes utilizando la tecnología propia de telesalud y notificar al grupo correspondiente de profesionales de la salud para que puedan comenzar a utilizar tales mecanismos. Ningún profesional de la salud autorizado a ejercer en Puerto Rico podrá comenzar a atender pacientes utilizando la tecnología propia de telesalud, hasta tanto su respectiva junta u organismo rector emita las guías correspondientes conforme a la naturaleza de la emergencia declarada.** **3. Todos los servicios ofrecidos estarán sujetos y responderán a las mismas normas de cuidado, competencia y conducta profesional aplicable al ofrecimiento de dichos servicios de forma presencial. Se prohíbe la grabación de consultas, sesiones o conversaciones terapéuticas.** **4. La autorización delineada en este Artículo no exime a los médicos y los profesionales de salud, con el cumplimiento de los requisitos de sus respectivas licencias y/o estándares éticos, por lo que estarán sujeto a las sanciones correspondientes.** **5. Independientemente de lo establecido en el Artículo 13 de esta ley, siempre se respetará la privacidad del paciente conforme a las disposiciones del Health Insurance Portability Accountability Act of 1996 o de cualquier otro estatuto o reglamento estatal o federal aplicable. Tanto la Junta de Licenciamiento como la Junta Examinadora u Organismo Rector podrán adoptar todas las medidas que entiendan necesarias para asegurar que los proveedores de salud que regulan protejan la privacidad de sus pacientes; estas medidas deben ser de conformidad con cualquier ley o reglamento federal aplicable.** **6. Las compañías de seguros de salud, aseguradoras, organizaciones de servicios de salud, administradores o manejadores de beneficios de farmacia, la Administración de Seguros de Salud (ASES) y entidades afines contratadas por estos, vendrán obligados a incluir dentro de la cubierta básica ya pagar de fondos estatales o federales, aquellas pruebas de diagnóstico y/o tratamiento médicos presentes o futuros para atender el COVID-19, conforme a los precios establecidos por el Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.** **7. Como medida para reducir el contacto personal, el contagio y desalentar que los ciudadanos acudan a las oficinas de los médicos, se ordena a las farmacias a despachar las repeticiones de aquellos medicamentos crónicos, aunque el paciente no posea repeticiones disponibles o una nueva receta. Para esto, el paciente deberá mostrar el frasco del medicamento vacío en el que se especifica la dosis y la identidad del paciente. Se exceptúa de lo antes dispuesto los medicamentos clasificados como controlados en las clasificaciones II, III, IV o V por las leyes o reglamentos federales o estatales, así como los narcóticos independientemente de su clasificación.**	

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
8. Cualquier edificación permanente o temporera que se habilite en una facilidad de servicios para atender de manera aislada a pacientes con síntomas de este virus, será considerado para todos los fines legales pertinentes como una extensión de servicios de salud en la que se encuentre. **9. Mientras subsista esta emergencia de COVID-19, todo médico o profesional de la salud que esté autorizado por ley a preparar recetas, referidos, orden médica u ordenar tratamientos, pruebas o exámenes al paciente, podrá enviar la receta, referido u orden por fotografía o cualquier otro método electrónico y el proveedor de servicio que la reciba vendrá obligado a aceptarla. La receta deberá ser enviada directamente por el médico o profesional de la salud, por lo cual no se aceptarán recetas enviadas por fotografías al paciente directamente.** **10. Los médicos y profesionales de la salud aquí autorizados conservarán toda aquella información necesaria para documentar los servicios prestados. En aras de evitar el fraude contra los seguros, las compañías de seguro, organizaciones de servicios de salud y la ASES podrán efectuar las verificaciones pertinentes para corroborar que, en efecto, se han brindado los servicios por los medios propios de telemedicina o telesalud.** **11. Los médicos y profesionales de la salud aquí autorizados deberán cumplir con las disposiciones de consentimiento informado establecidas en esta Ley.** **12. Todo médico o profesional de salud autorizado a ejercer en Puerto Rico podrá facturar los servicios provistos utilizando la tecnología de telemedicina o telesalud y las compañías de seguro de salud, aseguradoras, organizaciones de servicios de salud, administradores o manejadores de beneficios de farmacia, la ASES y entidades afines contratadas por estos, vendrán obligadas a pagarla como si fuera una consulta presencial. A esos fines, estas tendrán que proveerles a los médicos y los profesionales de la salud que así lo soliciten los correspondientes códigos para la facturación por los servicios de salud prestados utilizando la tecnología propia de la telemedicina o telesalud. Ninguna compañía de seguros de salud, aseguradoras, organizaciones de servicios de salud, administradores o manejadores de beneficios de farmacia, la ASES ni entidades afines, podrán negarse a pagar por un servicio prestado que no esté debidamente codificado, si sus normas y procedimientos le permiten crear los códigos y/o procedimientos para conformarlos a las disposiciones de la presente Ley. En el caso de los médicos o profesionales de la salud que brinden sus servicios de conformidad con esta Ley, pero cuyos servicios no estén debidamente codificados por la ASES o una compañía de seguros de salud y exista un impedimento estatutario, normativo, procesal o reglamentario para poder codificarlo, podrán facturar por los servicios provistos como de ordinario lo hacen para una consulta presencial, pero deberán descontar un diez por ciento (10%) en la facturación del costo total. Cuando el médico o profesional de la salud autorizado mediante este Artículo, brinde sus servicios mediante planes médicos o seguros de salud, y el paciente reciba los servicios, este estará exento de pagar la cantidad fija que paga por estos servicios o el copago que de ordinario pagaría en una consulta presencial, durante la vigencia de la emergencia declarada por la Gobernadora a raíz del COVID-19.**	
Visitas médicas al Generalista	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **E** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas médicas al Especialista	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas médicas al Subespecialista	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **G** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Visitas al Ginecólogo / Obstetra (Especialista)	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Laboratorios y Rayos X	Aplica coaseguro, ver línea J de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato.
Cirugía en Oficina	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **I** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Centro de Cirugía Ambulatoria	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **H** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Examen físico rutinario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada luego del copago de visita médica. Hasta un (1) examen por suscriptor por año contrato.
Exámenes pélvicos y citología vaginal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Visitas al quiropráctico	Aplica copago de especialista, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Terapias físicas	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **S** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico. **Requiere autorización previa del plan.**
Manipulaciones de quiroprácticos	Aplica copago, ver línea **S** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) manipulaciones quiroprácticas por suscriptor por año contrato, combinadas con terapias físicas. **Sujeto a necesidad médica y requiere autorización previa del plan.**
Servicios de rehabilitación	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **S** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico. **Requiere autorización previa del plan.**
Servicios de habilitación	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **S** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta veinte (20) terapias por suscriptor por año contrato, combinadas con manipulaciones de quiropráctico. **Requiere autorización previa del plan.**

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Terapia respiratoria en Oficina Médica	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **S1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Sujeto a necesidad médica comprobada.
Pruebas de alergia	Aplica $10.00 de copago. Hasta cincuenta (50) pruebas por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Condición de autismo	Cubierto para el Tratamiento de Autismo, incluyendo, pero sin limitación de, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla y lenguaje, terapias físicas y ocupacionales, inmunológicas, gastroenterología, servicios de nutricionistas y psicólogos, según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012. Cubierto para el Tratamiento de Autismo, incluyendo, pero sin limitación de, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla y lenguaje, terapias físicas y ocupacionales, inmunológicas, gastroenterología, servicios de nutricionistas y psicólogos, según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012. Se cubrirá el tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales, según dispone la Ley 63 del 19 de julio de 2019. Le aplica copago según servicio recibido, excepto lo que se identifica en la sección de Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).
Biopsia del seno	Aplica $50.00 de copago
Vasectomía	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **I** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Inyecciones antitetánicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Radioterapia; cobalto: quimioterapia por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable y vía intratecal.	Aplica 20% de coaseguro.
Inyecciones en las articulaciones	Aplica $10.00 de copago. Dos (2) por día, hasta un máximo de doce (12) por suscriptor por año contrato.
Visitas médicas a domicilio (Generalista)	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **E** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Criocirugía del cuello uterino	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, uno (1) por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Ambulancia aérea en Puerto Rico.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, sujeto a necesidad médica y previa autorización del plan. Sólo aplica en Puerto Rico, incluye Vieques y Culebra. El servicio deberá ser provisto por una compañía autorizada por la Comisión de Servicio Público.
Ambulancia terrestre en Puerto Rico.	El servicio cubierto será ofrecido hacia o desde un hospital local, facilidad alterna o traslado entre instituciones hospitalarias, a través de reembolso, hasta $80.00 por viaje. En caso de que el servicio sea solicitado por motivo de una emergencia médica a través del Sistema de Emergencias 9-1-1, First Medical Health Plan, Inc. pagará directamente al proveedor de ambulancia el 100 % del costo del transporte, en conformidad con la Ley Núm. 129 de 1 de agosto de 2019. El servicio deberá ser provisto en ambulancias autorizadas por la Comisión de Servicios Público. El servicio de ambulancia terrestre se cubrirá a base las tarifas establecidas mediante Reglamento por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos, adscrito a la Junta Reglamentadora de Servicio Público de Puerto Rico.
Pruebas Diagnósticas Especializadas/Estudios desórdenes de sueño (Polisomnografía)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Uno (1) de cada tipo, por suscriptor por vida. **Requiere autorización previa del plan.**
Yeso blanco aplicado en la oficina de los médicos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Nutricionista	Aplica copago, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Servicios de nutrición por obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes	First Medical Health Plan, Inc. pagará por los servicios de nutrición, prestados en Puerto Rico, por un nutricionista o enfermedades metabólicas, quienes tienen que estar debidamente certificados por la entidad gubernamental designada para tales propósitos. Las visitas a estos especialistas estarán cubiertas siempre que sean médicamente necesarias y estén asociadas al tratamiento de obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes. Aplica copago, ver línea F de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.
Equipo Médico Duradero, Bomba de Infusión de Insulina, Suplidos para Bomba de Infusión de Insulina y Equipo para medir la azúcar (Glucómetro)	Aplica 40% de coaseguro hasta un máximo de $5,000; luego del beneficio máximo aplica un 60% de coaseguro. Será cubierto el alquiler o compra de equipo dentro de la red de proveedores de First Medical Health Plan, Inc. tales como: oxígeno y del equipo necesario para su administración, sillas de ruedas y camas de hospitales o posiciones, sujeto a que: El equipo sea usado primeramente con propósitos médicos. El equipo pueda ser utilizado efectivamente en una facilidad no médica (ej. en el hogar). El equipo pueda hacer una contribución significativa en el curso del tratamiento de la enfermedad o lesión. El costo del equipo sea proporcional a los beneficios terapéuticos que de su uso se deriven. En conformidad con la Ley 177 del 13 de agosto de 2016 y la Ley 19 del 12 de enero de 2020 el equipo para medir la azúcar (Glucómetro) está cubierto uno cada tres años por persona cubierta, (1) inyección de glucagón y reemplazo de la misma en caso de su uso o por haber expirado, 150 tirillas y 150 lancetas por mes, sensores de monitoreo de azúcar, y la Bomba de Infusión de Insulina y suplidos para la misma. Esto, para todo suscriptor diagnosticado con Diabetes Mellitus Tipo 1 y según las especificaciones del endocrinólogo. **El alquiler o compra de equipo médico duradero lo hará First Medical Health Plan, Inc., sujeto a la necesidad médica del paciente y requiere previa autorización del plan**.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida.	Aplica 40% de coaseguro. Según enmienda a la Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015, para los efectos de los servicios establecidos al amparo de la Ley para los suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida, se entenderá como suscriptor a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, entiéndase respirador o de oxígeno suplementario por lo que va a requerir cuidado diario especializado de enfermeras diestras con conocimiento en enfermería para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad; y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido veintiún (21) años de edad. Además, está cubierto: un mínimo de un turno diario de 8 horas de servicios de enfermeras diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos y terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes. Requiere autorización previa del plan.
Visitas al Podiatra y tratamiento para el cuidado de rutina para los pies	Aplica copago de especialista, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Optómetras	Aplica copago correspondiente, ver línea **F2** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Audiólogos	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Timpanometría y Audiometría	Aplica $10.00 de copago por cada uno. Hasta uno (1) de cada uno (1) por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Septoplastías, Rinoseptoplastías y Rinoplastías	Aplica coaseguro de Facilidad Ambulatoria, ver línea **H** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Sólo cuando sea post trauma o por necesidad médica.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Servicios de escalenotomía	Aplica coaseguro de Facilidad Ambulatoria, ver línea **H** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Sólo cuando sea post trauma o por necesidad médica.
Servicios relacionados con la enfermedad crónica renal tales como: Diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas.	Aplica 20% de coaseguro. Cubierto por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de la primera diálisis o hemodiálisis o la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez al contrato. Esta cláusula aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.
Servicios para el tratamiento contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	Cubierto. Sólo en Puerto Rico.
Pruebas de Cáncer, Presión Alta y Colesterol, Diabetes, Osteoporosis y Enfermedades de Transmisión Sexual para todos los suscriptores, según la Ley 218 del 30 de agosto de 2012.	Cubierto al 100%
Cernimiento de cáncer ginecológico, de mama y próstata	Cubierto como servicio preventivo. En conformidad con la Ley Núm. 10 del 3 de enero de 2020, conocida como la Ley del Derecho a la Detección Efectiva del Cáncer de Seno, se proveerá cubierta de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de próstata, según las prácticas aceptables. Además, incluirán criterios para exámenes de cernimiento para cáncer de mama a las mujeres que cumplan con los siguientes requisitos: a. una mamografía de referencia “baseline mammogram” a las mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años de edad; b. una mamografía anual a las mujeres de cuarenta (40) años o más; c. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres de cuarenta (40) años o más que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso, según determinado en su mamografía por un radiólogo, en base a la escala de densidad del seno del Reporte de Proyección de Imagen y Sistema de Datos del Seno (“Breast Imaging Reporting and Data System”, BI-RADS, por sus siglas en inglés), promulgada por el Colegio Americano de

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	Radiología (“American College of Radiology”); d. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de seno debido a su historial familiar, a su propio historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado por su médico.
Ciberterapia	Cubierto cuando la misma sea provista por un profesional licenciado en fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación o terapia educativa y certificado en ciberterapia, según dispone la Ley Núm. 48 de 29 de abril de 2020 mejor conocida como la Ley para Regular la Ciberterapia en Puerto Rico. Aplica copago establecido para cada especialidad, según Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles al final de este contrato.
PRUEBAS ESPECIALIZADAS	
Aplica coaseguro Ver línea **K (Pruebas Diagnósticas Especializadas/ Pruebas Diagnósticas Especializadas en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System)** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago, ver línea **K1 (Procedimientos Endoscópicos)** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.	
Sonogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Tomografía computadorizada (CT Scan)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por región anatómica, por

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Pruebas de medicina nuclear	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Pet CT y Pet Scan	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por suscriptor por año contrato, **requiere autorización previa del plan**, excepto condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo enfermedad de Hodgkin's las cuales serán cubiertas hasta dos (2) por suscriptor por año contrato.
Imagen por Resonancia magnética (MRI)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por región anatómica, por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Angiografía por Resonancia Magnética (MRA)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Endoscopías gastrointestinales	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Electrocardiograma (EKG)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Electroencefalogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Electromiogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta dos (2) por suscriptor por año contrato**.** Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Ecocardiogramas	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por suscriptor por año contrato**. Requiere autorización previa del plan.**
Densitometría Ósea	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Holter	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Estudios y procedimientos neurológicos	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Nerve conduction velocity study	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta dos (2) servicios por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivos y no invasivos	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Litotricia	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Cateterismos	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
PTCA - Angioplastía coronaria transluminal percutánea	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, hasta uno (1) por suscriptor por año contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Hasta uno (1) por suscriptor por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Prueba de Esfuerzo (Stress Test)	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Prueba de Esfuerzo (Stress Test) con Septa Mibi, Persatine o Talio	Aplica coaseguro según cubierta seleccionada, ver línea **K** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **K1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere autorización previa del plan.**

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
SERVICIOS DE MATERNIDAD	
Servicios prenatales y postnatales El cuidado prenatal, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para la suscriptora principal, el cónyuge y toda mujer que cualifique como dependiente directo, incluida en el contrato. El cuidado del niño(a) en el hospital estará cubierto durante la estadía de la madre en el hospital. Cualquier otro cuidado médico necesario estará cubierto sólo si el niño(a) es suscrito de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos de este Contrato excepto lo dispuesto por el **Artículo 3 de la Ley Núm. 248 de 15 de agosto de 1999** dispone que, si la madre y el recién nacido son dados de alta en un período de tiempo menor al dispuesto, la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuido del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.	
Perfil biofísico	Aplica 40% de coaseguro. Hasta un (1) servicio por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y para embarazos de alto riesgo no tiene límite. **Requiere autorización previa del plan.**
Esterilización post parto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, según los Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).
Esterilización ambulatoria	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, según los Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).
Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	Aplica copago de hospitalización correspondiente. Las admisiones de hospital en caso de un parto estarán cubiertas un mínimo de 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de un parto por cesárea a menos de que el médico, luego de consultar con la madre, ordene el alta al hospital para la madre y/o recién nacido, Conforme a la Ley 248 del año 1999.
Amniocentesis genética	Cubierto al 100%, hasta uno por suscriptor por año contrato.
Amniocentesis de maduración fetal	Cubierto al 100%, hasta uno por suscriptor por año contrato.
Producción e interpretación de monitoría fetal	Cubierto
SERVICIOS PEDIÁTRICOS	
Visitas al pediatra	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **E** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Evaluación Médica Anual	Cubierto. Dicha evaluación incluirá una evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición realizadas por el pediatra.
Vacunas	Las vacunas se cubrirán de acuerdo al itinerario de vacunación recomendado por el Center for Disease Control and Prevention y el Departamento de Salud de Puerto Rico, incluyendo los "Catch ups" (vacunas retrasadas en el calendario del niño) y serán cubiertos al 100%.
Vacuna contra el Cáncer Cervical	Se recomienda que se comience a vacunar a varones y féminas de 11 a 26 años. En el caso de niños o niñas de 9 años con historial de abuso sexual o agresión y quienes no han iniciado o completado la serie de 3 dosis, se recomienda que se comience a administrar la vacuna. En el caso de varones y féminas que son víctimas de abuso o agresión sexual deben recibir la vacuna del VPH según las edades recomendadas, si aún no han sido vacunados. Cubierto al 100%.
Vacuna contra el Virus Sincitial Respiratorio (palivizumab)	Cubierto de acuerdo al protocolo (palivizumab) (Synagis) establecido por la Ley 165 de 30 de agosto de 2006 y con 20% de coaseguro.
Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de cernimiento auditivo neonatal	Cubierto al 100% conforme a lo establecido en la Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003.
Circuncisión y dilatación	Cubierto
Vacuna contra el COVID – 19	Cubierto al 100%, como inmunización preventiva para adolescentes mayores de 16 años de edad y adultos, según el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de conformidad con el Articulo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud.
SERVICIOS PREVENTIVOS	
$0.00 de copago dentro y fuera de la Red.	
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No*. 111-148 (PPACA) y la *Health Care and Education Reconciliation Act* de 2010, *Public Law No*. 111-152 (HCERA) están cubiertos al 100%. **A través del siguiente enlace podrá tener acceso a la lista más actualizada de los servicios preventivos cubiertos al 100%:** https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/	

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar del niño, requeridos por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000 y en conformidad con la Carta Normativa N-AV-7-8-2001 del 6 de julio de 2001 están cubiertos por este contrato. Estos servicios incluyen el examen físico general, cernimiento de visión y audición, pruebas de laboratorio clínico (incluyendo la prueba de tuberculina), pruebas y evaluaciones psicológicas de cernimiento psico-social, cernimiento de asma y epilepsia, según los estándares vigentes establecidos por el Departamento de Salud, Programa de Medicaid, Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS	
Aneurisma Aórtica Abdominal (AAA)	Un cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por ultrasonografía en hombres entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.
Glucosa Anormal en la Sangre y Diabetes Mellitus Tipo 2	Cernimiento de glucosa anormal en la sangre como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos de 40 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los doctores deben ofrecer o recomendar a los pacientes con glucosa anormal en la sangre y con Diabetes Mellitus tipo 2 intervenciones intensivas de consejería conductual para promover una dieta saludable y actividad física. Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg.
Uso poco saludable de alcohol	El USPSTF recomienda el cernimiento sobre el consumo de alcohol no saludable en lugares de atención primaria en adultos con 18 años o más, incluyendo personas embarazadas, proveyéndoles a las personas involucradas en el consumo de alto riesgo y peligroso, breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol no saludable.
Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal: Medicina Preventiva	Se recomienda iniciar el uso de aspirinas en dosis bajas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal en adultos de 50 a 59 años con un riesgo de 10% o más de enfermedades cardiovasculares, que no estén en riesgo de sangrado, que tengan una esperanza de vida de al menos 10 años y que estén dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina diariamente durante al menos 10 años.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Cáncer colorrectal	Se recomiendan las pruebas de sangre oculta en la excreta para cernimiento de cáncer colorrectal; sigmoidoscopía, colonoscopía o pruebas serológicas en adultos comenzando a la edad de 45 años hasta la edad de 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían.
Depresión	Cernimiento de depresión para adultos incluyendo personas embarazadas y en etapa posparto. El cernimiento debe implementarse con los sistemas adecuados para asegurar un diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas se recomiendan los ejercicios y la terapia física en comunidades que estén a mayor riesgo de caídas.
Dieta saludable y actividad física en adultos con factores de riesgo cardiovascular: Consejería conductual	Ofrecer o referir adultos con obesidad o sobre peso y que tengan factores de riesgo adicionales de enfermedades cardiovasculares a consejería intensiva sobre una dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares.
Infección por el Virus de la Hepatitis B: Cernimiento para adolescentes no embarazadas y adultos	Cernimiento del Virus de Hepatitis B (HBV) en personas con alto riesgo de infección, adultos y adolescentes no embarazadas.
Infección por el Virus de la Hepatitis C: Adultos	Cernimiento por infección del virus de Hepatitis C en adultos y adolescentes entre las edades de 18 a 79 años de edad.
Alta Presión Sanguínea	Cernimiento de presión arterial sanguínea en adultos de 18 años de edad o mayores. Además, se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Profilaxis previa a la exposición al VIH para la prevención de la infección por VIH	El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral efectiva a las personas con alto riesgo de contraer el VIH.
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana: Adolescentes no embarazadas y adultos	Pruebas de cernimiento para la infección del VIH en adolescentes y adultos entre los 15 y 65 años de edad. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Según requiere la Ley 45-2016, como parte de estudios de rutina o de una evaluación médica debe realizarse una prueba del VIH al año, excepto por las personas embarazadas, quienes les aplican lo requerido por la USPSTF.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Inmunización (Vacunas)	Vacunas y refuerzos para adultos: dosis, edades y poblaciones recomendadas varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Culebrilla (Herpes Zoster), Virus del Papiloma Humano (HPV), Influenza (Flu Shot), Sarampión, Paperas, Rubéola, Meningococo, Pneumococo, Tétano, Difteria, Pertusis, Varicela. Vacuna contra el COVID -19 para adultos según el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de conformidad con el Articulo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud.
Cernimiento para detección de cáncer de pulmón	Se recomienda un cernimiento anual para la detección del cáncer del pulmón utilizando tomografía computadorizada de baja dosis (LDCT) para adultos entre los 50 a 80 años, con historial de fumar 20 cajetillas por año y que actualmente fuma o que cesó de fumar en de los últimos 15 años. El cernimiento debe descontinuarse una vez la persona haya dejado de fumar por más de 15 años o que desarrolla un problema de salud que limita sustancialmente su expectativa de vida o la habilidad o disposición para recibir cirugía curativa del pulmón.
Obesidad	Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m2 o más, deben ser referidos intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas.
Infecciones Transmitidas Sexualmente (STI)	Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adolescentes y adultos sexualmente activos y que estén en alto riesgo.
Consejería sobre la prevención del cáncer de piel	Consejería en jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.
Uso del medicamento Statin para prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos	Adultos sin historial de enfermedades cardiovasculares (CVD) se recomienda que utilicen una dosis baja a moderada del medicamento Statin para prevenir eventos de enfermedades cardiovasculares (CVC) y la muerte cuando estén entre los 40 a 75 años de edad, presentan uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumen) y que tengan un riesgo

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	calculado de 10 años de un evento cardiovascular de un 10% o mayor. El identificar la dislipidemia y el cálculo del riesgo de eventos cardiovasculares a los 10 años, requiere un cernimiento universal de lípidos en adultos de 40 a 75 años.
Infección por sífilis en adultos y adolescentes asintomáticos, no embarazados	Cernimiento para la infección por sífilis en personas que tienen mayor riesgo de infección.
Medicamentos y tratamiento para dejar de fumar: adultos no embarazados	Se recomienda a que los médicos pregunten sobre el consumo del tabaco y aconsejen a dejar de consumirlo y a proveer intervenciones conductuales e indicar que la FDA aprobó la farmacoterapia para dejar de fumar a los adultos que usan tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Detección de uso de drogas no saludables	El USPSTF recomienda Cernimiento para detección haciendo preguntas sobre el uso de drogas no saludables en adultos de 18 años o más. La detección debe implementarse cuando se puedan ofrecer o derivar servicios para un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y una atención adecuada. (La detección se refiere a hacer preguntas sobre el uso de drogas no saludables, no a analizar muestras biológicas).
Intervenciones de asesoramiento conductual para prevenir infecciones de transmisión sexual	El USPSTF recomienda asesoramiento conductual para todos los adolescentes sexualmente activos y para adultos que corren un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). Se debe consultar la sección e Consideraciones prácticas para obtener más información sobre las poblaciones con mayor riesgo de contraer ITS.
Tuberculosis	Cernimiento de la infección latente de tuberculosis en las poblaciones de mayor riesgo.
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA MUJERES INCLUYENDO LAS EMBARAZADAS	
Bacteriuria	Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a personas embarazadas.
Cáncer relacionado a BRCA: Evaluación de riesgos y asesoramiento de pruebas genéticas	La USPSTF recomienda consejería y cernimiento a las mujeres con antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, de ovario, de trompas o peritoneal o que tengan una ascendencia asociada con mutaciones genéticas de susceptibilidad al cáncer de mama 1 y 2 (BRCA1 /

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	2) con una breve descripción familiar adecuada. Las mujeres con un resultado positivo en la pruebas deben recibir asesoramiento genético y, si está indicado después del asesoramiento, pruebas genéticas.
Cernimiento para detección de cáncer de seno	Mamografía de cernimiento para cáncer de seno para mujeres, con o sin examen clínico de los senos previo, cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; bianual para mujeres entre 50 y 74 años de edad.
Cáncer de Seno: Medicamentos para Reducir Riesgos	Para mujeres de 35 años o más que están en mayor riesgo de cáncer de seno y con bajo riesgo de efectos adversos de los medicamentos, los doctores deben ofrecer medicamentos tales como: tamoxifen o raloxifen para reducir riesgos de efectos adversos.
Lactancia	Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia y los suplidos para una máquina de lactancia, en conjunto con cada nacimiento.
Cernimiento de Cáncer Cervical	Cernimiento de cáncer cervical cada tres (3) años para mujeres entre las edades de 21 a 29 años por medio de citología (Pap smear). Para las mujeres entre las edades de 30 a 65 años cada tres (3) años por medio de citología (Pap smear) sola; cada cinco (5) años con pruebas de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV) solo; o cada cinco (5) años con pruebas de hrHPV en combinación con citología (*cotesting*).
Cernimiento de Clamidia y Gonorrea	Cernimiento para infección de clamidia y gonorrea en mujeres sexualmente activas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo de infección.
Anticonceptivos	Los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), incluyendo los métodos hormonales, de barrera y dispositivos implantados, procedimientos de esterilización, así como la inserción y remoción o administración de métodos anticonceptivos , educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según se receten.
Ácido Fólico	Suplementos de ácido fólico de 0.4 a 0.8mg diario para todas las mujeres que planifican o capaces de quedar embarazadas.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Diabetes Mellitus Gestacional	Cernimiento para diabetes gestacional en personas embarazadas entre las 24 y 28 semanas de gestación y en la primera visita prenatal para personas en alto riesgo de desarrollarla.
Hepatitis B	Cernimiento de Hepatitis B a personas embarazadas en su primera visita prenatal.
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): Personas embarazadas	Los médicos deben examinar a toda persona para detectar el VIH, incluyendo aquellas que se encuentra de parto que no han sido examinadas y cuyo diagnóstico es incierto. A toda persona embarazada se cubrirá una primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal y una segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación entre las 28 y 34 semanas de embarazo.
Cernimiento y detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cernimiento y detección anual de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana para todas las mujeres sexualmente activas.
Examen de ADN del Virus del Papiloma Humano (HPV)	Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano (HPV) en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años cada 3 años.
Cernimiento de violencia de pareja en mujeres en edad fértil	Cernimiento a mujeres en edad fértil para detectar la violencia de pareja y proveer o referir a las mujeres a recibir intervenciones de consejería.
Uso de una dosis baja de Aspirina para prevenir la morbilidad y mortalidad por preeclamsia	Para la prevención de la preeclampsia se recomienda el uso de dosis bajas de aspirina (81mg/d) como tratamiento preventivo, después de 12 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia.
Cernimiento de Osteoporosis en mujeres postmenopáusicas y menores de 65 años en riesgo de Osteoporosis	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Densitometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres postmenopáusicas menores de 65 años en riesgo de fracturas por osteoporosis
Cernimiento de Osteoporosis para mujeres de 65 años o mayores	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Densitometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres de 65 años o mayores en riesgo de fracturas por osteoporosis
Depresión perinatal: asesoramiento e intervención	El USPSTF recomienda que los médicos proporcionen o remitan a las personas embarazadas y en período de posparto que tienen un mayor riesgo de depresión perinatal a intervenciones de asesoramiento.
Cernimiento sobre la Preeclampsia	Pruebas de cernimiento sobre la preeclamsia en personas embarazadas con medidas de alta presión sanguínea durante el embarazo.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Incompatibilidad con el factor Rh(D)	Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las personas 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.
Detección de Ansiedad	La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas aquellas que están embarazadas o en el periodo posparto. Los intervalos óptimos de detección no son conocidos, por lo que se debe usar el juicio clínico para determinar la frecuencia de detección. Dada la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y los múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar evaluar a las mujeres que no han sido examinadas recientemente.
Detección de Diabetes Mellitus después del embarazo.	Detección de Diabetes Mellitus en mujeres con antecedentes de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) que actualmente no están embarazadas y que no han sido diagnosticadas previamente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Lo adecuado es que las pruebas iniciales se realicen dentro del primer año posparto y pueden realizarse tan pronto como de 4 a 6 semanas después del parto.
Cernimiento sobre Infección de Sífilis en el Embarazo	Cernimiento sobre la infección de sífilis en toda persona embarazada.
Cernimiento para Incontinencia Urinaria en mujeres	La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda la detección de incontinencia urinaria en las mujeres como un servicio preventivo. Los factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluyen aumento de la paridad, edad avanzada y obesidad; sin embargo, estos factores no deben usarse para limitar la detección. Varias herramientas de detección demuestran una precisión moderada a alta en la identificación de la incontinencia urinaria en mujeres. Aunque se desconocen los intervalos mínimos de detección, es recomendable realizar pruebas anualmente ya que muchas mujeres no presentan síntomas y los

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	múltiples factores de riesgo asociados con la incontinencia cambian con frecuencia.
Dejar de Fumar Tabaco – Personas Embarazadas	Se recomienda que los clínicos pregunten a toda persona embarazada sobre uso de tabaco, que le aconsejen a parar el uso de tabaco y provean intervenciones conductuales a toda persona embarazada para el cesar de consumir tabaco.
Well Woman Visits	Cuidado preventivo anual, incluye cuidado prenatal y servicios necesarios para el cuidado prenatal para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita *well-woman* es anual, aunque *Health and Human Services* (HHS, por sus siglas en inglés) reconoce que varias visitas puedan ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS	
Intervenciones de atención primaria para la prevención y el cese del consumo de tabaco en niños y adolescentes	El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria proporcionen intervenciones, incluida la educación o asesoramiento breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco entre los niños y adolescentes en edad escolar.
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería conductual por abuso de alcohol en adultos de 18 años o mayores sobre el uso indebido de alcohol y para aquellos que un patrón de riesgo o estén en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, se recomienda que se les provean intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol.
Concentración de Bilirrubina	Cernimiento en recién nacidos
Hierro/Anemia	Suplementos de hierro para niños entre las edades de 4 meses hasta 21 años en riesgo de anemia.
Cernimiento del Trastorno del Autismo	Cernimiento de autismo para niños de 18 a 24 meses.
Comportamiento	Evaluaciones para niños de todas las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.
Displasia Cervical	Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Salud Oral: Barniz de Fluoruro	La USPSTF recomienda la aplicación de barniz de fluoruro a los dientes de leche de todos los bebés y niños a partir de la edad de la erupción de los dientes de leche.
Depresión: Adolescentes	Cernimiento de desorden depresivo mayor (MDD) para adolescentes entre las edades de 12 a 18 años. La evaluación debe implementarse con sistemas adecuados para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento de desarrollo para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
Dislipidemia	Cernimiento, una vez, entre 9 y 11 años de edad, y otro entre 17 y 21 años y para todos los niños con mayor riesgo de desarrollar desórdenes de lípidos entre las edades de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.
Audición	Cernimiento de detección de pérdida de audición en recién nacidos y entre las edades de 11 y 14 años, de 15 a 17 años y de 18 a 21 años.
Altura, peso e índice de masa corporal	Medidas para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y de 15 a 17 años.
Cernimiento de Hepatitis B en adolescentes y adultos no embarazadas	Cernimiento del virus de la Hepatitis B (HBV) en personas en alto riesgo de infección.
Alta Presión Sanguínea	Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades de 0 hasta los 17 años.
Análisis de Sangre	Cernimiento para recién nacidos.
Salud Oral: Suplementos de Fluoruro	La USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria prescriban suplementos de fluoruro oral a partir de los 6 meses de edad para los niños cuyo suministro de agua sea deficiente en fluoruro.
Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en adolescentes y adultos no embarazados	Pruebas de cernimiento para la infección del VIH en adolescentes y adultos entre los 15 y 65 años de edad. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Según requiere la Ley 45-2016, como parte de estudios de rutina o de una evaluación médica debe realizarse una prueba del VIH al año, excepto por las personas embarazadas, quienes les aplican lo requerido por la USPSTF.
Consejería y Cernimiento de Virus de Inmunodeficiencia Adquirida	Consejería y Cernimiento anual para mujeres sexualmente activas.
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Inmunizaciones (Vacunas)	Vacunas y refuerzos para niños y adolescentes hasta los 21 años: Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap), Human Papillomavirus (HPV), Varicela, Sarampión, Papera y Rubeola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococco, Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide, Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B. Las vacunas contra el HPV deben comenzar a la edad de 9 años para niños y adolescentes con historial de abuso sexual, quienes no hayan iniciado o completado la serie de 3 dosis. Vacuna contra el COVID -19 para jóvenes de 16 años en adelante y adultos según el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de conformidad con el Articulo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud.
Plomo	Cernimiento para niños de todas las edades en riesgo de exposición de plomo
Historial Médico	Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 21 años.
Examen de Hematocrito o Hemoglobina	Cernimiento a todos los niños
Depresión Materna	Cernimiento en madres de infantes de 1, 2, 4 y 6 meses de edad.
Obesidad en Niños y Adolescentes	Cernimiento de obesidad para niños de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso.
Profilaxis ocular para la oftalmia gonocócica neonatal (Gonorrea)	Medicamento preventivo tópico ocular para los ojos de todos los recién nacidos para prevenir la oftalmia gonocócica neonatal (Gonorrea).
Salud Oral	Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.
Phenylketonuria (PKU)	Cernimiento y el preparado de aminoácidos Libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines relacionados.
Infecciones Transmitidas Sexualmente (STI)	Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos.
Enfermedad de Células Falciformes (Sickle Cell)	Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Consejería sobre la prevención del cáncer de piel	Consejería en jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.
Infección por sífilis en adultos y adolescentes no embarazadas	Cernimiento para la infección por sífilis en personas que tienen mayor riesgo de infección.
Uso del tabaco en niños y adolescentes	El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria brinden intervenciones, incluida la educación o el asesoramiento breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco entre los niños y adolescentes en edad escolar.
Uso de Tabaco, Alcohol y Drogas	Cernimiento en niños y adolescentes entre las edades de 11 a 21 años.
Tuberculosis	Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis, hasta los 21 años.
Cernimiento de agudeza visual en niños	Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía o sus riesgos.
SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICOS Y PREVENTIVOS	
$0.00 de copago	
D0120 Examen oral periódico (dos (2) veces al año) intérvalo de (6) meses.	Cubierto
D0140 Examen oral de emergencia (dos (2) veces al año).	Cubierto
D0150 Examen oral inicial cada doce (12) meses.	Cubierto
D0210 Radiografía de serie completa, una cada tres (3) años por suscriptor.	Cubierto
D0220 Radiografía periapical inicial.	Cubierto
D0230 Radiografía periapical adicional, hasta cinco (5) por suscriptor por año contrato.	Cubierto
D0272 Radiografía de mordida, un set cada doce meses por suscriptor.	Cubierto
D0330 Radiografía panorámica (cada tres (3) años).	Cubierto
D0460 Prueba de Vitalidad Pulpar.	Cubierto
D1110 Profilaxis dental para adultos, una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato.	Cubierto
D1120 Profilaxis dental para niños menores de doce (12) años de edad, una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato.	Cubierto
D1208 Tratamiento de fluoruro sólo para menores de diecinueve (19) años de edad, uno cada seis (6) meses.	Cubierto

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
D1351 Aplicación de Sellantes de Fisura, limitado hasta los catorce (14) años inclusive, un (1) tratamiento por diente de por vida en premolares y molares permanentes no previamente restaurados.	Cubierto
D1510 Mantenedor de espacio unilateral para sustituir dientes deciduos que se pierden prematuramente, uno (1) por cuadrante por suscriptor por vida.	Cubierto
D1515 Mantenedor de espacio bilateral, para sustituir dientes deciduos que se pierden prematuramente, uno (1) por arco por suscriptor por vida.	Cubierto
SERVICIOS DE SALUD VISUAL PEDIÁTRICO	
(A TRAVÉS DE IVISION INTERNATIONAL) $0.00 DE COPAGO	
Examen de refracción	Cubierto, un (1) examen completo de la vista y análisis visual para espejuelos o lentes de contacto por suscriptor por año contrato, no aplica copago.
Espejuelos para menores de 21 años	Cubierto $0.00 de copago. Un par de espejuelos (lentes y monturas) uno (1) por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**
Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	Aplica $0.00 de copago para menores de 21 años.
Tintes	Cubierto, marrón, gris o verde. Aplica $10.00 de copago por cada tinte
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Cubierto $0.00 de copago.
Low Vision: la pérdida significativa de la visión sin diagnóstico de ceguera total.	Cubierto $0.00 de copago. Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un (1) par por año contrato, dentro de la colección contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para suscriptores con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. Además, cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para suscriptores hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total.
SERVICIOS DE SALUD VISUAL ADULTO	
(A TRAVÉS DE IVISION INTERNATIONAL)	
Examen de refracción	Cubierto, un (1) examen completo de la vista y análisis visual para espejuelos o lentes de contacto por suscriptor por año contrato, no aplica copago.
Espejuelos para adultos	Aplica $15.00 de copago. Un par de espejuelos (monturas) uno (1) por año contrato. **Requiere autorización previa del plan.**

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	Aplica $15.00 de copago.
Tintes	Aplica $10.00 de copago por cada tinte. Tintes marrón, gris o verde.
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Aplica 50% de coaseguro.
SERVICIOS DE EMERGENCIA	
Emergencia / Urgencia	Aplica copago, ver línea C de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, cubiertos dentro y fuera de la red de proveedores.
Servicios médicos, uso de las instalaciones, medicamentos y materiales como yeso, bandeja de sutura y laboratorio clínico y Rayos X	Aplica copago según cubierta seleccionada, para casos de accidentes ver línea **C** y para casos de enfermedad ver línea **C2** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Cuando el servicio sea ofrecido por una facilidad del sistema Metro Pavía Health System, aplica copago según cubierta seleccionada, para casos de accidente ver línea **C1** y para casos de enfermedad ver línea **C3** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
SERVICIOS FUERA DE PUERTO RICO (ESTADOS UNIDOS Y SUS TERRITORIOS)	
Servicios de Emergencias fuera de Puerto Rico	Aplica copago, ver línea **C y C2** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Servicios fuera de Puerto Rico, que requieran equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	Aplica copago, ver línea **C y C2** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato, **requiere autorización previa del plan.**

Para recibir los servicios bajo esta cubierta en casos de que se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico es requisito obtener la previa autorización de First Medical Health Plan, Inc., antes de la prestación de los mismos. En casos de emergencia médica, no se requiere previa autorización.

Servicios de sala de emergencia fuera de Puerto Rico:

Los gastos por servicios de sala de emergencia y/o hospitalización recibidos por el suscriptor o sus dependientes mientras se encuentren viajando fuera de Puerto Rico, en Estados Unidos y sus territorios serán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio, siempre que se cumplan con los siguientes requisitos:

a. excepto según se provee en el inciso (d) subsiguiente, los servicios deben estar cubiertos en la cubierta básica a la cual está acogido el suscriptor.
b. que el viaje del suscriptor fuera de Puerto Rico no esté programado para prolongarse por más de sesenta (60) días calendario.

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
c. que la principal razón de viaje no sea procurar servicios médico-hospitalarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una condición de salud existente a la fecha de comienzo del viaje. d. en el caso de gastos por servicios de emergencias que se incurran como resultado de un accidente de tránsito mientras el paciente o suscriptor se encuentra viajando fuera de Puerto Rico, First Medical Health Plan, Inc. recobrará conforme a la cláusula de subrogación en el caso que exista un seguro que sea pagador primario, según se define en la Cláusula de Coordinación de Beneficios (COB). Esto incluye servicios en sala de emergencia, servicios médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y servicios de hospitalización. e. Se cubrirán los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que hayan sido prestados en los Estados Unidos de América únicamente en casos de emergencia médica y hospitalización como consecuencia de una emergencia médica y serán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.	
Para recibir los servicios bajo esta cubierta en casos de que se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico es requisito obtener la previa autorización de First Medical Health Plan, Inc., antes de la prestación de los mismos. En casos de emergencia médica, no se requiere previa autorización.	
SERVICIOS PARA CONDICIONES MENTALES	
Según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)" de octubre de 2008.	
Hospitalización	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **D** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Hospitalización parcial	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **L** de la tabla de copagos.
Visitas al Psiquiatra	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Psicólogos Clínicos	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos.
Visitas colaterales	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Terapia de grupo	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Tratamientos residenciales	Aplica copago, ver línea **L** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere previa autorización del plan.**
Enfermeras Especiales	Cubierto por indemnización. Cubre enfermeras privadas por condiciones mentales, si son ordenadas por un psiquiatra y limitadas a un

BENEFICIOS	CUBIERTA BÁSICA
	máximo de 72 horas consecutivas. A través de reembolso médico.
Evaluación neuropsicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere previa autorización del plan y sujeto a necesidad médica.
Terapia Electroconvulsiva	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la American Psychiatric Association. **Requiere previa autorización del plan.**
SERVICIOS DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO	
Según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)" de octubre de 2008.	
Hospitalización	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **D** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Hospitalización parcial	Aplica copago según cubierta seleccionada, ver línea **L** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Visitas al Psiquiatra	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Terapia de grupo	Aplica copago según especialistas, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato.
Tratamientos residenciales en Puerto Rico	Aplica copago, ver línea **L** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. **Requiere previa autorización del plan.**
Terapia Electroconvulsiva	Cubierto al 100% de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la *American Psychiatric Association.*
Evaluación neuropsicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago, ver línea **F** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato. Requiere previa autorización del plan y sujeto a necesidad médica.
Détox	Cubierto, aplica copago de hospitalización, sin límite por razón de dependencia o abuso de sustancias controladas de acuerdo a la Ley 408 de 2000, según enmendada.

EXCLUSIONES GENERALES DE LA CUBIERTA BÁSICA

1. Servicios que se presten mientras el contrato no esté en vigor.
2. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, responsabilidad del patrono, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona cubierta no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Tratamientos que resulten de la comisión de un delito o incumplimiento de las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquier otro país por la persona cubierta excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
4. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
5. Servicios de comodidad personal tales como teléfono, televisión, *admission kit*, cuidado supervisado, casa de descanso, hogar de convalecencia.
6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos clínicos, quiroprácticos y otros especificados en el contrato.
7. Gastos por exámenes físicos requeridos por el patrono.
8. Servicios que no son médicamente necesarios, o servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA), Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud de Puerto Rico, o el *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *BlueCross and BlueShield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
9. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto First Medical Health Plan, Inc. determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo este contrato, excepto que sean requeridas por alguna ley estatal o federal. Tampoco están cubiertos los gastos médicos relacionados con estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, clinical trials), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos médicos que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el suscriptor se haya inscrito en el estudio (clinical trials) para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En este caso, First Medical Health Plan, Inc. cubrirá los "gastos médicos rutinarios del paciente", entendiéndose que no son "gastos médicos rutinarios de paciente", aquellos relacionados con el estudio o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio. Una vez estos servicios sean incluidos en la cubierta, First Medical Health Plan, Inc. pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dicho servicio médico se hubiese prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.
10. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física, excepto para niños recién nacidos, recién adoptados o colocados por

adopción. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.

11. Gastos por mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno). Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
12. Gastos por septoplastías, rinoseptoplastías (excepto cuando sea post trauma o por necesidad médica), blefaroplastias. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
13. Gastos por intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto el bypass gástrico para la obesidad mórbida tratada en Puerto Rico. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
14. Gastos por tratamientos de liposucción, abdominoplastía y ritidectomía abdominal e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a esta exclusión, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
15. Aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) y otros instrumentos artificiales. Estarán cubiertos los servicios necesarios para la implantación de los mismos.
16. Intervenciones quirúrgicas para restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear, tratamientos para la infertilidad o tratamiento para concepción por medios artificiales; se excluyen todos los gastos y complicaciones asociadas a éstos. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato.
17. Servicios de escalenotomía – división de músculo escaleno *anticus* sin resección de la costilla cervical, cuando sea por fines cosméticos.
18. Trasplantes de órganos y tejidos (Ejemplo: corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea), excepto los de hueso, piel y córnea. Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapia y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante.
19. Servicios para tratamientos de acupuntura.
20. Gastos por servicios de medicina deportiva, medicina natural, músico terapia, psicoanálisis y rehabilitación cardiaca.
21. Analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
22. Servicios dentales excluidos: ortodoncia, periodoncia, endodoncia, prótesis y reconstrucción completa de la boca.
23. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada) mediante cualquier método para corregir la condición.
24. Escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente, servicios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares, etc.).
25. Inmunoterapia para alergia.
26. Servicios prestados por un aborto provocado.

27. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
28. Hospitalizaciones por servicios que puedan practicarse en forma ambulatoria.
29. Servicios por ambulancia marítima.
30. Servicios prestados por instalaciones para tratamiento residencial fuera de Puerto Rico, independientemente si existe o no justificación médica para el tratamiento.
31. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o *bypass* gástrico no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo. **Requiere autorización previa del plan.**
32. Gastos por remoción de papilomas cutáneos (skin tags), reparación de ptosiss, escisión de lesiones benignas, escisión de uñas, inyecciones en tendones puntos de gatillo.
33. Gastos por pruebas de laboratorios: heavy metals; dopaje; HLA Typing; pruebas de paternidad.
34. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio serán evaluadas de forma individual, previa a ser reconocidas para pago y First Medical Health Plan, Inc. determine su inclusión o exclusión en la cubierta ofrecida bajo este contrato. First Medical Health Plan, Inc. determinará las pruebas de laboratorio que no están codificadas cubiertas bajo este contrato. Las pruebas de laboratorio que no están codificadas, consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por First Medical Health Plan, Inc.
35. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, así como cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que el suscriptor resulte positivo en el mismo. Una vez el suscriptor termina en el programa patronal, cualquier otro servicio que necesite estará cubierto por el plan, aun cuando el servicio esté relacionado al mencionado programa.
36. Gastos por terapia ocupacional y terapia del habla, excepto las ofrecidas bajo los servicios post hospitalarios, para la condición de autismo y para suscriptores con Síndrome de Down.
37. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales cuando estos sean requeridos para propósitos de empleos.
38. Servicios prestados y ordenados por familiares cercanos al paciente (padres, hijos, hermanos, etc.)
39. Diagnóstico, servicios, tratamientos, implantes y cirugías para corregir la disfunción eréctil y la condición de impotencia.
40. Tuboplastías y otras operaciones o tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
41. Tratamiento para la condición de fertilidad, inseminación artificial y fertilización “in vitro” y todo tipo de tratamiento para la condición de fertilidad. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato.
42. Cirugías o microcirugías cosméticas con fines estéticos para corregir defectos de apariencia física (deformidades)), excepto para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción a los cuales se le cubrirán los servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico; liposucción, remoción de tatuajes o cicatrices, tratamientos de acné e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas y sus complicaciones, tratamiento con fines estéticos de celulitis.

43. Cirugías para aumento del seno.
44. Cámara hiperbárica, excepto para personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales.
45. Maternidad delegada.
46. Gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado; excepto aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que el suscriptor estuvo activo en el ejército (service connected), en cuyo caso First Medical Health Plan, Inc. recobrará a la Administración de Veteranos.
47. Servicios o tratamientos en los Estados Unidos de América no autorizado ni coordinado con First Medical Health Plan, Inc., excepto servicios de sala de emergencias. El suscriptor será responsable por la totalidad del pago del servicio o tratamiento. First Medical Health Plan, Inc., reembolsará al suscriptor basado en las tarifas usual y acostumbradas de la zona geográfica donde se ofrece el servicio, menos copagos aplicables según descritos en este contrato, siempre y cuando el servicio esté cubierto.
48. First Medical Health Plan, Inc. no reconoce para pago reclamaciones por servicios y pruebas prestados en unidades móviles por cualquier proveedor participante, excepto, los que estén previamente autorizados y/o registrados en el Departamento de Salud de Puerto Rico. Los pagos emitidos por estos servicios serán objeto recobro.
49. Quedan excluidos de cubierta los beneficios no expresamente incluidos como beneficios y/o servicios cubiertos, excepto según pueda ser requerido por disposición de la ley.

CUBIERTA DE FARMACIA

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

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

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

(2) El medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada.

Además, se incluyen los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

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

First Medical Health Plan, Inc. le proveerá copia del formulario, el cual incluye información sobre los medicamentos. Durante el año pueden ocurrir cambios ya sea por: (a) motivos de seguridad, (b) que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado y/o (c) si se han incluido nuevos medicamentos de receta en el formulario y los mismos estarán disponibles en nuestra página web: www.firstmedicalpr.com, accediendo en la sección de farmacia en la parte superior derecha de la página web y luego en la sección de documentos podrá seleccionar el formulario de medicamentos (4 Tiers). Estos cambios se les notificarán a todos los suscriptores no más tarde a la fecha de efectividad de los mismos y tal notificación se enviará a la última dirección en récord del suscriptor.

¿Cómo utilizo el formulario?
El formulario incluye un índice en orden alfabético, para fácil referencia.

¿Hay algunas restricciones de mi cubierta?
Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cubierta. Estos requisitos y límites pueden incluir:

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

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

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

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

¿Qué sucede si mi medicamento no aparece en el formulario?

Si su medicamento no aparece en el formulario, visite nuestra página web: www.firstmedicalpr.com , accediendo en la sección de farmacia en la parte superior derecha de la página web y luego en la sección de documentos podrá seleccionar el formulario de medicamentos (4 Tiers) para verificar si su plan cubre su medicamento. Usted también puede llamar al Departamento de Farmacia y/o Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Además, el suscriptor puede pedirle a First Medical Health Plan, Inc. que haga una excepción sujeta a necesidad médica y previa autorización de:

1. Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;
2. Cubierta continuada de determinado medicamento de receta que la organización de servicios de salud habrá de descontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o
3. Una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.

En cualquiera de estas circunstancias y, en cumplimiento con la Ley Núm. 142 de 9 de octubre de 2020, FMHP ofrecerá cubierta inmediata temporera para una receta inicial del medicamento recetado durante el proceso de solicitud de excepción médica y hasta que notifique por escrito su determinación final, cuando el médico o profesional de la salud que expidió la receta haga constar por escrito que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición de la persona cubierta o asegurado; aun cuando dicho medicamento de receta sea de los cuales se excluya del formulario de medicamentos del plan médico de la persona cubierta o asegurado o esté sujeto a un procedimiento de manejo de medicamentos de receta.

La organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta, el PBM o cualquier otra entidad a la que se le haya delegado la administración de los servicios de farmacia, deberá pagar a la farmacia la receta inicial del medicamento despachado, en lo que la aseguradora adjudica la cubierta del medicamento recetado. La farmacia podrá presentar una factura electrónica a la aseguradora para el pago de la receta inicial de medicamentos despachadas y la aseguradora tendrá la obligación de aceptar la facturación electrónica y no podrá requerir una factura física o de papel como condición para el pago. De manera que, en ninguna circunstancia, la persona cubierta o asegurado, se quedará desprovista de su medicamento de receta mientras está en un proceso de solicitud de excepciones médicas, o la presentación de una querella a tenor con el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código. Esta norma para una cubierta temporera de las recetas iniciales de medicamentos recetados no afectará las regulaciones existentes sobre medicamentos en transición. No obstante, lo anterior, las disposiciones del Artículo 4.070(B) del Capítulo 4 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico deberán cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema.

Toda organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta, manejador o administrador de beneficios de farmacia o cualquier entidad a la que se le haya delegado la administración o manejo de los servicios o beneficios de farmacia, incluirán en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido (“cost sharing, out-of-pocket maximun”), cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida al asegurado por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del paciente en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos, co-aseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida. Estas aportaciones, descuentos y cupones del manufacturero estarán disponibles y podrán ser utilizados en todos los proveedores de salud, conforme a los requisitos del programa, sin importar el lugar de adquisición del descuento o cupón. Se prohíbe el uso del acumulador de beneficios, maximizador o cualquier otro programa similar que tenga el efecto de implementar una restricción a la responsabilidad establecida en el Artículo 4.070(B) del Capítulo 4 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

El procedimiento para solicitar excepciones médicas dispuesto en la Ley Núm. 142 requiere que la organización de seguros de salud o aseguradora que brinde beneficios de medicamentos recetados, el PBM o cualquier otra entidad a la cual la administración de los servicios de farmacia,

tome la determinación sobre una solicitud presentada y notifique a dicha determinación a la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, con la urgencia que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso la notificación podrá exceder las cuarenta y ocho (48) horas desde la fecha de recepción de la solicitud, o la fecha de recepción de la certificación, en caso de que la organización de seguro de salud o asegurador solicite la misma, cual fuere posterior a las fechas. En el caso de medicamentos controlados, este plazo no debe exceder las veinticuatro (24) horas.

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

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

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

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

First Medical Health Plan, Inc. podrá requerir que la persona cubierta o a su representante personal, provea una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación que hizo. Dicha certificación de Excepción Médica la puede acceder en la página web: www.firstmedicalpr.com, accediendo en la sección de farmacia en la parte superior derecha de la página web y luego en la sección de documentos podrá seleccionar el formulario para solicitud de excepción médica. La información que se debe incluir es la siguiente:

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

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

a. Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida.

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

El suscriptor, su representante personal o proveedor de salud pueden contactarnos para solicitar una decisión de cubierta inicial para una excepción al formulario o a la restricción de utilización con la debida justificación médica. Tomaremos una decisión sobre su solicitud presentada, con la premura que requiera su condición médica, pero en ningún caso a más de 48 horas desde la fecha del recibo de la solicitud o de la fecha del recibo de la justificación médica, en el caso que First Medical Health Plan, Inc. solicite la misma, cual fuere posterior de las fechas. En el caso de

medicamentos controlados, este término no deberá exceder de las 24 horas. Puede solicitar una excepción más rápida o acelerada si usted o su médico piensa que su salud podría verse seriamente afectada por tener que esperar hasta 72 horas por una decisión.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. Las razones específicas de la denegación.

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

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

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

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

DEFINICIONES

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

1. **Coaseguro**: Por ciento de los honorarios establecidos de acuerdo a la escala de honorario que pagará la persona directamente a la farmacia al momento de recibir los servicios.

2. **Comité de Farmacia y Terapéutica:** significa un comité o cuerpo equivalente, compuesto por empleados o consultores externos contratados por una organización de servicios de salud, el cual estará compuesto por un número impar de miembros. Los miembros del comité de farmacia y terapéutica serán profesionales de la salud, tales como médicos y farmacéuticos, los cuales tendrán conocimiento y pericia respecto a:
   a. La forma adecuada, desde la perspectiva clínica, de recetar, suministrar y supervisar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios; y
   b. la revisión y evaluación del uso de los medicamentos, así como la intervención con dicho uso.

   Si entre los miembros del comité de farmacia y terapéutica se encontrasen representantes del administrador de beneficios de farmacia o de la organización de servicios de salud, éstos sólo podrán aportar consideraciones operacionales o de logística, pero no tendrán voto en determinaciones relativas a la inclusión o exclusión de medicamentos de receta en el formulario.

3. **Copago:** Es la cantidad que el suscriptor paga por el costo de cada receta individual, o repetición de receta, de un medicamento recetado cubierto, cuando lo despacha una farmacia.

4. **Farmacéutico:** Es una persona que tiene licencia para preparar, mezclar y administrar medicamentos y que practica dentro del alcance de su licencia.

5. **Farmacia:** Es un establecimiento con licencia donde un farmacéutico despacha medicamentos recetados.

6. **Farmacia Especializada:** Es una farmacia que se especializa en proveer medicamentos altamente complejos que requieren un manejo especial, de distribución limitada que usualmente no son de fácil accesibilidad.

7. **Farmacia Participante de la Red:** Es una farmacia que ha firmado un acuerdo directo con First Medical Health Plan, Inc., y que ha sido designada por nosotros para proveer:
   - Servicios cubiertos de farmacia
   - Servicios cubiertos de farmacia especializada

8. **Formulario:** Es una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por First Medical Health Plan, Inc. y la cual regularmente se evalúa para añadir o excluir

medicamentos de receta, a la cual se refieren para determinar los beneficios en la cubierta de farmacia.

9. **Límite de Despacho:** Es la dosis máxima mensual de un medicamento y/o el número de meses en que por lo general se usa el medicamento para tratar una condición en particular.

10. **Medicamento de Receta:** significa un medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.

11. **Medicamentos Agudos:** Son aquellos medicamentos utilizados en el tratamiento de condiciones agudas. No tiene repeticiones, ya que su uso es por corto tiempo, 15 días o menos. No son de uso crónico.

12. **Medicamento Genérico o Bioequivalente:** Todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad.

13. **Medicamento con Leyenda:** Es cualquier sustancia medicinal en cuya etiqueta —según la Ley Federal de Drogas, Alimentos y Cosméticos (*Federal Food, Drug and Cosmetic Act*) debe aparecer el aviso: "Precaución: La Ley Federal prohíbe el despacho sin receta".

14. **Medicamentos Especializados:** Son fármacos, medicinas o medicamentos usados como terapia especializada desarrollados para enfermedades complejas. Los medicamentos de especialidad pueden: Requerir servicios de enfermería o programas especiales para ayudar al paciente a cumplir el tratamiento. Requerir programas de tratamiento para enfermedades específicas. Tener requisitos de distribución limitados o tener requisitos especiales de manejo; almacenamiento o envío.

15. **Medicamento de Mantenimiento:** Medicamento para condiciones crónicas, con un tratamiento usualmente en lapsos de treinta (30) días, con la facultad de poderse obtener adicionales para lapsos de tiempo similares por hasta tres (3) meses con la receta original.

16. **Medicamento de Marca Preferido**: Medicamento de marca que ha sido evaluado por el Comité de Farmacia y Terapéutica.

17. **Medicamento de Marca No Preferido**: Dado que poseen una versión genérica o una alternativa del segundo nivel disponible, los medicamentos no preferidos tienen copagos más altos y están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos.

18. **Medicamentos de Nivel 1:** Son una categoría de medicamentos ***genéricos bioequivalentes*** incluidos dentro de la lista de medicamentos definidos por First Medical Health Plan, Inc. como de Nivel 1.

19. **Medicamentos de Nivel 2:** Son una categoría de medicamentos de ***marca preferido*** incluidos dentro de la lista de medicamentos definidos por First Medical Health Plan, Inc. como de Nivel 2.

20. **Medicamentos de Nivel 3**: Son una categoría de medicamentos de ***marca no preferido*** incluidos dentro de la lista de medicamentos definidos por First Medical Health Plan, Inc. como de Nivel 3.

21. **Medicamentos de Nivel 4**: Son una categoría de medicamentos ***especializados*** incluidos dentro de la lista de medicamentos definidos por First Medical Health Plan, Inc. como de Nivel 4.

22. **Medicamentos Genéricos**: Son fármacos, medicinas o medicamentos que son elaborados, distribuidos y disponibles a través de un fabricante farmacéutico, e identificados por su nombre químico; o cualquier medicamento que has sido calificado como genérico por una fuente reconocida en la industria y usada por First Medical Health Plan, Inc.

23. **Medicamentos Inyectables Auto-Administrados:** Son medicamentos aprobados por la FDA —con excepción de la insulina— que una persona puede administrarse a sí misma.

24. **Médico:** Es un profesional autorizado para ejercer la medicina dentro del alcance de su licencia y cuyos servicios deben estar cubiertos por las leyes de la jurisdicción donde se brinda el tratamiento.

25. ***Off Label Prescription Drug Use***: Medicamentos con leyenda federal, los cuales serán cubiertos al ser prescritos de manera medicamente apropiada y que además el uso "*off label*" este reconocido en literatura médica o referencia médica standard.

26. **Persona que Expide una Receta de Medicamento**: significa todo profesional de la salud autorizado por ley a expedir órdenes de medicamentos de receta.

27. **Preautorización**: Es la aprobación previa requerida por First Medical Health Plan, Inc. para la cubierta de ciertos medicamentos recetados, incluyendo la dosis, cantidad y duración apropiadas para el diagnóstico, edad y sexo del paciente.

28. **Querella:** significa el documento escrito solicitando algún remedio por parte o en representación de una persona cubierta, por acciones o determinaciones de una organización de servicios de salud en asuntos como los siguientes:

a. La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de 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 salud; o
c. asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta y la organización de servicios de salud.

29. **Receta:** Es una orden médica para la preparación y el uso de un medicamento. La receta debe ser escrita a nombre del suscriptor por un médico y debe usarse para el tratamiento de una enfermedad o una lesión corporal cubierta por este plan. El medicamento sólo puede obtenerse mediante una receta médica escrita. El médico puede darle la receta al farmacéutico, por medios electrónicos o por escrito. La receta debe incluir lo siguiente:
    - Nombre del suscriptor.
    - Dirección del suscriptor.
    - El nombre del medicamento, dosis, cantidad y las instrucciones de uso.
    - La fecha en que se emitió la receta.
    - El nombre, la dirección, el número de DEA, número de NPI y firma del médico que la prescribe.

30. **Representante Personal Autorizado** significa:
    a. Una persona a quien la persona cubierta ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente al solicitar una excepción médica
    b. Una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona cubierta;
    c. Un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta, o el profesional de la salud que la atiende, cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento;
    d. el profesional de la salud que trata o suministra medicamentos a la persona cubierta, a los fines de solicitar una excepción médica

DESCRIPCIÓN DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

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

Los medicamentos recetados cubiertos son:

1. Medicamentos genéricos o bioequivalentes, medicamentos de marca preferida, marca no preferida, medicamentos especializados y/o medicamentos agudos y de mantenimiento que, al amparo de la ley federal y estatal, deben ser despachados sólo con la receta de un médico.
2. Fármacos, medicinas o medicamentos incluidos en la lista de medicamentos; incluyendo los cubiertos bajo "*Preventive Service under The Patient Protection and Affordable Care Act*" los cuales la persona cubierta no pagará copago o coaseguro alguno por dichos medicamentos requeridos por las leyes federales aquí incluidos. Estos medicamentos son:
    a. Ácido fólico en mujeres menores de 56 años de edad.
    b. Aspirina en mujeres de edad entre 55 y 79 años y hombres de edad entre 45 y 79 años.
    c. Suplementos orales de flúor recetados en niños menores de 6 años.
    d. Suplementos de hierro recetados en niños menores de 1 año.
    e. Anticonceptivos para planificación familiar en edad reproductiva aprobados por la FDA con receta del médico.
    f. Suplemento de ácido fólico para embarazadas en edad reproductiva.
    g. Tamoxifen o raloxifene para mujeres que están en mayor riesgo de cáncer de seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento.
    h. Suplemento de Vitamina D para mayores de 65 años.
3. Insulina.
4. Agujas o jeringuillas hipodérmicas cuando son recetadas por un médico para usar con insulina o medicamentos inyectables autoadministrados.
5. Vacuna RhoGhan cubierta aplicándole el 20% de coaseguro según su cubierta de beneficio de farmacia y requiere autorización previa del plan.
6. Medicamentos de especialidad y autoadministrados aprobados por First Medical Health Plan, Inc.
7. Fórmulas necesarias para el tratamiento de fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias
8. Fármacos, medicinas o medicamentos para el cuidado de la salud de la mujer, deben ser despachados sólo con la receta de un médico y dentro de la red de proveedores de First Medical Health Plan, Inc. están cubiertos al 100%.
9. Aspirina
10. Buprenorfina para el tratamiento de adicción a opiáceos.

11. Medicamentos inyectables autoadministrados y medicamentos de especialidad están limitados a un despacho de 30 días por parte de una farmacia al detal o farmacia especializada.

DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS APLICABLES

Cubierta sujeta a deducible anual:

DEDUCIBLE ANUAL DE MEDICAMENTOS	
Individual	**Familiar**
Ver línea **A** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato	Ver línea **B** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final de este contrato

COPAGOS Y COASEGUROS		
Medicamentos Genéricos Bioequivalentes	Nivel 1	Ver línea **M** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Medicamentos Marca Preferido	Nivel 2	Ver línea **N** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Medicamentos de Marca No Preferido	Nivel 3	Ver, línea **O** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Medicamentos Especializados	Nivel 4	Ver línea **P** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.

BENEFICIO INICIAL	
Beneficio inicial en la cubierta de farmacia por persona cubierta	Ver línea **Q** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.
Luego del beneficio inicial por persona cubierta aplica coaseguro:	Ver línea **Q1** de la tabla de copagos, coaseguros y deducibles al final del contrato.

CANTIDAD DE DESPACHO	
Días de terapia para medicamentos de mantenimiento	30
Días de terapia para medicamentos agudos	15
Repeticiones para medicamentos de mantenimiento solamente no mayor de 180 días. Cuando el historial de la persona cubierta o suscriptor así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud, el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de ciento ochenta días (180) días.	5

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

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

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

No se provee beneficio alguno por:

1. Medicamentos con un costo igual o menor de $8.00 no están cubiertos.
2. Medicamentos con leyenda federal que no han sido recomendados en una prescripción por un médico.
3. Cualquier fármaco, medicina o medicamento que tenga en la etiqueta “Precaución: Limitado por Ley Federal para uso de investigación” o cualquier fármaco, medicina o medicamento experimental o para investigación, aun cuando se le cobre un cargo por éste.
4. Extractos de alérgenos.
5. Dispositivos o equipo terapéuticos, entre ellos:
    a. Prendas de soporte;
    b. Reactivos para pruebas;
    c. Bombas mecánicas para la administración prolongada de medicamentos; y
    d. Otras sustancias no médicas.
6. Suplementos dietéticos.
7. Productos nutricionales.
8. Minerales.
9. Medicamentos para perder el apetito o cualquier otro para controlar el peso.
10. Cualquier medicamento con fines cosméticos.
11. Cualquier fármaco o medicamento que se puede adquirir legalmente sin receta, excepto insulina, ácido fólico, aspirina, hierro para niños menores de 1 año y los que sean requeridos por ley federal o estatal.
12. Cristales o polvo de progesterona, en cualquier forma de dosis compuesta.
13. Medicamentos para la inducción del aborto.
14. Medicamentos para la infertilidad, o utilizados para estos fines.
15. Cualquier medicamento recetado para la impotencia y/o la disfunción sexual.
16. Medicamentos recetados que deben ser tomados o administrados por el suscriptor, totalmente o en parte, durante el tiempo en que sea paciente en una instalación que normalmente proporciona medicamentos a sus pacientes ingresados. Lugares para pacientes ingresados incluyen, entre otros:
    a. Hospitales;
    b. Hogares para convalecientes con servicio especializado de enfermería; o
    c. Hospicios;
17. Los siguientes medicamentos inyectables:
    a. Agentes de inmunización, excepto las vacunas, las cuales están cubiertas bajo cubierta básica
    b. Sueros biológicos
    c. Sangre
    d. Plasma sanguíneo
18. Repeticiones de recetas:

a. En exceso de la cantidad especificada por el médico; o
b. Despachadas más de un año después de la fecha de la orden original.

19. Cualquier parte de una receta o repetición de receta que exceda un suplido para 30 días, recibida por una farmacia al detal que no participe en nuestro programa de despacho a 90 días, la cual le permita al suscriptor recibir un suplido de medicamentos para 90 días en una receta o repetición.
20. Cualquier porción de un medicamento de especialidad o medicamento inyectable auto administrado, recibido por una farmacia al detal o una farmacia especializada que exceda un suplido para 30 días.
21. Cualquier medicamento para el cual se requiere una autorización previa, que no haya sido obtenida.
22. Cualquier medicamento normalmente libre de cargos.
23. Cualquier fármaco, medicina o medicamento recibido por el suscriptor:
    a. Antes del inicio de la cubierta; o
    b. Después de la fecha en que la cubierta ha terminado.
24. Cualquier receta o repetición de receta por medicamentos que hayan sido perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados.
25. Implantes para la administración prolongada de medicamentos.
26. Más de una receta o repetición de receta para el mismo medicamento o para un medicamento terapéutico equivalente, recetado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias, hasta que el suscriptor haya usado por lo menos el 75% de la receta (o repetición de receta) anterior.
27. Cualquier copago que el suscriptor realizó por una receta que haya sido despachada, sin importar que ésta sea rechazada o cambiada a causa de reacciones adversas o cambios en la dosis o la receta.

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

SEGURO DE VIDA

El Seguro de Vida aquí ofrecido aplica a todas las cubiertas PYMES 2022.

El beneficio de Seguro de Vida es administrado por **Triple-S Vida, Inc.,** a través de la forma número GRL-092-1.

RESUMEN DE CUBIERTA

Esta cubierta se ofrece en contrato como un valor añadido a través de **Triple-S Vida, Inc.** El suscriptor deberá completar la Designación de Beneficiarios incluida en el Formulario de Inscripción a este plan médico. De no hacerlo, los reclamantes deberán presentar una declaratoria de herederos.

La organización ofrece la cubierta de Seguro de Vida para el suscriptor principal. El beneficio de seguro de vida es de $5,000.00 (cinco mil dólares) por muerte natural. Este beneficio estará sujeto a las cláusula y disposiciones que **Triple-S Vida** establezca al respecto.

El suscriptor que posea el beneficio de seguro de vida y alcance la edad 65 años, aplica la tabla de cubierta decreciente de beneficios que aparece a continuación:

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 o más	15% de la cantidad principal

PROCESO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El suscriptor y/o el pagador del plan médico, en caso de que sea menor de 21 años, debe designar el/los beneficiarios al momento de llenar el Formulario de Inscripción o en el proceso de renovación del plan médico. El beneficiario será aquella persona o entidad que así se designe en

la solicitud para recibir el beneficio del Seguro de Vida. Durante el término de vida del suscriptor, este podrá cambiar al beneficiario de tiempo en tiempo mediante la presentación de una petición por escrito a tales efectos a través de cualquiera de nuestras Oficinas de Servicio o en la Oficina de Triple-S Vida, Inc. localizada en el 1052 de la Avenida Luis Muñoz Rivera en San Juan y el mismo entrará en vigor a la fecha en que se firmó a menos que se disponga de otro modo en la designación de beneficiarios, el producto de este seguro de vida se dividirá en partes iguales entre aquellas personas que han sido designadas beneficiarias. En la eventualidad que el Asegurado no haya designado beneficiario alguno en la solicitud de la póliza, el producto de esta póliza se pagará a los herederos del Asegurado, según estos hayan sido designados como herederos bien sea por testamento o por declaratoria de herederos.

Si el suscriptor desea realizar un cambio en sus beneficiarios, puede hacerlo en cualquier momento utilizando la forma de Designación de Beneficiarios de **Triple-S Vida**. Esta debe ser entregada en cualquiera de nuestras oficinas de servicio. Es bien importante que esta forma esté completada en todas sus partes. Luego, esta forma se digitaliza y se envía a Triple-S Vida al Departamento de Suscripción para que sea efectivo el cambio. 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, **Triple-S Vida** por las personas designadas como beneficiarios.

PROCESO DE RECLAMACIÓN

En el caso de surgir una reclamación de Seguro de Vida el/los beneficiarios, deben realizar lo siguiente:

1. El beneficiario/reclamante del Seguro de Vida debe pasar por cualquier de nuestras Oficinas de Servicio o en la Oficina de Triple-S Vida localizada en el 1052 de la Avenida Luis Muñoz Rivera en San Juan para solicitar la reclamación del Seguro de Vida.

2. El beneficiario/reclamante del Seguro de Vida debe completar la Solicitud de Reclamación de Beneficios de Seguro de Vida de Triple-S Vida, Inc. Debe asegurarse de completar todas las secciones requeridas de la solicitud y la misma debe estar acompañada de los documentos requeridos.

Pago de Reclamaciones: El beneficio por muerte se pagará al beneficiario o los beneficiarios cuando Nosotros recibamos prueba fehaciente de que el Asegurado murió mientras esta póliza estaba vigente que incluye: 1) Certificado de Defunción y causa de muerte; 2) constancia de la edad; 3) y cualquier otra información que Nosotros podamos necesitar para establecer la validez de la reclamación.

FIRST HEALTH CALL

¿QUÉ ES FIRST HEALTH CALL?

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

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

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

Te ofrecemos:

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

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

Llámanos al 1-866-337-3338.

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

PLATINUM

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022		
		Platinum 1	Platinum 2	Platinum 3
	ID del Plan	13590PR0040001	13590PR0040006	13590PR0040007
Deducible Anual (Beneficios Médicos)				
A	Individual	$0	$0	$0
B	Familiar	$0	$0	$0
Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)				
A	Individual	$0	$0	$50
B	Familiar	$0	$0	$50 por miembro
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos				
-	Individual	$6,350	$6,350	$6,350
-	Familiar	$12,700	$12,700	$12,700
Beneficios Esenciales de Salud				
Servicios de Emergencia				
C	Accidente	$20	$30	$40
C1	Accidente en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$0	$0	$0
C2	Enfermedad	$30	$40	$50
C3	Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$0	$0	$0
Hospitalización				
D	Hospitalización	$100	$125	$150
L	Hospitalización Parcial	$75	$100	$75
L1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$0	$0	$0
D	Facilidad de Enfermería Especializada (*Skilled Nursing Facility*)	$100	$125	$150
Servicios Ambulatorios				
E	Generalista	$7	$8	$8
F	Especialista	$10	$12	$12
G	Sub Especialista	$12	$15	$15
F	Podiatra	$10	$12	$12
F	Quiropráctico	$10	$12	$12
F	Psiquiatra	$10	$12	$12
F	Psicólogo	$10	$12	$12
F	Audiólogo	$10	$12	$12
F2	Optómetra	$10	$10	$10
H	Facilidad Ambulatoria	20%	30%	30%
I	Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	0%	10%	10%
-	Procedimientos Endoscópicos	0%	30%	30%
-	Pruebas de Alergia	$10	$10	$10
-	Biopsia del Seno	$50	$50	$50
I	Vasectomía	0%	10%	10%

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022		
		Platinum 1	Platinum 2	Platinum 3
	ID del Plan	13590PR0040001	13590PR0040006	13590PR0040007
-	Inyecciones Antitetánicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
-	Inyecciones en las articulaciones	$10	$10	$10
-	Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida	40%	40%	40%
-	Timpanometría y Audiometría	$10 por cada uno	$10 por cada uno	$10 por cada uno
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero				
S	Terapia Física	$7	$7	$7
S1	Terapia Respiratoria en Oficina Médica	$7	$7	$7
S2	Terapia ocupacional	$7	$7	$7
S	Terapia del Habla y Lenguaje	$7	$7	$7
D2	Cuidado de Salud en el Hogar	$0	$0	$0
-	Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de $5,000, luego aplica un 60% coaseguro	40% hasta un máximo de $5,000, luego aplica un 60% coaseguro	40% hasta un máximo de $5,000, luego aplica un 60% coaseguro
S	Manipulaciones de Quiropráctico	$7	$7	$7
Salud Mental				
D	Hospitalización Regular	$100	$125	$150
L	Hospitalización Parcial	$75	$100	$75
F	Terapia de Grupo	$10	$12	$12
F	Visitas Colaterales	$10	$12	$12
F	Evaluación Neuropsicológica	$10	$12	$12
F	Terapia Neuropsicológica	$10	$12	$12
-	Terapia Electroconvulsiva	$0	$0	$0
L	Tratamiento Residencial	$75	$100	$75
D	Detox	$100	$125	$150
R	**Diagnóstico y Tratamiento para los Desórdenes dentro del Continuo del Autismo**			
-	Condición de Autismo	$0	$0	$0
-	Exámenes neurológicos	$0	$0	$0
-	Inmunología	$0	$0	$0
-	Pruebas genéticas	$0	$0	$0
-	Pruebas de laboratorio para autismo	$0	$0	$0
-	Servicios de Gastroenterología	$0	$0	$0
-	Servicios de Nutrición	$0	$0	$0
-	Terapia ocupacional, del habla y lenguaje	$0	$0	$0
-	Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social	$0	$0	$0
-	Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para Autismo	$0	$0	$0
Farmacia				
M	Nivel 1 (Genérico)	$5	$5	$10
N	Nivel 2 (Medicamentos Preferidos)	10% mínimo $10	10% mínimo $10	10% mínimo $10

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022		
		Platinum 1	Platinum 2	Platinum 3
	ID del Plan	13590PR0040001	13590PR0040006	13590PR0040007
O	Nivel 3 (Medicamentos No Preferidos)	20% mínimo $10	20% mínimo $15	20% mínimo $15
P	Nivel 4 (Productos Especializados)	40%	40%	40%
Q	Beneficio máximo	N/A	$3,500	$3,000
Q1	Luego del beneficio máximo aplica	N/A	80%	80%
-	Vacuna Rhogan	20%	20%	20%
Servicios de Laboratorios y Rayos X				
J	Laboratorio	25%	25%	30%
J1	Laboratorios en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%	10%
J	Rayos X	25%	25%	30%
J1	Rayos X en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%	10%
K	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos	25%	25%	30%
K1	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%	10%
Terapias de Cáncer				
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (**Hospitalización**)	$0	$0	$0
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (**Ambulatorio**)	20%	20%	20%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas				
-	Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer tales como: mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética, sonomamografías, exámenes pélvicos y citología vaginal (detección, diagnóstico para cáncer cervical)	$0	$0	$0
-	Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	$0	$0	$0
-	Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	20%	20%	20%
Servicios de Maternidad				
-	Servicios prenatales y postnatales	$0	$0	$0
-	Perfil biofísico	40%	40%	40%
-	Esterilización post parto	$0	$0	$0
-	Esterilización ambulatoria	$0	$0	$0
-	Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	Aplica copago de hospitalización	Aplica copago de hospitalización	Aplica copago de hospitalización

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022		
		Platinum 1	Platinum 2	Platinum 3
	ID del Plan	13590PR0040001	13590PR0040006	13590PR0040007
Servicios de Visión Pediátrica				
-	Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (*frames*) para Lentes de Corrección Visual)	$0	$0	$0
-	Low Vision	$0	$0	$0
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	$0	$0	$0
-	Tintes: marrón, gris o verde	$10.00 por cada tinte	$10.00 por cada tinte	$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	$0	$0	$0
Servicios de Visión Adulta				
-	Examen de refracción	$0	$0	$0
-	Espejuelos para adultos	$15	$15	$15
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	$15	$15	$15
-	Tintes: marrón, gris o verde	$10.00 por cada tinte	$10.00 por cada tinte	$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	50%	50%	50%
Otros Servicios Cubiertos				
-	Examen de Refracción (adultos y niños)	$0	$0	$0
-	Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso hasta $80, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.	Cubierto a través de reembolso hasta $80, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.	Cubierto a través de reembolso hasta $80, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.
-	Ambulancia Aérea en Puerto Rico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
C	Servicios de emergencias prestados en los Estados Unidos de América o de emergencia médica o casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	Estarán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.	Estarán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.	Estarán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.
-	Criocirugía del Cuello Uterino	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida				
D	Procedimiento de Cirugía Bariátrica por hospitalización	$100	$125	$150
Programas incluidos como parte de sus beneficios				

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022		
		Platinum 1	Platinum 2	Platinum 3
	ID del Plan	13590PR0040001	13590PR0040006	13590PR0040007
F	Nutricionista	$10 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.	$12 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.	$12 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.
Cubierta Dental				
-	Diagnóstico y Preventivo	$0	$0	$0

GOLD

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022		
		Gold 1	Gold 2	Gold 3
	ID del Plan	13590PR0040008	13590PR0040013	13590PR0040016
Deducible Anual (Beneficios Médicos)				
A	Individual	$0	$0	$0
B	Familiar	$0	$0	$0
Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)				
A	Individual	$0	$0	$50
B	Familiar	$0	$0	$50 por miembro
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos				
-	Individual	$6,350	$6,350	$6,350
-	Familiar	$12,700	$12,700	$12,700
Beneficios Esenciales de Salud				
Servicios de Emergencia				
C	Accidente	$40	$40	$50
C1	Accidente en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$0	$0	$10
C2	Enfermedad	$50	$50	$60
C3	Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$0	$0	$10
Hospitalización				
D	Hospitalización	$150	$150	$150
L	Hospitalización Parcial	$125	$125	$75
L1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$0	$0	$0
D	Facilidad de Enfermería Especializada (*Skilled Nursing Facility*)	$150	$150	$150
Servicios Ambulatorios				
E	Generalista	$10	$10	$10
F	Especialista	$12	$12	$12
G	Sub Especialista	$15	$15	$15
F	Podiatra	$12	$12	$12
F	Quiropráctico	$12	$12	$12
F	Psiquiatra	$12	$12	$12
F	Psicólogo	$12	$12	$12
F	Audiólogo	$12	$12	$12
F2	Optómetra	$10	$10	$10
H	Facilidad Ambulatoria	40%	40%	40%
I	Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	40%	40%	40%
-	Procedimientos Endoscópicos	30%	30%	30%
-	Pruebas de Alergia	$10	$10	$10
-	Biopsia del Seno	$50	$50	$50
I	Vasectomía	40%	40%	40%
-	Inyecciones Antitetánicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022		
		Gold 1	Gold 2	Gold 3
	ID del Plan	13590PR0040008	13590PR0040013	13590PR0040016
-	Inyecciones en las articulaciones	$10	$10	$10
-	Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida	40%	40%	40%
-	Timpanometría y Audiometría	$10 por cada uno	$10 por cada uno	$10 por cada uno
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero				
S	Terapia Física	$7	$7	$10
S1	Terapia Respiratoria en Oficina Médica	$7	$7	$10
S2	Terapia ocupacional	$7	$7	$7
S	Terapia del Habla y Lenguaje	$7	$7	$7
D2	Cuidado de Salud en el Hogar	$0	$0	$10
-	Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de $5,000, luego aplica un 60% coaseguro	40% hasta un máximo de $5,000, luego aplica un 60% coaseguro	40% hasta un máximo de $5,000, luego aplica un 60% coaseguro
S	Manipulaciones de Quiropráctico	$7	$7	$10
Salud Mental				
D	Hospitalización Regular	$150	$150	$150
L	Hospitalización Parcial	$125	$125	$75
F	Terapia de Grupo	$12	$12	$12
F	Visitas Colaterales	$12	$12	$12
F	Evaluación Neuropsicológica	$12	$12	$12
F	Terapia Neuropsicológica	$12	$12	$12
-	Terapia Electroconvulsiva	$0	$0	$0
L	Tratamiento Residencial	$125	$125	$75
D	Detox	$150	$150	$150
R	**Diagnóstico y Tratamiento para los Desórdenes dentro del Continuo del Autismo**			
-	Condición de Autismo	$0	$0	$0
-	Exámenes neurológicos	$0	$0	$0
-	Inmunología	$0	$0	$0
-	Pruebas genéticas	$0	$0	$0
-	Pruebas de laboratorio para autismo	$0	$0	$0
-	Servicios de Gastroenterología	$0	$0	$0
-	Servicios de Nutrición	$0	$0	$0
-	Terapia ocupacional, del habla y lenguaje	$0	$0	$0
-	Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social	$0	$0	$0
-	Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para Autismo	$0	$0	$0
Farmacia				
M	Nivel 1 (Genérico)	$10	$10	$10
N	Nivel 2 (Medicamentos Preferidos)	20% mínimo $10	30% mínimo $10	30% mínimo $15
O	Nivel 3 (Medicamentos No Preferidos)	30% mínimo $20	30% mínimo $20	40% mínimo $20
P	Nivel 4 (Productos Especializados)	40%	40%	40%
Q	Beneficio máximo	$3,000	$2,000	$1,500

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022		
		Gold 1	Gold 2	Gold 3
	ID del Plan	13590PR0040008	13590PR0040013	13590PR0040016
Q1	Luego del beneficio máximo aplica	80%	80%	80%
-	Vacuna Rhogan	20%	20%	20%
Servicios de Laboratorios y Rayos X				
J	Laboratorio	40%	25%	40%
J1	Laboratorios en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%	10%
J	Rayos X	40%	40%	40%
J1	Rayos X en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%	10%
K	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos	40%	40%	40%
K1	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%	10%
Terapias de Cáncer				
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (**Hospitalización**)	$0	$0	$0
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (**Ambulatorio**)	20%	20%	20%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas				
-	Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer tales como: mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética, sonomamografías, exámenes pélvicos y citología vaginal (detección, diagnóstico para cáncer cervical)	$0	$0	$0
-	Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	$0	$0	$0
-	Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	20%	20%	20%
Servicios de Maternidad				
-	Servicios prenatales y postnatales	$0	$0	$0
-	Perfil biofísico	40%	40%	40%
-	Esterilización post parto	$0	$0	$0
-	Esterilización ambulatoria	$0	$0	$0
-	Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	Aplica copago de hospitalización	Aplica copago de hospitalización	Aplica copago de hospitalización
Servicios de Visión Pediátrica				
-	Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (*frames*) para Lentes de Corrección Visual)	$0	$0	$0

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022		
		Gold 1	Gold 2	Gold 3
	ID del Plan	13590PR0040008	13590PR0040013	13590PR0040016
-	Low Vision	$0	$0	$0
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	$0	$0	$0
-	Tintes: marrón, gris o verde	$10.00 por cada tinte	$10.00 por cada tinte	$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	$0	$0	$0
Servicios de Visión Adulta				
-	Examen de refracción	$0	$0	$0
-	Espejuelos para adultos	$15	$15	$15
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	$15	$15	$15
-	Tintes: marrón, gris o verde	$10.00 por cada tinte	$10.00 por cada tinte	$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	50%	50%	50%
Otros Servicios Cubiertos				
-	Examen de Refracción (adultos y niños)	$0	$0	$0
-	Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso hasta $80, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.	Cubierto a través de reembolso hasta $80, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.	Cubierto a través de reembolso hasta $80, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.
-	Ambulancia Aérea en Puerto Rico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
C	Servicios de emergencias prestados en los Estados Unidos de América o de emergencia médica o casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	Estarán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.	Estarán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.	Estarán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.
-	Criocirugía del Cuello Uterino	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida				
D	Procedimiento de Cirugía Bariátrica por hospitalización	$150	$150	$150
Programas incluidos como parte de sus beneficios				
F	Nutricionista	$12 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.	$12 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.	$12 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato.
Cubierta Dental				

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022		
		Gold 1	Gold 2	Gold 3
	ID del Plan	13590PR0040008	13590PR0040013	13590PR0040016
-	Diagnóstico y Preventivo	$0	$0	$0

SILVER

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022	
		Silver 1	Silver 2
	ID del Plan	13590PR0040022	13590PR0040023
Deducible Anual (Beneficios Médicos)			
A	Individual	$0	$0
B	Familiar	$0	$0
Deducible Anual (Beneficios Medicamentos Recetados)			
A	Individual	$0	$50
B	Familiar	$0	$50 por miembro
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos			
-	Individual	$6,350	$6,350
-	Familiar	$12,700	$12,700
Beneficios Esenciales de Salud			
Servicios de Emergencia			
C	Accidente	$70	$70
C1	Accidente en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$20	$20
C2	Enfermedad	$80	$80
C3	Enfermedad en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$20	$20
Hospitalización			
D	Hospitalización	$250	$200
L	Hospitalización Parcial	$125	$100
L1	Hospitalización en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	$0	$0
D	Facilidad de Enfermería Especializada (*Skilled Nursing Facility*)	$250	$200
Servicios Ambulatorios			
E	Generalista	$10	$10
F	Especialista	$20	$18
G	Sub Especialista	$20	$20
F	Podiatra	$20	$18
F	Quiropráctico	$20	$18
F	Psiquiatra	$20	$18
F	Psicólogo	$20	$18
F	Audiólogo	$20	$18
F2	Optómetra	$10	$10
H	Facilidad Ambulatoria	50%	55%
I	Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	50%	55%
-	Procedimientos Endoscópicos	40%	40%
-	Pruebas de Alergia	$10	$10
-	Biopsia del Seno	$50	$50
I	Vasectomía	50%	50%
-	Inyecciones Antitetánicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
-	Inyecciones en las articulaciones	$10	$10
-	Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida	40%	40%
-	Timpanometría y Audiometría	$10 por cada uno	$10 por cada uno
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero			

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022	
		Silver 1	Silver 2
	ID del Plan	13590PR0040022	13590PR0040023
S	Terapia Física	$12	$12
S1	Terapia Respiratoria en Oficina Médica	$12	$12
S2	Terapia ocupacional	$10	$12
S	Terapia del Habla y Lenguaje	$7	$7
D2	Cuidado de Salud en el Hogar	$10	$10
-	Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de $5,000, luego aplica un 60% coaseguro	40% hasta un máximo de $5,000, luego aplica un 60% coaseguro
S	Manipulaciones de Quiropráctico	$12	$12
Salud Mental			
D	Hospitalización Regular	$250	$200
L	Hospitalización Parcial	$125	$100
F	Terapia de Grupo	$20	$18
F	Visitas Colaterales	$20	$18
F	Evaluación Neuropsicológica	$20	$18
F	Terapia Neuropsicológica	$20	$18
-	Terapia Electroconvulsiva	$0	$0
L	Tratamiento Residencial	$125	$100
D	Detox	$250	$200
R	**Diagnóstico y Tratamiento para los Desórdenes dentro del Continuo del Autismo**		
-	Condición de Autismo	$0	$0
-	Exámenes neurológicos	$0	$0
-	Inmunología	$0	$0
-	Pruebas genéticas	$0	$0
-	Pruebas de laboratorio para autismo	$0	$0
-	Servicios de Gastroenterología	$0	$0
-	Servicios de Nutrición	$0	$0
-	Terapia ocupacional, del habla y lenguaje	$0	$0
-	Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social	$0	$0
-	Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para Autismo	$0	$0
Farmacia			
M	Nivel 1 (Genérico)	$10	$10
N	Nivel 2 (Medicamentos Preferidos)	40% mínimo $20	40% mínimo $20
O	Nivel 3 (Medicamentos No Preferidos)	50% mínimo $30	50% mínimo $30
P	Nivel 4 (Productos Especializados)	40%	40%
Q	Beneficio máximo	$1,500	$1,200
Q1	Luego del beneficio máximo aplica	90%	90%
-	Vacuna Rhogan	20%	20%
Servicios de Laboratorios y Rayos X			
J	Laboratorio	50%	55%
J1	Laboratorios en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%
J	Rayos X	50%	55%
J1	Rayos X en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%
K	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos	50%	55%
K1	Pruebas Diagnósticas Especializadas y Procedimientos en Facilidades de la Red Metro Pavía Health System	10%	10%
Terapias de Cáncer			

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022	
		Silver 1	Silver 2
	ID del Plan	13590PR0040022	13590PR0040023
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (**Hospitalización**)	$0	$0
-	Quimioterapia, Cobalto y Radioterapia (**Ambulatorio**)	20%	20%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas			
-	Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer tales como: mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética, sonomamografías, exámenes pélvicos y citología vaginal (detección, diagnóstico para cáncer cervical)	$0	$0
-	Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	$0	$0
-	Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	20%	20%
Servicios de Maternidad			
-	Servicios prenatales y postnatales	$0	$0
-	Perfil biofísico	40%	40%
-	Esterilización post parto	$0	$0
-	Esterilización ambulatoria	$0	$0
-	Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	Aplica copago de hospitalización	Aplica copago de hospitalización
Servicios de Visión Pediátrica			
-	Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (*frames*) para Lentes de Corrección Visual)	$0	$0
-	Low Vision	$0	$0
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	$0	$0
-	Tintes: marrón, gris o verde	$10.00 por cada tinte	$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	$0	$0
Servicios de Visión Adulta			
-	Examen de refracción	$0	$0
-	Espejuelos para adultos	$15	$15
-	Lentes para visión sencilla, bifocal o trifocal	$15	$15
-	Tintes: marrón, gris o verde	$10.00 por cada tinte	$10.00 por cada tinte
-	Pruebas diagnósticas en oftalmología	50%	50%
Otros Servicios Cubiertos			
-	Examen de Refracción (adultos y niños)	$0	$0
-	Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso hasta $80, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.	Cubierto a través de reembolso hasta $80, excepto que el servicio sea solicitado a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 los cuales serán cubiertos al 100% y pagados directamente al proveedor.
-	Ambulancia Aérea en Puerto Rico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.

Letra de Identificación	Nombre del Plan	FIRST MEDICAL PYMES 2022	
		Silver 1	Silver 2
	ID del Plan	**13590PR0040022**	**13590PR0040023**
C	Servicios de emergencias prestados en los Estados Unidos de América o de emergencia médica o casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	Estarán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.	Estarán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.
-	Criocirugía del Cuello Uterino	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada de First Medical Health Plan, Inc.
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida			
D	Procedimiento de Cirugía Bariátrica por hospitalización	$250	$200
Programas incluidos como parte de sus beneficios			
F	Nutricionista	$20 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato	$18 de copago. Hasta 4 visitas por suscriptor por año contrato
Cubierta Dental			
-	Diagnóstico y Preventivo	$0	$0

OFICINAS DE SERVICIO

AGUADILLA
Metro Pavía Clinic
Carr. #107, Km. 0.6
190 Ave. Jardines de Aguadilla
Aguadilla, Puerto Rico

ARECIBO I
Metro Pavía Clinic
Carr. #129 Zona Industrial Víctor Rojas II,
Carr.129 hacia Coliseo
Arecibo, Puerto Rico

ARECIBO II
Arecibo Shopping Center
Carretera #10
Calle Manuel Millán,
Arecibo, Puerto Rico

BAYAMÓN
Calle Santa Cruz #65
Bayamón, Puerto Rico

CAGUAS
Consolidated Mall C-8
Ave. José Gautier Benítez
Caguas, Puerto Rico

CAROLINA
Metro Pavia Clinic
#640 Marginal Parque
Carolina, Puerto Rico

FAJARDO
Carretera #3 Km. 44.8
Bo. Quebrada,
Fajardo, Puerto Rico

GUAYNABO
Extensión Villa Caparra #530
Calle Marginal Buchanan
Guaynabo, Puerto Rico

HATO REY
Marginal Agueybaná #426
Ave. Muñoz Rivera, Esq. Marginal
Hato Rey, Puerto Rico

HUMACAO
Carr. # 924
Urb. Jardines de Humacao Plaza 2000
Humacao, Puerto Rico

LUQUILLO
Carr. #3 Km. 32.0 interior
Barrio Mameyes
Luquillo, Puerto Rico

MANATÍ
Edificio Acevedo
Calle Marginal Carr. #2 Km 49.9
Manatí, Puerto Rico

MANATÍ
Edificio Acevedo
Calle Marginal Carr. #2 Km 49.9
Manatí, Puerto Rico

MAYAGÜEZ
Clínica Yagüez 2do Piso
Plaza Yagüez,114 Calle Candelaria
Oficina 203
Mayagüez, Puerto Rico

PONCE
Edificio Galería Profesional
#8118 Calle Concordia,
Suite 108-109
Ponce, Puerto Rico

RÍO PIEDRAS
Hospital San Francisco
Calle de Diego,
San Juan, Puerto Rico

SAN GERMÁN
Hospital Metropolitano
#8 Calle Javilla
San Germán, Puerto Rico

SANTURCE
Ave. Roberto H. Todd #800
Parada 18,
Santurce, Puerto Rico

SANTURCE II
Hospital Pavia Santurce
1462 Ave. Profesor Augusto Rodríguez
Parada 22,
San Juan, Puerto Rico

TOA BAJA
Ave. Sábana Seca
Int. Carr. 867
Barrio Sábana Seca
Toa Baja, Puerto Rico

UTUADO
Hospital Metropolitano La Montaña
Calle Isaac González Martínez,
Esq. Ledesma
Utuado, Puerto Rico

YAUCO
Hospital Pavía
Carr. 128 Km. 1.0 Bo. Lluveras
Yauco, Puerto Rico

Para más información:
1.888.801.0801
PO Box 195079
San Juan, PR 00919-5079

First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

IMC RED DE PROVEEDORES INTERNATIONAL MEDICAL CARD

www.firstmedicalpr.com

NUESTRO PROGRAMA DE CORDINACIÓN DE SERVICIOS A DISTANCIA, FM HEALTH LINK TE TRAE:

FM Health·Link