



20  
24

# Guía del Suscriptor

Empleado AEE

PLAN-A



Autoridad de  
Energía Eléctrica





**FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.**  
**LOTE #510 00966, Frontage RD, Guaynabo, Puerto Rico**  
**La Bandera de la Salud de Puerto Rico**

**Patrono Tenedor del contrato: Autoridad de Energía Eléctrica de PR**

**Estimado Empleado de la AEE:**

¡Bienvenido a *First Medical Health Plan, Inc.* (que en adelante se denominará como First Medical)! En First Medical cubrimos a los empleados de la Autoridad de Energía Eléctrica en el contrato del plan grupal y a los dependientes elegibles de dichos empleados de conformidad con las disposiciones de este contrato (en adelante contrato) y la política de pago establecida por First Medical, contra gastos por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización médicamente necesarios, que se presten mientras el contrato esté en vigor, por motivo de lesiones o enfermedades sufridas por la persona participante. Este contrato se emite en consideración a las declaraciones en la copia adherida de la solicitud para la misma y al pago por el patrono de las reclamaciones correspondientes y los costos administrativos del Plan.

Bajo este contrato en particular, First Medical, en alianza con MMM Healthcare, actúa como el Administrador de Reclamaciones y como tal será el pagador de las reclamaciones de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en el contrato. First Medical tendrá disponible su red de proveedores participantes para las personas participantes y beneficiarios del grupo.

First Medical provee servicios administrativos para el pago de reclamaciones y no asume ninguna responsabilidad ni riesgo financiero con respecto a las reclamaciones.

Este contrato se emite por el término de un (1) año a partir del **1 de enero de 2024**. Este contrato podrá continuarse por periodos iguales, consecutivos y adicionales, al pago por el patrono de las reclamaciones correspondientes y los costos administrativos del Plan, del cual sería responsable el patrono en primer lugar, como tenedor del contrato y el empleado como participante y usuario del plan médico, según se dispone más adelante. Todos los términos de cubierta comenzarán y terminarán a las 12:01 a.m., Hora Oficial de Puerto Rico.

First Medical no denegará, excluirá ni limitará los beneficios de una persona participante por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad del participante. Este contrato no es una póliza o contrato complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada (Medicare).

First Medical es un fiel cumplidor de las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por razón de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Como empresa netamente puertorriqueña, con 46 años en la industria de la salud, nos sentimos muy orgullosos de ser el Plan Seleccionado por la **Autoridad de Energía Eléctrica**.

Con mucho orgullo deseamos presentarle la Evidencia de Cubierta que será su **Guía del Suscriptor** donde podrán notar y comprobar que con nosotros obtienen los mejores servicios de salud al menor costo posible. Además, encontrará una excelente combinación de beneficios y costos, razón por la cual le exhorto a que la examine detalladamente o se comunique con nosotros al centro de llamadas de la **Unidad de Servicio Dedicada** llamando libre de costo al **1 - 833-950-4377**, la línea para audio impedidos TTY **1-866-333-5469**, y/o escribiéndonos a [aseguradoAEE@mmmhc.com](mailto:aseguradoAEE@mmmhc.com)

Gracias nuevamente por unirse a la Gran Familia de First Medical, el Plan que te da más.

Cordialmente,

*First Medical Health Plan, Inc.*  
**“Comprometidos con tu salud”**

**Conserve este documento en un lugar seguro; el mismo incluye los beneficios a que tiene derecho como participante de First Medical. Para cubierta adicional suscrita por su patrono, refiérase a cualquier endoso que se emita juntamente con este contrato para la información completa de los beneficios incluidos en su Plan de Salud.**

El Departamento de Servicio al Cliente ofrece servicios de intérprete de idiomas y Lenguaje de Señas libre de costo. Esto incluye, servicio de formatos alternos tales como; Braille, letra agrandada y traducción a otros idiomas, verbal o escrito, entre otros. Si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. al 1-888-318- 0274. Usuarios audio-impepidos TTY/TDD deben llamar al 1-866-921-0101.

*The Customer Service Department offers language and sign language interpreter services free of charge. This includes, service alternate formats such as; Braille, enlarged print and translation into other languages, verbal or written, among others. If you need plan information in another format or language, please contact our Customer Service Department Monday through Friday from 8:00 a.m. to 5:00 p.m. at 1-888-318-0274. Hearing impaired users TTY/TDD should call 1-866-921-0101.*

**First Medical cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. First Medical complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. First Medical 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人.**

*English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-318-0274. Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-318-0274. Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-318-0274.*

**Programa de Beneficios de Salud de la Autoridad de Energía Eléctrica  
Plan A**

- Empleados gerenciales regulares, regulares condicionales y temporeros.
- Empleados UEPI regulares y temporeros.
- Empleados UTIER regulares y regulares especiales.
- Hijos total y permanentemente incapacitados
- El cónyuge y dependientes de empleados que fallecen en el desempeño de sus funciones por un accidente laboral.

Este Plan consiste en servicios de hospitalización, médico quirúrgico, servicios ambulatorios, cubierta de salud mental, mayor medical, farmacia y dental.

---

## CONTACTOS

---

### **Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico**

Para aclarar dudas y recibir orientación con relación a derechos y beneficios de su plan médico, debe visitar o llamar a:

Oficina Plan Médico  
(787) 521-4479  
Edificio NEOS, Oficina 715  
Ave. Ponce de León 1011  
Santurce, Puerto Rico 00912

**Dirija su correspondencia a:**  
Autoridad de Energía Eléctrica  
Oficina Plan Médico  
PO Box 364267  
San Juan, Puerto Rico 00936-4267

---

**CONTACTOS UNIDAD DE SERVICIO DEDICADA FIRST MEDICAL**

---

<p>La Unidad de Servicio Dedicada para los Empleados de la AEE está disponible para responder sus preguntas o preocupaciones acerca de los beneficios y servicios que First Medical ofrece a los participantes del Plan. Además, puede ayudarle a acceder a sus beneficios y le proporcionará información acerca de nuestras políticas y procedimientos.</p>	
<b>Teléfono Unidad de Servicio Dedicada</b>	<p>Teléfono: 1 - 833-950-4377</p> <p>TTY/TDD: 1-866-333-5469</p>
<b>Horario de Operaciones de Unidad de Servicio Dedicada</b>	<p>Lunes a Viernes</p> <p>de 8:00 a.m. – 6:00 p.m.</p>
<b>Dirección de Correo Electrónico</b>	<p><a href="mailto:aseguradoaee@mmmhc.com">aseguradoaee@mmmhc.com</a></p>
<b>First Health Call (Consulta de Salud)</b>	<p>Es un servicio gratuito sobre información de salud disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuenta con profesionales de enfermería bilingüe. Puede obtener los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo en situaciones imprevistas y de urgencia.</li> <li>• Educación al paciente en situaciones de salud.</li> <li>• Orientación al paciente sobre su plan médico.</li> <li>• 1-866-337-3338</li> <li>• TTY/TDD 1-866-927-0101</li> </ul>
<b>Programa de Manejo del Beneficio de Farmacia</b>	<p>1-844-550-5540</p>
<b>Dirección Postal</b>	<p>PO BOX 71114</p> <p>San Juan, PR 00936-8014</p>
<b>Reembolsos</b>	<p>Puede acceder al Formulario de Reembolso a través de nuestra página <a href="http://www.firstmedicalpr.com">www.firstmedicalpr.com</a> o visitando cualquiera de nuestras Oficinas de Servicio. También, puede contactarnos a través de la Unidad de Servicio Dedicada 1-833-950-4377.</p>
<b>Preautorizaciones</b>	<p>1-866-977-2977</p>
<b>Departamento de Querellas y Apelaciones</b>	<p>First Medical</p> <p>Departamento de Querellas y Apelaciones PO</p> <p>Box 191580</p> <p>San Juan, PR 00918-1580</p> <p>Teléfono (787) 474-3999</p> <p>Fax (787) 625-8765</p>
<b>Oficial de Cumplimiento</b>	<p>Oficial de Cumplimiento</p> <p>First Medical Health Plan, Inc. PO</p> <p>Box 191580</p> <p>San Juan PR 00919-1580</p> <p>Teléfono: 787-474-3999, ext. 2108</p> <p>TTY1-844-347-7805</p> <p>Fax: 787-300-3913</p> <p>Email: <a href="mailto:Cumplimiento@firstmedicalpr.com">Cumplimiento@firstmedicalpr.com</a></p>
<b>Programa de Educación y Manejo en Salud</b>	<p>(787) 815-2000, ext. 3896</p>

<b>Centros de Servicio</b>	
<p><b>Aguadilla</b> Facilidades Metro Pavía Clinic Aguadilla Carr. #107, km 0.6 190 Ave. Jardines de Aguadilla Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>	<p><b>Arecibo I</b> Facilidades Metro Pavía Clinic Arecibo Carr. #129 Zona Industrial Victor Rojas II, Arecibo Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>
<p><b>Arecibo II</b> Arecibo Shopping Center Carr. #10 Calle Manuel Millán, Arecibo Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>	<p><b>Bayamón</b> #65 Calle Santa Cruz 65, Bayamón Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>
<p><b>Caguas</b> Carr. #1 Ave. José Gautier Benítez Consolidated Mall, Caguas Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>	<p><b>Carolina</b> Facilidades Metro Pavía Clinic Carolina #640 Marginal Parque, Carolina Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>
<p><b>Fajardo</b> Bo. Quebrada Fajardo Carr. 3 km 43.8 OFC 2, Fajardo Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>	<p><b>Guayama</b> Ave. Arnaldo Bristol Final Urb. Valles de Guayama Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>
<p><b>Hato Rey</b> Calle Agueybaná #424 Ave. Muñoz Rivera , Esq. Marginal Urb. El Velado, Hato Rey Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>	<p><b>Humacao</b> Carr. #924 Urb. Jardines de Humacao Plaza 2000, Humacao Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>
<p><b>Mayagüez</b> Facilidades Clínica Yágüéz Calle Candelaria, 2do Piso Ofic. 203, Mayagüez Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>	<p><b>Pavía Santurce</b> Facilidades Hospital Pavía Santurce #1462 Ave. Prof. Augusto Rodríguez Pda. 22, Santurce Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>
<p><b>Ponce</b> #8118 Calle Concordia, Edificio Galería Profesional Suite 108-109, Ponce Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>	<p><b>San Francisco</b> Facilidades Hospital San Francisco #371 Ave. de Diego, Rio Piedras Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>
<p><b>San Germán</b> Facilidades Hospital Metropolitano San German #8 Calle Jovita, San Germán Lunes a Viernes: 8:00 a. m. - 5:00 p.m.</p>	<p><b>San Patricio</b> #530 Extensión Villa Caparra Marginal Buchanan, Guaynabo Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>
<p><b>Santurce</b> Ave. Roberto H. Todd 800 Parada 18, Santurce Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>	<p><b>Toa Baja</b> Carr. 867 km. 2.2 Bo. Sabana Seca, Toa Baja Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>
<p><b>Utua</b> Facilidades Hospital Metropolitano de la Montaña- Utua Calle Isaac González, Esq. Ledesma, Utua Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>	<p><b>Yauco</b> Facilidades Hospital Pavia Yauco Carr. 128 km 1.0, Yauco Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>

<p>Persons who may need assistance due to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Spanish is not the primary language</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Special Needs</b></li> </ul>	<p><i>The Customer Services Department offers free language interpreter services and Sign Language. This includes services in alternate formats such as Braille, large print, and translation to other languages, verbally or written, amongst others. If you need plan information in another format or language, please contact our Customer Service Department at 1-888-318-0274.</i></p> <p><i>Also, you can contact Compliance Department at (787) 474-3999, ext. 2108.</i></p>
<p><b>Personas con Necesidades Especiales:</b></p>	<p>La Unidad de Servicio Dedicada ofrece servicios de intérprete de idiomas y Lenguaje de Señas libre de costo. Esto incluye servicio de formatos alternos tales como: Braille, CD, letra agrandada y traducción a otros idiomas, verbal o escrito, entre otros. Si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje por favor comuníquese con nuestra <b>Unidad de Servicio Dedicada</b> al 1- 888-318-0274. También puede llamar al <b>Departamento de Cumplimiento</b> a través del (787) 474- 3999, ext. 2108.</p>
<p><b>Portal de Internet</b></p>	<p><a href="http://www.firstmedicalpr.com">www.firstmedicalpr.com</a></p> <p>Nuestros participantes cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal. En este podrán realizar transacciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjeta Identificación Digital</li> <li>• Resumen de Copagos</li> <li>• Utilización</li> <li>• Certificación de cubierta</li> <li>• Red de proveedores</li> <li>• Sometimiento de Preautorizaciones de estudios especializados</li> <li>• Contacto</li> </ul>
<p><b>Aplicación Móvil</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso al Plan Médico 24 horas, los 7 días de la semana.</li> <li>• Solicitar Preautorizaciones de Estudios Especializados</li> <li>• Tarjeta Virtual del Plan</li> <li>• Certificaciones</li> <li>• Información de tus Beneficios</li> <li>• Datos del Contrato</li> <li>• Resumen de Copagos</li> <li>• Utilización</li> <li>• Red de Proveedores</li> <li>• Facilidades de Clínicas y Hospitales Asociados.</li> </ul>

	<p>Si no se ha registrado aún:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descargue la aplicación</li> <li>• Si no se ha registrado en el portal de internet, acceda el enlace de Regístrate.</li> </ul>
<p><b>FM Health Link</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de coordinación de servicios de salud a distancia de First Medical</li> <li>• FM eHealth Telemedicina a tu alcance</li> <li>• Alivia HD Servicio de Medicamentos a tu hogar. APP Alivia HD</li> <li>• First Health Call Servicio de Consultoría de Salud.</li> <li>• 1-866-337-3338</li> </ul>

## **Tarjetas de Identificación**

La tarjeta de identificación del plan es lo que le permite al suscriptor solicitar los servicios médico-hospitalarios. El uso indebido de la tarjeta constituye un delito y está sujeto a sanciones legales o administrativas que le correspondan. El suscriptor no prestará ni utilizará sus tarjetas para que otras personas obtengan el beneficio.

Tan pronto el empleado o su grupo familiar elegible pierden su elegibilidad, tiene que devolver todas las tarjetas de identificación a la Autoridad. En caso de pérdida o hurto de su tarjeta debe informarlo en o antes de veinticuatro (24) horas. El suscriptor es responsable del pago por servicios obtenidos por otra persona cuando se pierde la tarjeta y no lo informa según se dispone.

First Medical envía por correo las tarjetas del plan a la dirección postal o residencial del empleado. El empleado deberá informar a la Autoridad todo cambio de dirección directamente en la División de Personal y luego a la Oficina de Plan de Médico.

La Autoridad no se hace responsable por tarjetas extraviadas o que no se reciben por motivo del empleado no haber notificado su cambio de dirección.

## Modelo de Tarjeta de Identificación



### Abreviaturas:

- G** - Generalista
- HP** - Hospitalización
- S** - Especialista
- SU** - Sub Especialista
- LAB / RX** - Laboratorio y Rayos X
- SE** - Sala de Emergencia

---

## TABLA DE CONTENIDO

---

CONTACTO .....	4
CONTACTOS UNIDAD DE SERVICIO DEDICADA FIRST MEDICAL .....	5
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN .....	9
TABLA DE CONTENIDO.....	11
ELEGIBILIDAD.....	12
CÓMO FUNCIONA SU PLAN.....	15
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA .....	45
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN .....	52
SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL U OTRA INSTALACION, Y SERVICIOS DE AMBULANCIA ...	53
SALUD MENTAL Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN POR ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL.....	56
CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.....	58
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.....	64
CUBIERTA DE FARMACIA .....	68
CUBIERTA DENTAL.....	75
EXCLUSIONES GENERALES DE LA CUBIERTA BÁSICA.....	85
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES .....	89
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS .....	90
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA .....	91
PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REMBOLSOS .....	94
PREAUTORIZACIONES .....	95
PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PREAUTORIZACIONES.....	96
PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS .....	99
APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS .....	100
DISPOSICIONES GENERALES.....	103
DEFINICIONES.....	107
PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO .....	123
ACCESO A LOS SERVICIOS.....	123
ACCESO A LOS SERVICIOS A TRAVÉS DE INTERNET.....	123
RESUMEN DE SERVICIOS.....	123
ACCESO AL VIAJERO .....	132

## **Elegibilidad**

**Empleados** - Son elegibles al Programa de Beneficios de Salud bajo el Plan A, el empleado y su grupo familiar que así determinen los oficiales autorizados de la Autoridad, según las normas administrativas y las disposiciones de los convenios colectivos vigentes. Solamente la Autoridad podrá declarar personas elegibles y nadie será admitido al plan sin la autorización de la Autoridad.

**Cónyuge (viuda/o) y/o Dependientes de Empleados que Fallecen en Accidente Laboral** – También serán elegibles a este plan, cónyuges e hijos elegibles de empleados que fallecen en acción y su muerte está relacionada al trabajo, conforme acción de personal mecanizada emitida por la Oficina de Personal. (Ver inciso #3 bajo requisitos de elegibilidad generales).

**Hijos Dependientes en los Estados Unidos** - Esta cubierta incluye los hijos dependientes residentes en los Estados Unidos y los dependientes estudiantes en los Estados Unidos. Los mismos deberán ser identificados en el proceso de suscripción y presentar la evidencia correspondiente que solicite la Autoridad. El suscriptor será responsable de pagar el 20% de coaseguro por los servicios, a base de los cargos usuales, acostumbrados y razonables para los servicios recibidos en el área donde se presten los mismos. No requiere preautorización.

## **Fecha de Elegibilidad**

La Autoridad determinará la fecha de efectividad según lo que disponen las normas administrativas relacionadas al beneficio del Programa de Beneficios de Salud.

## **A. REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD GENERALES**

### **1. Empleados REGULARES**

- Empleados (de confianza, gerenciales y unionados).
- El/la cónyuge del empleado con quien se encuentre legalmente casado(a).
- Hijos hasta el día que cumplan los 26 años.

### **2. Empleados TEMPOREROS (Gerenciales y UEPI)**

- Empleados temporeros después de cumplir los seis (6) meses de servicio ininterrumpido en la Autoridad.
- La cubierta para el plan familiar de los empleados temporeros conllevará una aportación que será determinada y cobrada por la Autoridad.

### **3. Cónyuge y/o Dependientes de Empleados que Fallecen en Accidente Laboral**

- En los casos de muerte de un trabajador durante el desempeño de sus funciones en el trabajo y como consecuencia de estas, son elegibles al Plan A, bajo los Términos y Condiciones del mismo: sus viudas(os) mientras no contraigan nuevas nupcias y sus hijos dependientes, mientras cumplan con las Normas y Disposiciones de Elegibilidad del Plan A para hijos dependientes. El fallecimiento del empleado debe ser reconocido como accidente laboral por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.

- Es requisito mandatorio que el cónyuge del empleado fallecido en accidente laboral solicite la Parte A y B de Medicare al cumplir los 65 años o a los 24 meses a partir de la fecha de la incapacidad determinada por el Seguro Social Federal.
- El cónyuge que no se acoja a la Parte A y B de Medicare cuando le corresponda, perderá el beneficio del Plan Médico de la Autoridad. Además, tendrá que pagar los servicios que haya recibido luego de haber sido elegible a Medicare Parte A y B.
- De no existir cónyuge, el hijo del empleado que fallece en accidente laboral, podrá continuar su cubierta bajo este Plan hasta el día que cumpla los veintiséis años (26), según las Normas y Disposiciones de Elegibilidad del Plan A para hijos dependientes.
- No son elegibles al beneficio de maternidad los cónyuges supervivientes de los empleados fallecidos en accidente laboral, excepto en aquellos casos en donde el cónyuge está en proceso de gestación al momento de fallecer el empleado y solo por ese embarazo exclusivamente.

## **B. NORMAS Y DISPOSICIONES PARA ELEGIBILIDAD DE CÓNYUGES E HIJOS DEPENDIENTES**

### **Cónyuges**

- Todo empleado, casado legalmente, bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, tiene derecho a incluir a su cónyuge en el Plan Médico, si así lo solicita. Para ello, tiene que proveer con su solicitud el certificado de matrimonio del Registro Demográfico, con no más de tres (3) meses de expedido. La fecha de efectividad será como sigue:
  - Si la inclusión del cónyuge se solicita dentro de los primeros treinta (30) días siguientes a la fecha de matrimonio, su elegibilidad para recibir beneficios será efectiva a la fecha de matrimonio.
  - Si se solicita después de los primeros treinta (30) días de contraer matrimonio, el ingreso será efectivo a partir de la fecha en que la Autoridad lo autorice.
  - En caso de divorcio, el cónyuge perderá elegibilidad el mismo día en que la sentencia de divorcio advenga final y firme. El empleado notificará de inmediato su divorcio a la Autoridad y someterá una copia de notificación de sentencia de divorcio. Todos los servicios utilizados por el excónyuge, después de que el divorcio sea final y firme, será responsabilidad exclusiva del empleado de éste no haberlo notificado debidamente.

### **Hijos Dependientes**

- Los hijos del empleado son elegibles a partir de la fecha de su nacimiento, siempre que se notifique a la Autoridad dentro de los sesenta (60) días siguientes a su nacimiento. Si se solicita su inclusión después de los sesenta (60) días, el ingreso será efectivo a partir de la fecha en que la Autoridad lo autorice. El empleado tiene que acompañar el Certificado de Nacimiento con su solicitud de ingreso o cambio. Los hijos del empleado serán excluidos del Plan Médico el día en que cumplan veintiséis (26) años de edad. First Medical notificará por escrito al suscriptor y remitirá copia a la Autoridad de dicha cancelación con noventa (90) días de anticipación. El empleado será responsable del pago de aquellos servicios que reciba el dependiente luego de cumplir los 26 años de edad.

- Para la Autoridad poder declarar elegibles a los hijos adoptivos e hijos reconocidos, el empleado tendrá que proveer la evidencia requerida por la Autoridad. El ingreso será efectivo a partir de la fecha en que la Autoridad así lo determine.
- Los hijos de empleados divorciados tienen derecho a continuar en el Plan, aunque no vivan bajo el mismo techo del empleado, siempre que el empleado se mantenga activo en el Plan.
- Los hijos de empleados cubiertos por el Plan A, que hayan sido declarados con incapacidad total y permanente, se mantendrán en el Plan hasta que cumplan los 30 años de edad. Excepto los hijos de empleados UTIER y UEPI que permanecerán hasta que cumplan los 45 años de edad, según lo dispuesto en las normas administrativas o los convenios colectivos vigentes. El empleado someterá a la Autoridad la evidencia requerida, cuándo así se solicite.
- **Hijas no tienen derecho a la cubierta de maternidad.**

### **C. Fecha de Elegibilidad y Periodo de Espera**

- Todo empleado regular es elegible desde el primer día de su nombramiento.
- Todo empleado que opte por enlistarse en el servicio militar o sea activado, tendrá derecho a continuar cubierto bajo el plan de la Autoridad, incluyendo a los dependientes directos hasta un máximo de 24 meses, a tenor con las disposiciones del Acta de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (*The Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act*), mejor conocida como *USERRA*.
- Todo empleado temporero será elegible, después de cumplir los seis (6) meses de servicio ininterrumpido en la Autoridad.
- No habrá período de espera en ninguno de los Planes que ofrece la Autoridad. La Autoridad será la única que podrá cambiar o modificar los criterios de elegibilidad en cualquier momento.

### **D. Pérdida de Elegibilidad**

Una vez la Autoridad notifique a First Medical la cancelación de un contrato de suscripción, éste notificará por carta al suscriptor de dicha cancelación de inmediato y remitirá copia a la Autoridad de dicha cancelación. First Medical le notificará sobre la opción de acogerse a la cláusula de conversión a un plan pago directo.

### **E. Servicios Prestados a Personas no Elegibles**

Es responsabilidad del empleado notificar a la Autoridad cuando algún miembro del grupo familiar pierde elegibilidad al plan. Todo servicio prestado a una persona inelegible será pagado por el empleado mediante reembolso directo a la Autoridad. La tarjeta de identificación del plan del suscriptor que pierde elegibilidad debe devolverse a la Autoridad.

La utilización de beneficios del plan médico por personas no elegibles constituye una falta sujeta a las sanciones administrativas o penalidades que determine la Autoridad.

### **F. Uso Indevido del Plan Médico**

El plan médico es uno de los beneficios marginales más importantes. Es responsabilidad de los empleados y su grupo familiar elegible utilizarlo adecuadamente. El uso indebido del plan contribuye a que el costo por concepto de su utilización aumente considerablemente. La mala utilización constituye

un delito y está sujeto a las sanciones legales, acción administrativa o criminal que proceda, de conformidad con las leyes, reglamentos o normas aplicables.

Por lo tanto, si el empleado o su grupo familiar elegible incurre en uso indebido del plan médico, al empleado, se le aplicará el Procedimiento para el Cobro por Uso Indebido del Plan Médico.

---

## CÓMO FUNCIONA SU PLAN

---

### **Su Cubierta Bajo este Contrato**

Su patrono (el "Tenedor del contrato") ha adquirido un contrato de *MMM/First Medical* y mantiene un contrato con *MMM/First Medical*. Usted como empleado de dicho patrono y sus dependientes elegibles tienen derecho a los beneficios descritos en este contrato.

Los beneficios que provee este contrato están comprendidos dentro de las clasificaciones generales que siguen. Estos beneficios están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para los mismos. First Medical es responsable por el pago de los servicios ofrecidos a un participante sujeto a las disposiciones de este contrato y a las condiciones expresadas a continuación.

Los beneficios que provee este contrato básico no son de carácter acumulativo ni están sujetos a periodos de espera.

El suscriptor principal y todos sus dependientes elegibles tendrán beneficios similares.

### **Plan de Libre Selección**

Usted está suscrito en un plan de libre selección. Esto significa que usted puede acceder su cuidado médico libremente dentro de la Red de Participantes y Proveedores de First Medical sin la necesidad de un referido de un médico primario u otro médico.

Sin embargo, le recomendamos que siempre seleccione un médico de cabecera para coordinar sus servicios con otros proveedores. Éste le ayudará a identificar el cuidado médico que necesitará coordinar con otros médicos especialistas y proveedores de la Red de Proveedores de First Medical que son parte del Directorio de Proveedores, visite [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com).

Usted deberá visitar siempre los médicos y proveedores participantes de la Red de First Medical para que sus servicios estén cubiertos, excepto en casos de emergencia según requerido por la ley.

Existen también ciertas reglas del plan de First Medical que usted debe seguir para que los servicios estén cubiertos, tales como: visitar a ciertos proveedores para recibir servicios específicos, preautorización para servicios antes de recibirlos, uso de un medicamento de primer paso para el tratamiento de su condición y uso de los médicos y proveedores de la Red, entre otras reglas.

Es importante que se familiarice con este contrato. Este documento incluye información valiosa sobre su cubierta de salud con First Medical.

### **Servicios Médicamente Necesarios**

First Medical cubre los beneficios descritos en este contrato, siempre y cuando sean médicamente necesarios.

Servicios médicamente necesarios son servicios o suministros que son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad, y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Por favor refiérase a la Sección de Apelaciones para su derecho a una apelación de una determinación adversa sobre los beneficios de un servicio considerado no médicamente necesario.

### **Guía del Suscriptor**

**Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico**  
**First Medical – 01/2024**

## Servicios Médico-Quirúrgicos Durante una Hospitalización

First Medical se compromete a pagar, a base de las tarifas establecidas para tales propósitos, por los servicios cubiertos en este contrato que sean prestados al participante durante periodos de hospitalización. Sólo estarán cubiertos durante cualquier periodo de hospitalización los servicios de médicos que normalmente estén disponibles en el hospital en que la persona participante se hospitalice.

Ninguna persona participante bajo este contrato, que se hospitalice en una habitación semiprivada o privada del hospital, estará 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 lo efectuará directamente First Medical a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos.

## Servicios de Hospitalización

Es requisito que la persona participante a hospitalizarse por razón de lesiones o enfermedad pague al hospital participante, al momento de su ingreso, el copago o coaseguro establecido por la admisión. Además, deberá pagar los copagos o coaseguros por los servicios hospitalarios que apliquen. Esta cantidad no será reembolsable por First Medical.

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

Los servicios de hospitalización se extenderán en caso de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo, únicamente si se tiene derecho al beneficio de maternidad. **Según dispone la Ley Núm. 248 de 15 de agosto de 1999, Ley para Garantizar un Cuidado Adecuado para las Madres y sus Recién Nacidos Durante el Periodo Post-parto, 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 que el médico, luego de consultar con la madre, ordene el alta al hospital para la madre y/o recién nacido.**

Cuando una persona participante utilice una habitación privada en un hospital participante, First Medical cubrirá lo que hubiese pagado por una habitación semiprivada. El hospital podrá cobrar al paciente la diferencia entre el costo normal de la habitación privada y la tarifa establecida por First Medical para una habitación semiprivada, excepto en casos que sea médicamente necesario y con previa notificación a First Medical. Los demás gastos de hospitalización de la persona participante cubiertos por este contrato están incluidos en la contratación entre el hospital participante y First Medical y por ello no puede cobrar diferencia alguna a la persona participante. Favor verificar en la tabla de beneficios para cualquier cantidad adicional por concepto de copagos o coaseguros adicionales al de la admisión hospitalaria.

## Proveedores Participantes de Nuestra Red

Nosotros tenemos un contrato con médicos, instalaciones y proveedores a través de toda la Isla para que le provean servicios a nuestros participantes. Es importante que usted conozca y acceda en cualquier momento nuestro Directorio de Proveedores.

Para conocer si un médico o proveedor es parte de nuestra red:

Verifique en el Directorio de Proveedores de First Medical que tenga disponible. Visite nuestro portal de internet en [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com).

Acceda nuestra **aplicación móvil de First Medical**, para su *Smartphone* (Apple o Android). Una vez complete el proceso de registro, puede acceder el Directorio de Proveedores.

Llame a La Unidad de Servicio Dedicada al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de identificación de participante para preguntas de un proveedor específico.

### **Contrataciones Especiales por Manejo**

First Medical podrá establecer una contratación particular con algún proveedor para condiciones de salud que exijan o para las cuales First Medical requiera de un manejo especializado en dichos casos. Hay ciertas condiciones que, por sus características particulares, requieren que First Medical revise de cerca la utilización de los servicios para evitar el fraude al plan o el abuso de los servicios. Las políticas de First Medical van dirigidas a lograr una buena administración de estos casos particulares, de manera que se garantice un trato igual para todas las personas participantes bajo condiciones similares, a la vez de garantizar un manejo costo-efectivo. Esta política no se interpretará como una eliminación o reducción de los beneficios cubiertos bajo este contrato.

### **Compensación a los Proveedores de la Red**

Los servicios prestados por proveedores participantes se pagan a base de la tarifa establecida para cada uno de los servicios, de acuerdo con el contrato en vigor entre el participante y First Medical. Cuando solicite un servicio, la persona participante está obligado a mostrar la tarjeta de identificación del plan que lo acredita como persona elegible a recibir servicios del proveedor. En ésta se estipula la cubierta a la que tiene derecho.

Si necesita información adicional de las tarifas u honorarios pagados a un médico o proveedor participante para un servicio específico, llame a La Unidad de Servicio Dedicada al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de identificación del participante.

### **Servicios Fuera de la Red en Puerto Rico**

Los servicios provistos en salas de emergencias no participantes y por proveedores no participantes en Puerto Rico se reembolsarán a base del 100% de los honorarios contratados con los proveedores participantes, menos el copago correspondiente.

### **Transición**

#### **Cuando un Proveedor abandona la Red de First Medical**

En caso de cancelación del proveedor (voluntaria o involuntaria) o que el plan de salud cese, la persona participante será notificada de dicha cancelación con por lo menos 30 días antes de la fecha de efectividad de la cancelación. En caso de cancelación, la persona participante tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios por un período de transición de 90 días. En caso de que se encuentre hospitalizado al momento de la fecha de cancelación y la fecha de alta haya sido programada antes de la fecha de terminación, el periodo de transición se extenderá 90 días después de la fecha en que sea dado de alta.

En caso de una persona participante durante su embarazo y la cancelación ocurre en el segundo trimestre, el período de transición se extenderá hasta la fecha de alta de la persona participante después del parto o de la fecha de alta del neonato, la que fuera última. En caso de pacientes diagnosticados con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan y que continúe recibiendo servicios por esa condición antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.

#### **Nuevos Participantes con un Tratamiento en Curso**

Si la persona participante está en un tratamiento en curso con un proveedor no participante cuando la cubierta de este contrato/certificado se haga efectiva, la persona participante puede recibir sus servicios cubiertos para el tratamiento en curso con el proveedor no participante durante un máximo de 60 días a partir de la efectividad de la cubierta con First Medical. Este curso de tratamiento debe ser para una enfermedad o condición que amenaza la vida o una condición o enfermedad degenerativa e incapacitante. Los participantes también podrán continuar con los cuidados de un proveedor no participante si se encuentran en el segundo o tercer trimestre del embarazo, cuando la cubierta de este contrato/certificado entre en vigor. Los participantes podrán continuar con el cuidado médico hasta la fecha de parto y cualquier servicio post-parto directamente relacionado con el mismo.

Para poder continuar recibiendo los servicios de un proveedor no participante bajo las circunstancias anteriormente descritas, el proveedor debe aceptar como pago nuestros honorarios por dichos servicios. El proveedor también debe estar de acuerdo con proporcionar la información médica necesaria relacionada al cuidado médico de los participantes y aceptar nuestras políticas y procedimientos, incluyendo aquellas para asegurar la calidad del cuidado de salud, la obtención de una preautorización y un plan de tratamiento aprobado por el Plan. Si el proveedor está de acuerdo con estas condiciones, los participantes recibirán los servicios cubiertos como si fueran provistos por un proveedor participante. La persona participante será responsable únicamente de los copagos y coaseguros aplicables a su cubierta.

### **Su Derecho a Participar en la Toma de Decisiones Sobre su Tratamiento**

Usted tiene derecho a participar o que una persona de su confianza participe plenamente de las decisiones sobre su cuidado médico. Esto significa que usted tiene derecho a recibir toda la información necesaria y las opciones de tratamiento disponibles, los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones para que usted pueda tomar su decisión.

Su médico o proveedor de servicios de salud deberá respetar y acatar sus decisiones y preferencias de tratamiento.

Nuestro plan no puede imponerle cláusulas de mordaza, penalidades o de otro tipo que interfieran con la comunicación entre usted y su médico. Su(s) médico(s) o profesional(es) de la salud que coordina(n) su cuidado médico deberá(n) proveerle la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos-x o medicamentos para que pueda escoger la instalación en que recibirá los servicios.

### **Servicios de Emergencia en Puerto Rico**

First Medical cubre servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia en un hospital o una sala de emergencia independiente.

"Emergencia Médica" significa: Una condición médica o del comportamiento que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, de manera que una persona prudente, con un conocimiento promedio de medicina y salud, podría deducir que la falta de atención médica inmediata puede poner en serio peligro la condición de salud de la persona afectada por tal condición o, con respecto a una persona participante durante su embarazo, la salud de la persona participante o del feto, o en el caso de un trastorno del comportamiento, puede poner la condición de salud de dicha persona o de otras personas en grave peligro; causar problemas en las funciones corporales de dicha persona; causar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de dicha persona; o desfiguración grave.

Por ejemplo, una condición de emergencia puede incluir, pero no se limita a las siguientes condiciones:

- Dolor severo en el pecho
- Lesiones graves o múltiples
- Dificultad respiratoria severa
- Un cambio repentino en el estado mental (por ejemplo, desorientación)

- Sangrado severo
- Dolor o condiciones que requieran atención inmediata, tales como ataque al corazón o sospecha de apendicitis aguda
- Intoxicaciones
- Convulsiones

La cubierta de servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia se proporcionará al participante independientemente de si el proveedor es un proveedor participante. El plan cubre los servicios de emergencia para tratar una condición de emergencia fuera del área. Sin embargo, el plan cubrirá sólo aquellos servicios de emergencia y suministros que son médicamente necesarios y se realizan para tratar o estabilizar la condición de emergencia de un participante en un hospital.

**Visitas a una Sala de emergencia del Hospital.** En el caso de que un participante requiera tratamiento para una condición de emergencia, busque atención inmediata en la sala de emergencia de un hospital o una instalación de sala de emergencias más cercana o llame al Sistema 9-1-1. Los servicios de emergencia no requieren preautorización. Sin embargo, sólo los servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia están cubiertos en una sala de emergencia.

No cubrimos los cuidados de seguimiento o atención de rutina que sean prestados en una sala de emergencias de un hospital.

**Admisiones de emergencia en hospitales.** En el caso de que un participante fuera ingresado en el hospital de emergencia, la persona participante no tiene que notificar al plan sobre la admisión, excepto si se encuentra fuera de Puerto Rico. En estos casos, la persona participante o alguna otra persona debe notificar al plan al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de identificación dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la admisión, o tan pronto como le sea razonablemente posible.

### **Servicios de Emergencia en los Estados Unidos**

Los participantes tienen derecho a cubierta de servicios de emergencia cuando se encuentra en los Estados Unidos.

First Medical cubrirá los servicios de emergencia basándose en;

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

### **Cuidado de Urgencias**

Cuidado de urgencia es el cuidado para una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave para que una persona razonablemente pueda buscar cuidado médico inmediatamente, pero no es tan grave como para visitar una sala de emergencia. El cuidado de urgencia suele estar disponible en horario extendido, incluyendo fines de semana y noches. El cuidado de urgencia está cubierto por el plan:

- **En la Red.** El Plan cubre cuidado de urgencia a través de un médico, clínica de servicios médicos o un centro de cuidado de urgencias.

- **Fuera de la Red.** El Plan no cubre cuidado de urgencia prestado a través de médicos o proveedores no participantes de la Red.

### **Preautorización de Servicios**

Hay ciertos servicios y medicamentos que requieren la aprobación previa de First Medical antes de que la persona participante pueda recibirlos. La persona participante o el proveedor son responsables de solicitar una preautorización del servicio. Refiérase a las Secciones de Preautorizaciones, Procedimiento de Trámite de Preautorizaciones y Preautorizaciones para Medicamentos para obtener una lista detallada de los servicios que requieren una preautorización y el proceso que la persona participante o proveedor deben seguir para obtener la preautorización del plan.

Para que los servicios se consideren cubiertos por el plan, la persona participante debe cumplir con el requisito de la preautorización previa. En los casos en que First Medical requiera preautorización o autorización previa a la prestación de servicios, First Medical no será responsable por el pago de dichos servicios, si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha preautorización o autorización previa por parte de First Medical. La persona participante que no solicitó la preautorización será responsable de cubrir el 100% del pago por dichos servicios.

La persona participante, médico y proveedor participante serán orientados sobre las admisiones hospitalarias que requieran preautorización o notificación en 24 horas o tan pronto como sea razonablemente posible. Algunos estudios, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos requieren una preautorización de First Medical. La persona participante, el médico y proveedor participante serán orientados sobre los procedimientos a preautorizar. **Los servicios recibidos como consecuencia de una emergencia médica en una Sala de Emergencia no requerirán preautorización de First Medical.**

### **Manejo Clínico**

Los beneficios que ofrece este contrato/certificado están sujetos a preautorizaciones, revisiones concurrentes y retrospectivas para determinar cuando los servicios deben ser cubiertos por el plan. El objetivo de estas revisiones es promover la prestación de cuidado médico de forma costo-efectiva mediante la revisión de la utilización de los procedimientos médicos y, en su caso, el nivel o proveedor que prestará el servicio. Los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios para considerarse cubiertos por el plan.

### **Manejo de Casos**

El Programa de Manejo de Casos ayuda a coordinar los servicios para los participantes con necesidades de atención médica debido a condiciones graves, complejas y/o crónicas de salud tales como:

Programas de Manejo de Enfermedades:

- Diabetes
- Hipertensión y Fallo Congestivo
- Asma
- Enfermedad Obstructiva Pulmonar
- Prenatal-embarazos alto riesgo
- Enfermedad Crónica del Riñón

Manejo de casos complejos:

- Desórdenes inmunológicos (Ejemplo VIH o SIDA)
- Enfermedades cerebrovasculares
- Fibrosis Cística
- Enfermedades degenerativas (Ejemplo esclerosis múltiple, ALS)
- Altos utilizadores

- Trasplante de órganos y tejidos, incluyendo médula ósea, hígado, riñón, corazón, pulmón y páncreas.
- Lesiones de piel (úlceras III y IV)
- Enfermedad mental y abuso de sustancias
- Accidentes cerebrovasculares
- Hipertensión Pulmonar
- Cáncer en tratamiento de quimioterapia continua (cabeza/cuello, gastrointestinal, pulmón, ovario/útero, cerebro, metástasis o fase terminal)

Nuestro Programa es confidencial y voluntario. Además, ayudará al participante que participe en el programa a coordinar sus beneficios y educarlos para poder satisfacer sus necesidades relacionadas con el cuidado de su salud.

Un participante puede ser referido al programa por un doctor, trabajador social, hospital, planificador de alta, un familiar o por su cuenta, así como otras fuentes.

La elegibilidad para participar en el programa dependerá de la existencia de opciones efectivas para el tratamiento de la condición de salud del participante. Estos pueden incluir: servicios de salud en el hogar, equipo médico duradero o admisión en un centro de atención especializada y otros servicios.

Si la persona participante cumple con los criterios del programa y está de acuerdo en participar, un grupo de enfermeras, médicos y un trabajador social con amplia experiencia clínica, evaluarán las necesidades de salud del participante y determinarán las alternativas disponibles de cuidado. La coordinación se basa en las recomendaciones del médico de cabecera o médico del participante. Cuando la persona participante es aceptada en el programa, el manejador de casos coordinará los servicios y dará seguimiento a través de llamadas telefónicas y visitas personales.

Para información adicional llame al 787-815-2000, ext.3896; Fax 787-993-4916.

### **Su cubierta cuando Participa en un Ensayo Clínico (*Clinical Trial*)**

Si usted participa en un ensayo clínico (*clinical trial*), a continuación, detallamos lo que el plan cubre y no cubre.

Recuerde, esto aplica cuando se haya inscrito en un ensayo o estudio 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 un beneficio potencial.

#### **Nuestro plan cubre:**

- Gastos médicos rutinarios del paciente según las categorías de servicios cubiertas, límites y otras condiciones establecidas en el contrato. Son los gastos que normalmente están disponibles esté o no participando en un ensayo clínico. Esto incluye los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio.

#### **Nuestro plan no cubre:**

- Gastos por estudios o tratamientos clínicos investigativos (*clinical trials*)
- Aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios
- Servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente
- Artículos o servicios sin costos para la persona participante que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación.

### **Programa de Manejo de Poblaciones con Enfermedades Específicas**

Este Programa ofrece orientación y seguimiento a las personas participantes con el propósito de optimizar su calidad de vida y asegurar un manejo adecuado de su condición de salud para evitar riesgos y prevenir complicaciones.

- **Programa de Diabetes:** nuestro enfoque está centrado en apoyarlo a controlar su condición y mejorar su estatus de salud.
- **Programa de Asma:** First Medical promueve resultados de salud positivos. A través de este programa aseguramos un acceso a especialistas como neumólogos y fomenta el control de la enfermedad mediante el uso de medicamentos necesarios para reducir visitas a sala de emergencia y hospitalizaciones al mantener la condición estable y controlada.
- **Programa de Hipertensión:** First Medical coordina para usted la citas a su cardiólogo y especialistas relacionados apoyándolo en el control de su condición y evitando serias complicaciones y visitas innecesarias a Sala de Emergencia y hospitalizaciones.
- **Clínicas de Calidad y Poblaciones Saludables**  
Actividades enfocadas para proporcionar experiencias educativas e iniciativas de concienciación, integrando temas físicos, conductuales y sociales, para promover la calidad de vida, reduciendo factores de riesgo modificables.  
Buena nutrición, Actividad Física, Cesación de fumar, Manejo de estrés, Examen anual físico y mental (edad, género y condición pre-existente), Vacunación
- **Escuela del Cuidado de Condiciones Crónicas “Cuida tu Salud”**  
Currículo basado en evidencia y promueve el empoderamiento de los suscriptores que tienen condiciones crónicas para que tengan un auto manejo apropiado de la condición.  
Información de la condición de salud, Monitoreo de la condición, Adherencia a medicamentos, nutrición y actividad física, Examen de cernimiento de la condición e Integración de los programas de Manejo Clínico y Farmacia.  
Módulos disponibles: Cuida tu Corazón, Cuida tu Diabetes (tipo 1 y tipo 2), Cuida tu Peso, Cuida tu Presión Arterial, Cuida tus Pulmones (Asma, Asma Pediátrica, EPOC (COPD), Cuida tus Riñones y Cuida tu Peso.
- **Programa Maternal Mamá Saludable, Bebé Saludable**  
Capacitar a las embarazadas o que planifican quedar embarazadas acerca de cómo mantener un estilo de vida saludable y prevenir complicaciones durante y después de su embarazo.  
Currículo Educativo: “Comienza bien desde tu vientre”
- **Programa de Cesación de Fumar y Uso de Tabaco**
- El Programa consiste en ofrecer servicios de orientación y educación general sobre los efectos de fumar en la salud, los beneficios de modificar o eliminar esta adicción. El mismo está dirigido a personas que padecen condiciones crónicas y aquellos que desean dejar esta adicción. El Programa es ofrecido libre de costo a los suscriptores. Este Programa ayudará a la persona participante a obtener información sobre la importancia y el beneficio de cesar de fumar lo que permitirá un aumento en su autocontrol, contribuirá a minimizar la adicción al tabaco y conducirá a reducir los riesgos de enfermarse.

***Para más información de los Programas de Manejo de Poblaciones puede comunicarse al 787-815-2000, ext.3896 o libre de cargos al 1-866-977-2977.***

### **First Health Call**

Los suscriptores pueden utilizar los servicios de First Health Call, Línea de Consejería de Salud de FMHP, donde nuestro personal de enfermería, asistido por médicos, contestará todas las preguntas relacionadas a su salud. Para contactar la Línea de Consejería de Salud, solo tienen que llamar en

### **Guía del Suscriptor**

**Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico**  
**First Medical – 01/2024**

cualquier momento, estamos disponibles las **24** horas del día, los **7** días de la semana, los **365** días del año. Siempre contestarán enfermeras graduadas, respaldadas por médicos especializados, atendiendo su llamada y ayudándole a tomar la decisión adecuada.

Nuestros participantes tienen acceso telefónico a información médica 24 horas al día, los 7 días de la semana. Este Programa es atendido por personal clínico calificado, el cual le ofrece ayuda y orientación sobre su condición. Estos profesionales evalúan los síntomas de la persona participante con el propósito de determinar el tratamiento más apropiado.

Si se siente **enfermo**, está **lastimado**, o **necesita un consejo de salud**, los profesionales de la enfermería le ofrecerán asesoramiento para que decida si debe:

- hacer una cita médica,
- visitar una sala de emergencia,
- o le darán indicaciones para que pueda aliviar de forma segura y confiable los síntomas que presente, en la comodidad de su hogar.

**First Health Call** le ofrece como beneficio que si la recomendación del profesional de la enfermería es “visitar una Sala de Emergencia” se le dará un número; el cual le exonerará o reducirá el copago/coaseguro de la Sala de Emergencia (disponible solo en Puerto Rico y depende de lo que estipule su cubierta de beneficios). Esto no aplica a casos de accidentes. En caso de que un proveedor no participante no pueda procesar en su sistema el número para la exoneración o la reducción del copago/coaseguro, la persona participante lo pagará y solicitará a First Medical un reembolso por la cantidad que se le hubiese exonerado o reducido.

La llamada a **First Health Call** es **libre de cargos** a través del número **1-866-337-3338**, **usuarios TTY/TDD pueden llamar al 1-866-921-0101**. Recuerde; cuando llame a **First Health Call** siempre tener a la mano su tarjeta de Seguro de Salud.

### **Programa de Centros Preventivos**

A través de las facilidades de Metro Pavia Clinic, usted puede obtener sus servicios preventivos. Los asegurados podrán coordinar la cita a través de First Health Call llamando al 1-866-337-3338, para audio impedidos TTY/TDD -866-927-0101 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Refiérase al Directorio de Proveedores de First Medical para una lista de las de Metro Pavia Clinics, visite nuestro portal de internet en [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com), nuestra aplicación móvil o llame a La Unidad de Servicio Dedicada para información sobre un Centro cercano a usted. Para su comodidad incluimos el directorio de facilidades de Metro Pavia Clinical como anejo Al final de esta guía.

### **Programa de Clínicas Multi-Especialistas**

Incluimos para su disponibilidad nuestra red exclusiva de clínicas multi-especialistas integradas en un solo lugar. En ellas podrás disfrutar de una amplia gama de especialistas con cero copagos. Aquí tienen disponibles servicios de Cardiología, Endocrinología, Neumologías, Neurología, Urología, Psicología, Dermatología, Gastroenterología y muchos más. Localizadas alrededor de la isla para su mejor conveniencia puede coordinar su visita contactándonos a través de:

- **1-866-333-5470, libre de cargos**
- **1-866-333-5469 para audio impedidos**
- **[CoordinaTuCita@mmmhc.com](mailto:CoordinaTuCita@mmmhc.com)**

Para su comodidad incluimos una descripción adicional y los mapas donde están localizadas las **Clínicas Multi-Especialistas** como anejo a esta guía.

### **Herramienta para Evaluar Riesgos a la Salud (HRA, por sus siglas en inglés)**

Hemos desarrollado una herramienta (HRA, por sus siglas en inglés) que evalúa estilos de vida, factores de riesgo y condiciones existentes, entre otras. Esta herramienta nos ayudará a tener un perfil claro de nuestra población asegurada y a determinar hacia dónde dirigir nuestra educación en salud y estrategias de prevención. La herramienta también ayudará a los participantes a hacer una autoevaluación para conocer dónde se encuentran en términos de cumplimiento con los exámenes preventivos, los cambios que necesitan hacer, y ganar mayor conciencia para prevenir problemas de salud en el futuro. Para facilitar el proceso le estaremos enviando el cuestionario en el paquete de bienvenida para que pueda completarlo y hacérselo llegar.

### **Materiales Educativos en el Portal de Internet**

Busca en nuestra página web [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com) la información de salud y bienestar para participantes.

### **Encuestas de Satisfacción**

La opinión de nuestros participantes cuenta.

First Medical periódicamente realiza encuestas a sus participantes para medir la satisfacción del participante con el plan a nivel general y el cuidado provisto de los proveedores de nuestra red. Estos estudios se llevan a cabo con organizaciones independientes a First Medical. Los resultados de la encuesta son utilizados por First Medical para sus continuos esfuerzos de mejorar la experiencia general del participante con el plan de salud, incluyendo la experiencia de servicio y calidad del cuidado.

Si desea conocer los resultados de la encuesta de satisfacción puede solicitar los resultados a través de nuestra Unidad de Servicio Dedicada.

### **Beneficios No Cubiertos Por el Plan**

Su médico podría recomendarle servicios médicos, tratamientos o medicamentos que su contrato con First Medical no cubre. Si recibe servicios que no son de emergencia y que su contrato de First Medical no cubre, usted será responsable del pago en su totalidad por los servicios prestados o los medicamentos despachados.

Le recomendamos que verifique las Secciones de Exclusiones en su contrato/certificado de beneficios antes de recibir el servicio médico, tratamiento o medicamento, así como cualquier endoso que se adhiera para comprobar si está cubierto. También le recomendamos que explore con su médico o proveedor de servicios las alternativas de tratamiento que estén cubiertas bajo el plan para que reduzca sus desembolsos u opciones de cubierta bajo programas con otras organizaciones que le puedan proveer ayuda adicional.

### **Instrucciones Previas o Directrices Anticipadas**

Las directrices anticipadas o la declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico son documentos legales que permiten a toda persona mayor de edad (21 años o más) en pleno uso de sus facultades mentales, a expresar por escrito sus decisiones acerca del cuidado y tratamiento médico que desea recibir en caso de sufrir una condición de salud que no le permitiera expresarse durante dicho tratamiento. Además, provee mayor control sobre los asuntos decisivos en su calidad de vida, proporcionando a la familia, amistades y médicos la información fundamental que necesitan para cuidarlo. Los médicos y otros profesionales de la salud están legalmente obligados a seguir sus directrices anticipadas. Conforme a las disposiciones de ley, a usted no puede negársele cuidado o discriminar en su contra basado en si ha firmado o no una directriz anticipada.

En el caso de una enfermedad que le incapacitara para comunicarse, las decisiones respecto a su salud las tomará otra persona y no siempre conforme a lo que usted hubiera deseado.

Conforme a las leyes en Puerto Rico se considerará como aquel que tome decisiones sobre aceptación o rechazo de tratamiento médico al pariente mayor de edad más próximo, teniendo el primer rango el cónyuge del declarante. Por lo que es importante que tome unos momentos para redactar sus directrices anticipadas.

Para más información sobre las Directrices Anticipadas, visite nuestro portal de internet en [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com) o llame a La Unidad de Servicio Dedicada al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta del participante.

### Decisiones informadas sobre el cuidado de su salud

Usted puede jugar un papel activo en su cuidado médico. La comunicación clara y honesta entre usted y su médico o proveedor de servicios le puede ayudar a ambos a tomar decisiones inteligentes acerca de su salud y su tratamiento. Es importante tener un diálogo abierto sobre sus síntomas, condición y preocupaciones sobre su tratamiento. A continuación, algunas preguntas que debe realizarle a su médico para asegurarse que entiende su diagnóstico, alternativas de tratamiento y recuperación.

- ¿Cuál es mi diagnóstico?
- ¿Qué causó este problema?
- ¿Cuál es el tratamiento adecuado? ¿Cuántos son los costos estimados?
- ¿Cuándo empezaré mi tratamiento y cuánto tiempo durará?
- ¿Cuáles son los beneficios de este tratamiento y cuánto éxito suele tener?
- ¿Cuáles son los riesgos y los efectos secundarios asociados con este tratamiento?
- ¿Hay alguna comida, medicamento o actividad que debo evitar mientras esté siguiendo este plan de tratamiento?
- ¿Qué medicamentos voy a tomar antes, durante y después del tratamiento?

Solicite un estimado de costo. Después de que su médico le dé todos los detalles de su condición y alternativas de tratamiento, comuníquese con First Medical para confirmar cuánto serán sus gastos para el tratamiento de su condición.

Nosotros podemos ayudarle si tiene una condición para la cual podamos ofrecerle asistencia y las alternativas más costo-efectivas para usted.

### Maximice sus beneficios del plan

Aproveche al máximo sus beneficios de salud siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Evite utilizar la sala de emergencia para servicios que son de urgencia o de rutina y que no son una emergencia. La visita a sala de emergencia en estos casos puede redundar en costos más altos para el plan de salud y gastos mayores para usted en comparación a una visita médica. Observe los siguientes ejemplos:

<b>Servicios que no son de emergencia</b> <b>Usted debe llamar a su médico o visitar una clínica</b>	<b>Emergencia</b> <b>Visite una sala de emergencias más cercana o llame al Sistema 9-1-1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Catarro o gripe</li> <li>• Cortaduras o raspaduras leves</li> <li>• Dolor de garganta leve</li> <li>• Dolor de oído</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cortaduras profundas o hemorragia descontrolada</li> <li>• Convulsiones</li> <li>• Dificultad para respirar</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre bajo 103°F</li> <li>• Torceduras o desgarres leves</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor en el pecho o dolor intenso y repentino</li> <li>• Entumecimiento de la cara, brazo o pierna</li> <li>• Envenenamiento</li> <li>• Fiebre sobre 103°F</li> <li>• Huesos rotos o desgarres graves</li> <li>• Mareo repentino, debilidad, pérdida de la coordinación o el equilibrio, o la pérdida de la conciencia</li> <li>• Quemaduras severas</li> <li>• Tos o vómitos con sangre</li> <li>• Visión borrosa repentina o dolor de cabeza súbito o inusual</li> </ul>
---	---

Recuerde que, si se siente **enfermo**, está **lastimado**, o **necesita consejo de salud**, puede llamar a **First Health Call**. Los profesionales de la enfermería le ofrecerán asesoramiento para que decida si debe:

- hacer una cita médica,
- visitar una sala de emergencia,
- o le darán indicaciones para que pueda aliviar de forma segura y confiable los síntomas que presente, en la comodidad de su hogar.
- Visite un médico de cabecera o primario en vez de visitar múltiples médicos especialistas para diagnosticar y tratar adecuadamente una condición.

Un médico de cabecera o primario puede ser un Internista, un Especialista en Medicina de Familia, un Generalista, un Pediatra, Ginecólogo o un Geriatra. Éste coordinará los servicios necesarios y preventivos acordes a su edad y condición de salud; además del cuidado de salud necesario con los médicos especialistas y otros proveedores de la Red de First Medical.

Su médico de cabecera o primario conocerá todo sobre su salud y mantendrá un récord completo de su condición de salud.

Recuerde que usted no necesita referidos para recibir los servicios cubiertos de cualquier proveedor de la Red de First Medical.

- Utilice medicamentos bioequivalentes como primera opción, siempre que estén disponibles para el tratamiento de su condición.
  - Un medicamento bioequivalente es una copia de un medicamento de marca cuya patente ha caducado. La patente es la que le ofrece a la compañía farmacéutica el derecho único para vender el medicamento mientras es efectiva. Cuando la patente se vence, las compañías pueden vender versiones bioequivalentes del medicamento de marca disponible.
  - Un medicamento bioequivalente tiene el mismo uso y trabaja de igual manera en el cuerpo que los medicamentos de marca. Además, tienen el mismo ingrediente activo, son iguales en dosis, seguridad y calidad, por exigencia de la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
  - Por otro lado, los medicamentos bioequivalentes pueden significar ahorros para su bolsillo, ya que cuestan mucho menos que los de marca. Además, los copagos y/o coaseguros por los medicamentos bioequivalentes usualmente son menores. Por favor observe que, si usted está utilizando un medicamento de marca para el cual existe un bioequivalente disponible, usted puede estar recibiendo los mismos beneficios a un costo menor.

- Utilice medicamentos *Over The Counter* (OTC por sus siglas en inglés) bajo el Programa de First Medical que tienen \$0 copago. La lista incluye medicamentos para condiciones del estómago, alergias y gotas oftálmicas que han demostrado ser seguros y efectivos, además de que representan un costo menor para el plan de salud. Recuerde que tiene que presentar una receta del médico para el medicamento OTC.
- Utilice su cubierta de servicios preventivos para detectar condiciones a tiempo.

Nuestro plan ofrece todos los servicios preventivos requeridos por ley sin costo alguno para usted. Esto significa que usted no paga nada para servicios como exámenes físicos anuales y las citas ginecológicas y mamografías preventivas, así como otros exámenes, vacunas y más. Estos son pasos importantes para mantenerse saludable, por lo que debe aprovecharse de esto para detectar a tiempo cualquier condición de salud.

- Reduzca sus gastos significativamente utilizando siempre proveedores de la Red. First Medical le ofrece una amplia Red de proveedores en y fuera de Puerto Rico. Recuerde que nuestro plan cubre proveedores no participantes únicamente en casos de emergencia. Esto significa que para servicios que no sean emergencia, usted será responsable del costo total del servicio recibido por el proveedor no participante.
- Si tiene un seguro de salud adicional, infórmelo a First Medical y a su otro plan para que coordine beneficios entre ambos planes. Refiérase a la Sección de Coordinación de Beneficios a continuación para más información sobre las reglas para determinar qué plan será primario.

### **Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés)**

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

#### **a. Orden de Coordinación de Beneficios**

- 1) El plan primario pagará sus beneficios como si el plan secundario no existiera.

Si el plan primario fuera un plan de panel cerrado y el plan secundario no fuere un plan de panel cerrado, el plan secundario pagará sus beneficios como si fuere el plan primario cuando la persona participante reciba sus servicios de un proveedor fuera del panel, excepto en los casos de servicios de emergencia o en casos de referidos autorizados que sean provistos por el plan primario.

- 2) Cuando existan múltiples contratos que provean cubiertas coordinadas y que sean tratados como un mismo plan, para efecto de esta regla, esta sección aplicará solamente al plan como un todo, y la coordinación entre los contratos componentes se regirá por los términos de éstos. Si más de un contratista paga o provee beneficios bajo el plan, el contratista que esté designado como el pagador primario dentro del plan será responsable por el cumplimiento de todo el plan con esta sección.
- 3) Si una persona está asegurada por más de un plan secundario, estas reglas aplicarán también al orden en el cual los planes secundarios pagarán sus beneficios entre uno y otro. Cada plan secundario tomará en consideración los beneficios del plan primario y los beneficios de cualquier otro plan que tenga designado pagar primero bajo estas reglas.
- 4) Salvo por lo que se dispone más adelante en el párrafo (6) un plan que no haya dispuesto un orden de coordinación de beneficios consistente con esta Sección se considerará como un plan primario, a menos que las disposiciones de ambos planes, independientemente lo indicado en este párrafo, establezcan que el plan que haya dispuesto un orden de coordinación de beneficios es el primario.

- 5) Una cubierta grupal diseñada para complementar una parte de un paquete básico de beneficios puede proveer que la cubierta complementaria sea el exceso a cualesquiera otras partes del plan provistas por un mismo contrato. Un ejemplo de esto son las cubiertas de gastos médicos mayores y las cubiertas específicamente diseñadas para cubrir servicios provistos por proveedores no participantes en un plan de panel cerrado.

Un plan solamente puede tomar en consideración los beneficios pagados por otro plan cuando bajo estas reglas sea un pagador secundario ante dicho plan.

b. Orden de Determinación de Beneficios

Cada plan determinará sus beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que le aplique:

1) No dependiente o dependiente

- a) Salvo por lo que se dispone en el subpárrafo (b) de este párrafo, el plan que cubre a una persona como no dependiente (por ejemplo, el plan que cubre a una persona como empleado, participante, suscriptor, tenedor del contrato, o retirado) es el plan primario y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario.
- b) Si la persona es beneficiaria de Medicare y como resultado de las disposiciones del Título XVIII de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, Medicare es:
- (i) Secundario al plan que cubre a la persona como dependiente; y
  - (ii) Primario al plan que cubre a la persona como no dependiente
  - (iii) Entonces el orden de beneficios se revierte, de tal manera que el plan que cubre a la persona como no dependiente será secundario y el otro plan que cubre a la persona como dependiente será primario.

2) Hijo Dependiente Cubierto Bajo Más de Un Plan

A menos que exista una orden de un tribunal que diga lo contrario, los planes que cubren a un hijo dependiente pagarán sus beneficios en el siguiente orden:

- a) En el caso de un hijo 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 cumplen en el mismo día del año, 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 hijo 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 dependiente o por proveerle al hijo de un plan médico, y el plan de dicho progenitor tiene conocimiento de dicho decreto, ese plan será primario. Si el progenitor con dicha responsabilidad no tiene un plan médico que cubra los gastos del hijo 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 en el cual se pagaron u ofrecieron servicios antes que dicho plan tuviera conocimiento de la orden judicial correspondiente
  - (ii) Si una orden de un tribunal dispone que ambos progenitores son responsables por los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle un plan médico, las

reglas establecidas 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 dependiente o por proveerle un plan médico, las reglas establecidas en el subpárrafo (a) de este párrafo determinarán el orden de los beneficios.

(iv) Si no existiera una orden de un tribunal asignando responsabilidad a uno de los progenitores por los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle un plan médico, entonces el orden de los beneficios se determinará de la siguiente forma:

- I. El plan que cubra al progenitor custodio;
- II. El plan que cubra al cónyuge del progenitor custodio;
- III. El plan que cubra al progenitor no custodio; y, por último
- IV. El plan que cubra al cónyuge del progenitor no custodio.

c) Para un hijo dependiente que tiene cubierta bajo el plan de uno o ambos padres y también tiene su propia cubierta como dependiente bajo el plan del cónyuge, la regla del párrafo (5) se aplica.

(i) En el caso de la cubierta del hijo menor dependiente bajo el plan del cónyuge que comenzó en la misma fecha que la cubierta bajo uno o los planes de ambos padres, el orden de los beneficios se determinará mediante la aplicación de la regla de cumpleaños en el párrafo (a) el padre (s) del menor dependiente (s) y el cónyuge dependiente.

### 3) Empleado

a) El plan que cubre a una persona como empleado de la Autoridad, o como dependiente de un empleado será el plan primario, siempre y cuando el dependiente no esté activo en otro plan patronal

b) 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.

c) Esta regla no aplicará si la regla en el Párrafo (1) puede determinar el orden de los beneficios.

### 4) Tiempo de Cubierta Más Largo o Más Corto

a) Si ninguna de las reglas anteriores determinara el orden de los beneficios, el plan que haya cubierto a la persona participante por el periodo de tiempo más largo será el plan primario y el plan que haya cubierto a la persona por el periodo de tiempo más corto será el plan secundario.

b) Para efectos de determinar el periodo de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan, dos planes sucesivos se tratarán como uno sólo si la persona fue elegible para participar del segundo plan dentro de un periodo de veinticuatro (24) horas luego de la terminación del primer plan.

c) El comienzo de un nuevo plan no incluye:

- i. Un cambio en la cantidad o alcance de los beneficios del plan;
  - ii. Un cambio en la entidad que paga, provee o administra los beneficios del plan;
- o

- iii. Un cambio en el tipo de plan, como, por ejemplo, de un plan de patrono sencillo a un plan de patronos múltiples.
  - d) El periodo que una persona ha estado cubierta bajo un plan se mide desde la fecha en que comenzó la cubierta de dicha persona bajo ese plan. Si no se pudiera determinar tal fecha en el caso de un plan grupal, la fecha en que la persona se convirtió en participante del grupo por primera vez se utilizará para determinar el periodo en que la persona ha estado cubierta bajo dicho plan grupal.
- 5) Si ninguna de las reglas anteriores determinara el orden de los beneficios, los gastos serán compartidos por los planes en partes iguales.

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

Todo empleado, dependiente elegible, su cónyuge o participante del grupo familiar que esté acogido a otro plan médico, está obligado a notificarlo. First Medical realizará la coordinación de beneficios que corresponda con otras compañías o entidades con las cuales el suscriptor tenga un contrato de seguro, según las últimas reglas de Coordinación de Beneficios aprobadas por la Asociación Nacional de Comisionado de Seguros. La Autoridad no pagará reclamación alguna donde exista responsabilidad de otra entidad. La Autoridad notificará a First Medical aquellos contratos de empleados acogidos a otro plan para la debida coordinación de beneficios. De no informar a tiempo, se expone a que la Autoridad lo procese para recobro por uso indebido.

Mediante la coordinación de beneficios solo se cubrirá copagos, deducibles y coaseguros.

---

## CUBIERTA DE SERVICIOS POR LEY LOCAL O FEDERAL

---

Este contrato le provee a cualquier persona participante, incluyendo aquellos con diagnóstico de VIH o SIDA, con incapacidad física o mental, todas las cubiertas ofrecidas en la misma. Además, no limita la cubierta o deniega una reclamación basada en la situación de víctima de maltrato de la persona participante.

Los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo con la edad preescolar del menor, 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 psicosocial, 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.

- Expresamente se excluyen las siguientes pruebas de evaluación:
  - Pruebas sicométricas para establecer el coeficiente intelectual del suscriptor.
  - Evaluaciones para orientación vocacional y educativa.
  - Pruebas psicológicas para determinar éxito académico.
  - Pruebas psicológicas para determinar el desarrollo del niño en sus primeros años de edad seis (6) meses a dos (2) años).

---

## CUBIERTA DE SERVICIOS PREVENTIVOS

---

Este contrato cubre los servicios preventivos requeridos por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. Estos pueden ser modificados durante el año de acuerdo a las actualizaciones que realicen HCERA y USPSTF. Los servicios de cuidado preventivo, que se detallan a continuación, se incluyen en la cubierta básica y tienen \$0 copago o 0% de coaseguro siempre y cuando sean provistos a través de médicos y proveedores participantes en Puerto Rico. Para la lista actualizada, así como información adicional sobre estos servicios, visite el siguiente enlace en internet: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>.

### PREVENTIVOS PARA ADULTOS

Servicio Preventivo	Indicación
Aneurisma aórtico abdominal (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para el cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA) en personas participantes de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores en algún momento.
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería. Cernimiento clínico a adultos de 18 años en adelante por abuso de alcohol, así como intervención de consejería conductual para reducir el uso de alcohol para personas participantes que tienen un patrón de riesgo o un consumo peligroso de alcohol.
Cáncer colorrectal	Cernimiento de cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia, colonoscopia o prueba serológica en adultos de 50 a 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían.
Cernimiento de bacterias en orina para personas embarazadas	El USPSTF recomienda la detección de bacteriuria asintomática utilizando cultivo de orina en personas embarazadas.

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de cáncer del pulmón	Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computadorizada para adultos entre las edades de 55 a 80 años con historial de fumar treinta (30) paquetes al año, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años. El cernimiento se discontinuará una vez la persona haya dejado de fumar por 15 años consecutivos o desarrolle un problema de salud que sustancialmente limite la expectativa de vida o la habilidad o probabilidad de tener una cirugía pulmonar para curar la enfermedad.
Cernimiento de Depresión para adultos	Cernimiento de depresión en adultos, incluyendo personas participantes durante su embarazo o post-parto. El cernimiento debe realizarse en un sistema adecuado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Cernimiento de diabetes	Cernimiento para niveles de azúcar en la sangre anormales como parte de la evaluación de riesgo cardiovascular en adultos entre las edades de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o referir a las personas participantes con niveles de azúcar en la sangre anormales a intervenciones de consejería conductual intensivas para promover una dieta saludable y actividad física.
Cernimiento de hipertensión	Cernimiento de hipertensión para adultos de 18 años en adelante. Se deben obtener las medidas fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C: adultos	El USPSTF recomienda la detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en adultos de 18 a 79 años.
Cernimiento de sífilis en personas participantes que no estén en estado de embarazo	Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas participantes que tengan un riesgo alto de infección.
Cernimiento de Tuberculosis: adultos	Cernimiento de infección de tuberculosis en poblaciones de alto riesgo.
Cernimiento Hepatitis B: en adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Cernimiento de Hepatitis B para adultos con alto riesgo de infección.
Cernimiento y consejería de obesidad para adultos	Cernimiento de obesidad para adultos. Los médicos pueden ofrecer o referir pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés) de 30kg/m <sup>2</sup> o más a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes.

Servicio Preventivo	Indicación
Cesar el uso de tabaco y medicinas: adultos que no están en estado de embarazo	El USPSTF recomienda que los médicos deben preguntar a todos los adultos sobre el uso del tabaco, aconsejar dejar el tabaco, ofrecer intervenciones de conducta y los medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la FDA por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Consumo dañino de alcohol: adultos	Cernimiento sobre el consumo dañino de alcohol en lugares de atención primaria en adultos con 18 años o más, incluyendo personas participantes en estado de embarazo, proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol dañino a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso.
Consumo dañino de Drogas	Cernimiento sobre el consumo dañino de drogas en adultos con 18 años o más, incluyendo personas participantes en estado de embarazo, proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual, diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y una atención adecuada para reducir el consumo de drogas dañinas a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso.
Dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares en adultos con riesgo cardiovascular	Ofrecer y referir a los adultos con sobrepeso u obesidad y con factores adicionales de riesgo de enfermedad cardiovascular a intervención de consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares.
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual intensiva para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual.
Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares en adultos: Medicamentos Preventivos	<p>Para los adultos sin historial de enfermedad cardiovascular (por ejemplo, enfermedad arterial coronaria sintomática o accidente cerebrovascular isquémico) a utilizar dosis baja o moderada de estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares y mortalidad cuando todos los siguientes criterios se cumplen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• entre 40 a 75 años</li> <li>• tienen uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar), y</li> <li>• tienen un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. La identificación de dislipidemia y el cálculo de 10 años del riesgo del evento cardiovascular requiere un cernimiento de lípidos universal para adultos entre las edades de 40 a 75 años.</li> </ul>

<b>Servicio Preventivo</b>	<b>Indicación</b>
Imunización	Vacunas. Las dosis, edades y población recomendada varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Virus de Papiloma Humano, Influenza, MMR, Meningococo, Neumococo, Tétano, Difteria, Tos Ferina y Varicela. Las vacunas de seguimiento ( <i>catch up</i> ) están cubiertas.
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante que están a riesgo de sufrir caídas.
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.
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para individuos de 13 a 65 años, así como adolescentes menores y adultos mayores con alto riesgo. Según requerido por la ley 45-2016, incluye una prueba de VIH por año como parte de la evaluación médica de rutina, excepto para personas participantes durante su embarazo a las cuales les aplican los requisitos del USPSTF.
Suplido de aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal: medicina preventiva	Uso de dosis baja de aspirina para adultos entre las edades de 50 a 59 años como prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal que tienen un 10% o más de 10 años de riesgo cardiovascular, no tienen un riesgo alto de sangrado, tienen una expectativa de vida de al menos 10 años y están dispuestos a tomar aspirinas en dosis menores diariamente por al menos 10 años.

### **SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS, INCLUYENDO EMBARAZOS**

<b>Servicio Preventivo</b>	<b>Indicación</b>
Ácido fólico	Para todas las mujeres inscritas que estén planificando o puedan quedar embarazadas deben tomar un suplemento diario de ácido fólico de 0.4 a 0.8 mg (400 a 800ug).
Asesoramiento y Cernimiento del virus de la inmunodeficiencia humana	Asesoramiento anual y cernimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana para todas las mujeres sexualmente activas.

Servicio Preventivo	Indicación
BRCA: Evaluación de Riesgo	Los proveedores de atención primaria deben realizar un cernimiento a personas que han tenido familiares con cáncer de seno, ovario, trompas o peritoneal, a través de herramientas diseñadas para identificar historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales en los genes de susceptibilidad al cáncer de seno (BRCA1 o BRCA2). Las personas participantes que tengan un resultado positivo deben recibir consejería genética y, si es indicado luego de la consejería, la prueba BRCA.
Cáncer de seno: medicamentos preventivos	Orientación clínica a pacientes de alto riesgo. El USPSTF recomienda que los médicos involucren a sus pacientes de alto riesgo de cáncer de seno en la determinación de utilizar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico debe ofrecer el recetar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como <i>tamoxifen</i> o <i>raloxifene</i> , para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
Cernimiento de bacteriuria para personas participantes embarazadas	Cernimiento para personas participantes durante su embarazo que no muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las 12 y 16 semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término de embarazo.
Cernimiento de cáncer cervical	Cernimiento de cáncer cervical en personas participantes entre las edades de 21 y 29 años con la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años o para personas entre las edades de 30 a 65 años que quieran hacerse la prueba menos frecuente en combinación con una prueba del virus de papiloma humano (HPV) cada cinco (5) años.
Cernimiento de cáncer de seno (Diagnóstico y detección de cáncer de seno)	<p>Conforme la Ley Núm. 10 de 3 de enero de 2020 “Ley del Derecho a la Detección Efectiva del Cáncer de Seno” establece que dentro de los beneficios de cuidado preventivo se cubra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía, a mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años.</li> <li>• Una mamografía anual a mujeres de cuarenta (40) años o más.</li> <li>• Una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias (MRI/Sonomamografías) o a mujeres de cuarenta (40) años o más, que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso.</li> </ul>

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de clamidia	Cernimiento de clamidia para todas las personas participantes durante su embarazo y en personas participantes sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección.
Cernimiento de diabetes mellitus después del embarazo	Cernimiento 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. Idealmente, las pruebas iniciales deben realizarse dentro del primer año posparto y pueden realizarse tan pronto como 4 a 6 semanas después del parto.
Cernimiento de gonorrea	Cernimiento de gonorrea en personas participantes sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección.
Cernimiento de Hepatitis B: personas participantes embarazadas	Para personas participantes embarazadas, cernimiento de infección del virus de Hepatitis B en la primera visita prenatal.
Cernimiento de infección de sífilis durante el embarazo	Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas participantes durante su embarazo. USPSTF recomienda la detección temprana de la infección por sífilis en todas las personas embarazadas.
Cernimiento de osteoporosis	Cernimiento para osteoporosis con pruebas de medición ósea en personas participantes de 65 años de edad o mayores y en posmenopáusicas menores de 65 años de edad con mayor riesgo de osteoporosis para prevenir fracturas.
Cernimiento de preclamsia	Cernimiento de preclamsia para personas participantes durante su embarazo, con mediciones de presión arterial durante todo el embarazo.
Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): Personas participantes durante su embarazo	Los médicos deben realizar un cernimiento de HIV a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y que se desconoce su estatus de VIH. Se cubre sin copago para las personas embarazadas las siguientes pruebas: a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación en la primera visita prenatal, y b. Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).
Cernimiento incompatibilidad Rh(D)	Pruebas del tipo de sangre Rh(D) y de anticuerpos para todas las personas participantes durante su embarazo en la primera consulta prenatal. Incluye repetir la prueba de anticuerpos a personas participantes durante su embarazo con pruebas RH(D) negativo no sensibilizado entre las 24 a 28 semanas de gestación, a menos que el padre biológico sea Rh(D) negativo.

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento osteoporosis: personas participantes de 65 años o más	Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas participantes de 65 años o más.
Cernimiento Osteoporosis: personas participantes postmenopáusicas menores de 65 años en mayor riesgo de osteoporosis	Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas participantes postmenopáusicas menores de 65 años que están en mayor riesgo de osteoporosis, según sea determinado por alguna herramienta clínica formal de evaluación de riesgo.
Cernimiento para la violencia doméstica: personas participantes en edad reproductiva	Cernimiento de violencia en la relación íntima de pareja a las personas participantes en edad reproductiva, tales como violencia doméstica y ofrecer y referir a las personas que den positivo al cernimiento a los servicios de intervención. Esta recomendación aplica a las personas participantes que no presenten signos o síntomas de abuso.
Depresión Perinatal: consejería e intervención	Se recomienda al personal clínico proveer consejería intervencional o referir personas participantes en estado de embarazo o personas participantes luego del parto en riesgo de depresión perinatal.
Diabetes Mellitus gestacional	Cernimiento para diabetes mellitus gestacional en personas embarazadas que no tienen síntomas después de las 24 semanas de gestación y para aquellas identificadas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
Exámenes de detección de ansiedad	La Iniciativa de Servicios Preventivos para La Mujer recomienda la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas las que están embarazadas o posparto. Se desconocen los intervalos óptimos de detección y se debe utilizar el juicio clínico para determinar la frecuencia de cribado. Dada la alta prevalencia de trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar la detección de mujeres que no han sido examinadas recientemente.

Servicio Preventivo	Indicación
Exámenes de detección de incontinencia urinaria en mujeres	<p>La Iniciativa de Servicios Preventivos para La Mujer recomienda examinar a las mujeres para detectar la incontinencia urinaria como un servicio preventivo. Los factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluyen el aumento de la paridad, el avance de la edad y la obesidad; sin embargo, estos factores no deben utilizarse para limitar el cribado.</p> <p>Varias herramientas de detección demuestran una precisión justa a alta en la identificación de la incontinencia urinaria en las mujeres. Aunque se desconocen los intervalos mínimos de detección, dada la prevalencia de la incontinencia urinaria, el hecho de que muchas mujeres no son voluntarias y los múltiples factores de riesgo que cambian con frecuencia asociados con la incontinencia, es razonable llevar a cabo anualmente.</p>
Lactancia	Apoyo y consejería, a través de un proveedor adiestrado en lactancia, durante el embarazo y/o en el periodo post parto, así como acceso al equipo de lactancia y los suplidos, por nacimiento. Intervenciones durante el embarazo y luego del nacimiento para apoyar la lactancia.
Métodos Anticonceptivos	Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización, consejería y educación para todas las personas participantes con capacidad reproductiva según prescrito. Se cubre la inserción y remoción de cualquier dispositivo.
Prevención de preclamsia: aspirina	Uso de aspirina de dosis baja (81mg/d) como medicamento preventivo después de las 12 semanas de gestación en personas participantes con alto riesgo de preclamsia.
Uso de tabaco y cesación de fumar en personas participantes embarazadas	Los médicos deben preguntar a todas las personas participantes durante su embarazo sobre el uso del tabaco, aconsejar detener el uso del tabaco y proveer intervenciones conductuales para el cese del mismo a las personas participantes que usen tabaco.
Visitas preventivas para personas participantes	Visita anual preventiva (dependiendo de la salud, necesidades de salud y otros factores de riesgo de la persona participante) para que las personas participantes adultas obtengan sus servicios preventivos recomendados que sean apropiadamente desarrollados para su edad, incluyendo cuidado prenatal y servicios necesarios para el cuidado prenatal. Esta visita anual preventiva debe, cuando sea apropiado, incluir otros servicios preventivos enumerados. Si el médico determina que el paciente requiere visitas adicionales, las mismas se cubrirán sin copago.

## SERVICIOS PREVENTIVOS PARA MENORES DE EDAD

Los servicios de medicina preventiva para menores de edad normalmente incluyen en la visita: historial, medidas, cernimiento sensorial, evaluación del desarrollo/conducta, examen físico, guías anticipatorias (como la consejería nutricional) y referidos dentales, entre otros. El menor de edad tiene disponible los siguientes servicios de acuerdo a la edad y otras guías establecidas según se indican a continuación:

Servicio Preventivo	Indicación
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería. Cernimiento clínico para adultos de 18 años en adelante por abuso de alcohol, así como intervención de consejería conductual para reducir el uso de alcohol para personas participantes que tienen un patrón de riesgo o consumo peligroso de alcohol.
Anemia/Hierro	Realizar evaluación de riesgos o pruebas de detección según corresponda, según las recomendaciones en la edición actual de la AAP <i>Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics</i> (capítulo de hierro). Suplemento de hierro para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia.
Audición	Cernimiento de audición para todos los recién nacidos
Cáncer de la piel: Consejería	Consejería a menores de edad, adolescentes y adultos jóvenes entre 6 meses a 24 años que tienen piel blanca para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta y reducir el riesgo de cáncer de piel.
Cernimiento de Autismo	Para menores de edad entre los 12 y 36 meses.
Cernimiento de caries dentales en menores hasta los 5 años	Suplementos orales de fluoruro a partir de los 6 meses para menores cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro. Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a dientes primarios para infantes y menores desde la erupción de los dientes primarios.
Cernimiento de depresión en adolescentes	Cernimiento para desórdenes de depresión en adolescentes de 12 a 18 años. El cernimiento debe realizarse en un sistema adecuado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento para menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
Cernimiento de obesidad en menores y adolescentes	Para menores y adolescentes de 6 años en adelante, intervenciones intensas comprensivas de comportamiento para promover un mejoramiento en el peso del menor.
Cernimiento de visión: menores	Cernimiento de visión, por lo menos una (1) vez, para todos los menores entre las edades de 3 y 5 años para detectar ambliopía o factores de riesgo.
Cernimiento fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos	Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos.
Crecimiento de estatura, peso e índice de masa corporal	Cernimiento para los menores. Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.

<b>Servicio Preventivo</b>	<b>Indicación</b>
Desplazamiento cervical	Cernimiento para personas participantes sexualmente activas.
Dislipidemia	Cernimiento para menores de edad a riesgo de desórdenes de lípidos. Edades: 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-16 años.
Enfermedad de célula falciforme (hemoglobinopatías)	Cernimiento de enfermedad de células falciformes en recién nacidos.
Evaluación de salud conductual	Evaluación para menores de todas las edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15 a 17 años.
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito para recién nacidos.
Historial médico	Para todo menor de edad durante el desarrollo de 0 a 21 años.
Plomo	Cernimiento a menores de edad de 1 a 6 años con alta concentración de plomo en la sangre, quienes tienen un riesgo promedio o elevado y a personas participantes durante su embarazo que no tengan síntomas.
Profilaxis ocular para gonorrea: medicamento preventivo	Medicamento tópico ocular para la prevención de Gonorrea en recién nacidos.
Salud oral	Evaluación de riesgo para menores de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.
Tuberculosis	Prueba para menores de edad en alto riesgo de tuberculosis. Edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-21 años.
Uso de tabaco en menores y adolescentes	Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores en edad escolar y adolescentes para prevenir el inicio del uso de tabaco.
Uso de tabaco, alcohol y drogas	Cernimiento para menores de 11 a 21 años de edad.
Vacunas	Vacunas recomendadas desde el nacimiento hasta los 21 años. Las dosis, edades y población recomendadas varían: Difteria, Tétano, Tos Ferina, Haemophilus Influenza B, Hepatitis A, Hepatitis B, Virus del Papiloma Humano (HPV), Poliovirus inactivo, Influenza, MMR, Meningococo, Neumococo, Rotavirus y Varicela. Las vacunas de seguimiento están cubiertas. HPV comienza desde los 9 años en menores y adolescentes con historial de abuso sexual o asalto quienes no han iniciado o completado las 3 dosis (recomendación <i>Advisory Committee on Immunization Practices</i> (ACIP)).

## CUBIERTA ESTÁNDAR DE VACUNACIÓN PARA MENORES, ADOLESCENTES Y ADULTOS

La tabla en esta página resume la cubierta estándar de vacunas de First Medical. Para más información, llame a nuestra Unidad de Servicio Dedicada o visite nuestro portal de internet [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com).

Las vacunas están cubiertas hasta que el individuo alcance la edad indicada de acuerdo con el itinerario de vacunación del *Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* y el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico, incluyendo las de seguimiento (*catch up*):

### Vacunas cubiertas con \$0 copago

- DT (Diphtheria, Tetanus Toxoid) (90702)
- DTaP (Diphtheria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine) (90700)
- DtaP-IPV-HEP B (Pediarix) (90723)
- FLU (Influenza Virus Vaccine) (90654, 90655, 90656, 90657, 90658, 90662, 90685, 90686, 90688, 90673)
- HEP A (Hepatitis A Vaccine) (90633, 90634)
- HEP-A + HEP-B (90636)
- HEP B (Hepatitis B Vaccine) (90740, 90743, 90744, 90746, 90747)
- Hib (Haemophilus Influenza B Vaccine) (90647, 90648)
- Hib-HepB (90748)
- HPV\* (Human Papilloma Virus) (Gardasil-90649, Cervarix-90650; 9vHPV-90651)
- IPV (Inactivated Poliovirus Vaccine – injectable) (90713)
- Kinrix (90696)
- MCV (Meningococcal Conjugate Vaccine – Menactra y Menveo) (90734)
- Meningococcal B (90620, 90621)
- Meningococcal Conjugate (90644)
- Menomune (Meningococcal Polysaccharide Vaccine) (90733)
- MMR (Measles, Mumps and Rubella Vaccine) (90707)
- PCV (Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13) (90670)
- Pentacel (90698)
- PPV (Pneumococcal Polysaccharide Vaccine) (90732)
- ROTA (Rotavirus Vaccine) (90680)
- ROTA (Rotavirus Vaccine, human - Rotarix) (90681)
- Td (Tetanus and Diphtheria Toxoid Adsorbed) (90714)
- Tdap (Tetanus, Diphtheria and Acellular pertussis) (90715)
- VAR (Varicella Virus Vaccine) (90716)
- Zoster (Zostavax) (90736)

### Vacunas que requieren preautorización. \$0 copago

**Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (Synagis, Palivizumab) (90378)** - Cubre con preautorización siguiendo el protocolo establecido por First Medical.

**\*Para personas participantes de 9 a 27 años o más jóvenes con historial de abuso o asalto sexual.**

**Nota:** Los códigos de las vacunas incluidas se presentan según publicadas por el Manual del CPT, (*Current Procedural Terminology Manual*), en su última revisión. Cualquier actualización posterior podría

cambiar el código incluido. Para una versión actualizada, comuníquese con nuestra Unidad de Servicio Dedicada.

Para más información sobre los servicios preventivos cubiertos, puede acceder el siguiente enlace: <http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>.

Este contrato, además, cubre la visita anual preventiva, las pruebas de cernimiento preventivo y vacunas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), según lo dispone la ley 218 de 30 de agosto de 2012 y según recomendado por el *Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention* y el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico. Estas incluyen los servicios preventivos y vacunas requeridas según lo indica la tabla de beneficios, así como las siguientes pruebas o servicios:

- Vacuna contra la Influenza, sin límite de edad.
- Vacuna contra la Hepatitis B, sin límite de edad.

### **Otros Beneficios requeridos por Ley**

Este contrato cumple con los requisitos de la Ley Núm. 239 de 13 de septiembre de 2012 para que los servicios cubiertos según detallados en este contrato puedan ser ofrecidos a través de profesionales de la psicología capacitados por educación a nivel de maestría o doctorado, adiestramientos y de experiencia para ofrecer servicios de salud, debidamente licenciados por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

Conforme a los requisitos de la Ley Núm. 107 del año 2012, este contrato establece igualdad de cubierta para el tratamiento de quimioterapia contra el cáncer en sus varios métodos de administración tal como por vía intravenosa, oral, inyectable o intratecal; según sea la orden médica del médico especialista u oncólogo.

En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, First Medical no rechazará o denegará ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines. Además, cubre todos los servicios y beneficios preventivos mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno y también estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del 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 postmastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

En cumplimiento con la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), este contrato cubre todos los servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo tales como: genética, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, terapias físicas, del habla y lenguaje, psicológicas y ocupacionales, que incluirán las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente. Estos servicios se ofrecerán sin límite alguno, a todas las personas que tengan diagnosticada alguna de las condiciones dentro del Continuo del Autismo, sujeto a los copagos o coaseguros según establecidos en la Sección Servicios Médico-Quirúrgicos y de Diagnóstico en Forma Ambulatoria.

En cumplimiento con la Ley para el Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para la Personas con Trastorno de Espectro de Autismo, se cubre el tratamiento de terapias de oxigenación hiperbárica para personas con autismo cuando este sea recomendado por un facultativo médico y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales; y otros fines relacionados.

## **Usted puede solicitar la siguiente información adicional para entender mejor su plan y conocer de la compañía:**

- El costo de un servicio médico, tratamiento o medicamento específico.
- Las políticas sobre la cubierta, tratamiento o medicamento específico.
- Las razones por las cuales un medicamento no fue aprobado.
- Resultados de las encuestas de satisfacción realizadas por First Medical.
- La cubierta de un beneficio específico y una explicación de cómo determinamos lo que se va a cubrir.
- Un informe de cuánto tiene acumulado en sus gastos máximos de la cubierta.
- Una descripción por escrito de cómo pagamos a los proveedores de nuestra Red, incluyendo las descripciones y justificaciones para la compensación del proveedor.
- Programas, incluyendo incentivos o sanciones a proveedores con intención de controlar cualquier referido a otro especialista o proveedor.
- Información financiera de la compañía.
- Copia de las determinaciones adversas de beneficios y cualquier guía clínica utilizada para dicha determinación.
- Estatus de nuestras acreditaciones.

### **Cómo Funciona su Cubierta**

Este plan ayudará al participante a pagar por algunos de sus costos cuando se encuentre enfermo o herido. También le pagará por cierto cuidado para ayudarle a permanecer en óptimas condiciones de salud y detectar alguna condición con los servicios preventivos.

La persona participante paga una parte de los costos cuando recibe el cuidado que el plan cubre. Hay diferentes tipos de costos que los participantes tienen que pagar:

**COPAGO:** La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar la persona participante al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en el contrato y como se ha notificado al médico, farmacia o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por First Medical.

**COASEGURO:** El por ciento de la tarifa que tiene que pagar la persona participante al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en este contrato y como se ha notificado al médico, farmacia o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por First Medical.

**DESEMBOLSO MÁXIMO:** Es la cantidad máxima establecida que la persona debe pagar durante el año contrato. Bajo nuestro plan, existe un máximo de desembolso que las personas, según su tipo de contrato, pagan por los servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos. La cantidad máxima de desembolso es de **\$6,350** en un contrato individual y **\$12,700** en contrato pareja o familiar. Esta es la cantidad máxima que los participantes pagan durante el año contrato por servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos bajo el contrato cuando visita a los proveedores dentro de la Red, incluyendo la compra de medicamentos, según descritos en este contrato. Una vez la persona participante alcance la cantidad que le aplica, según su tipo de contrato, no tendrá que hacer desembolsos adicionales por el resto del año contrato. Los servicios prestados a través de proveedores no participantes en y fuera de Puerto Rico, pagos realizados por la persona participante por los servicios no cubiertos bajo este contrato ni pagos por servicios dentales, no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo.

La persona participante será responsable de pagar directamente al proveedor participante el copago o coaseguro estipulado en la tabla de beneficios.

**FM Health Link:** FM Health Link es un programa de coordinación de servicios de salud a distancia de First Medical en donde puedes obtener los servicios de FM eHealth Telemedicina a tu alcance, Alivia HD Servicio de Medicamentos a tu hogar y a través de First Health Call Servicio de Consultoría de Salud. Llama hoy al 1 866 337 3338 para coordinar estos servicios o descarga gratis aplicación móvil de Alivia HD para más información.

**FM eHealth:** Con el servicio de **Telemedicina**, a través de **FM eHealth** podrá acceder a:

- Consultas virtuales de salud a través de una red de proveedores con médicos licenciados en medicina primaria, incluyendo médico de familia, generalista, internista y pediatra.
- Recibir órdenes médicas electrónicas, emitidas al Laboratorio acordado o Farmacia seleccionada por el suscriptor, para que pueda realizarse las pruebas o recibir el despacho de sus medicamentos.

## SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

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

Descripción de los Beneficios	Usted Paga
<b>Servicios de Diagnóstico y Tratamiento</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales de médicos</li> <li>• En la oficina del médico, sin límites en el número de visitas</li> </ul>	\$10.00 de copago por visita a un médico generalista \$10.00 de copago por visita a un médico especialista \$10.00 de copago por visita a un médico subespecialista
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas a optómetras</li> </ul>	\$10.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas a podiatras, incluyendo cuidado rutinario</li> </ul>	\$10.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas a psiquiatras y psicólogos clínicos</li> </ul>	\$10.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos en el hogar de la persona participante por médicos que presten este servicio</li> </ul>	\$20.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inyecciones intraarticulares por médicos debidamente calificados.</li> </ul>	\$0.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en salas de emergencia de hospitales, materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura contratada con First Medical. Cubre además medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura suministrados en salas de emergencia debido a condiciones de accidente o enfermedad. Si la persona participante al llamar a First Health Call, recibe una recomendación de acudir a la sala de emergencia con un número de registro, puede aplicar un copago/coaseguro menor por el uso de dichas instalaciones. En caso de que un proveedor no participante no pueda procesar en su sistema el número para la exoneración o la reducción del copago/coaseguro, la persona participante lo pagará y solicitará a First Medical reembolso por la cantidad que se le hubiese exonerado o reducido. Las emergencias siquiátricas estarán cubiertas, así como la transportación entre instituciones proveedoras de servicios de salud incluyendo ambulancias que estén certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud conforme lo establece el último párrafo del artículo 4.20 (b) de la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008 y según se indica en el Beneficio de Ambulancia bajo la Sección de Servicios Provistos por un Hospital u otra Instalación y Servicios de Ambulancia. Para pruebas diagnósticas provistas en salas de emergencia, que no sean laboratorios y rayos X, aplican los coaseguros y/o límites correspondientes al beneficio ambulatorio, según especificado en este contrato.</li> </ul>	\$50.00 de copago por enfermedad / \$0.00 en facilidades Metro Pavía Health y Metro Pavía Clinics  \$25.00 de copago por accidente  \$20.00 de copago, si es recomendado a través de First Health Call  \$25.00 de copago por uso de Sala de Urgencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criocirugía del cuello uterino, hasta un (1) procedimiento por año contrato, por persona participante</li> <li>• Servicios por condiciones de tuberculosis</li> </ul>	\$0.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esterilización voluntaria está cubierta únicamente para el empleado o su cónyuge, uno de los dos, sujeta a un coaseguro correspondiente. De ser necesaria una hospitalización, la misma estará cubierta al cien por ciento (100%). <b>Requiere preautorización.</b></li> </ul>	20% de coaseguro

Laboratorios, Rayos X y Otras Pruebas Diagnósticas	
Exámenes tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio clínico</li> <li>• Rayos-X</li> <li>• Sonogramas</li> <li>• Sonomamografías</li> <li>• Tomografía computadorizada (CT), uno (1) por región anatómica, por año contrato, por persona participante.</li> </ul>	25% de coaseguro/ 0% en facilidades Metro Pavía Health y Metro Pavía Clinics
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Densitometría ósea, para personas menores de 65 años de edad o cuando no es prestada como una prueba preventiva según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición</li> <li>• Doppler Color Flow</li> <li>• Electromiogramas, hasta dos (2) por región anatómica, por año contrato, por persona participante</li> <li>• Mamografías, mamografías digitales y sonomamografías cuando no sean prestadas como pruebas preventivas según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición</li> <li>• Otras pruebas diagnósticas</li> <li>• Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), hasta una (1) prueba, de cada tipo, por vida. <b>Requiere preautorización.</b></li> <li>• Pruebas cardiovasculares no invasivas</li> <li>• Pruebas para <i>Nerve conduction velocity study</i></li> <li>• Pruebas vasculares no invasivas</li> <li>• Pruebas y procedimientos neurológicos</li> <li>• Thin Prep Pap</li> <li>• Electrocardiogramas (EKG)</li> <li>• Electroencefalogramas (EEG)</li> </ul>	\$0.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brain Scan (24 hours)</li> <li>• Pruebas de medicina nuclear</li> <li>• Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)</li> </ul>	20% de coaseguro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año contrato, por persona participante, excepto para las condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, las cuales estarán cubiertas hasta dos (2) por año contrato, por persona participante sujeto a preautorización.</li> </ul>	20% de coaseguro/ 0% en facilidades Metro Pavía Health y Metro Pavía Clinics.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio de angiografía por resonancia magnética (MRA), hasta uno (1) por región anatómica, por año contrato, por persona participante.</li> <li>• Estudio de resonancia magnética (MRI), hasta uno (1) por región anatómica, por año contrato, por persona participante.</li> </ul>	30% de coaseguro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopías, limitado a una (1) por año contrato.</li> <li>• Endoscopías gastrointestinales, limitado a una (1) por año contrato.</li> </ul>	\$0.00

<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que puedan conducir al cáncer cervical.</li> </ul>	
<b>Cuidado Visual</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas diagnósticas en oftalmología.</li> <li>El examen de refracción está cubierto cuando sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría.</li> </ul>	\$0.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>Espeuelos y/o lentes de contacto.</li> </ul>	First Medical reembolsará hasta un máximo de \$100.00 cada 12 meses.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento para remoción de <i>Terigyum</i>.</li> <li>Lentes intraoculares para cirugía de cataratas; no aplica coaseguro.</li> </ul>	\$0.00
<b>Cuidado Ambulatorio de Maternidad (aplica al participante principal, cónyuge) sin periodos de espera</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas y servicios pre y post natales preventivos según definidos por <i>Health Resources and Services Administration (HRSA)</i>.</li> </ul>	\$10.00 de copago por visita a la oficina del especialista para visitas prenatales y postnatales.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de obstetricia.</li> <li>Visitas preventivas well-baby care de acuerdo a las edades y cubierta recomendada por el <i>United States Preventive Services Task Force (USPSTF)</i>.</li> <li>Amniocentesis, <b>requiere preautorización</b>.</li> <li><i>Alpha feto protein, Alpha feto protein plus</i>.</li> <li>Vacuna Rhogam</li> </ul>	\$0.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sonogramas obstétricos, según protocolo clínico.</li> </ul>	25% de coaseguro
<ul style="list-style-type: none"> <li>Perfil Biofísico, para personas participantes con derecho al beneficio de maternidad, hasta un (1) servicio por embarazo.</li> </ul>	20% de coaseguro
<b>Cirugías</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Que se presten de forma ambulatoria en la oficina del médico.</li> </ul>	\$0.00
<b>Terapias de Tratamiento</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Radioterapia</li> </ul>	\$0.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quimioterapia en sus métodos de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal), según sea la orden del médico especialista u oncólogo. La quimioterapia oral está cubierta bajo el beneficio de farmacia.</li> </ul>	\$0.00

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobalto</li> <li>• Diálisis y Hemodiálisis: Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. la fecha en que la persona participante es elegible por primera vez a este contrato; o</li> <li>b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.</li> </ul> </li> </ul> <p>Esto aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.</p>	\$0.00
<b>Terapia respiratoria (administrada en la oficina del médico)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia respiratoria (provista por médicos especialistas en alergia, alergia pediátrica, anestesia, neumología, neumología pediátrica y laboratorios localizados dentro de una instalación hospitalaria), sin límites.</li> </ul>	\$10.00 de copago por terapia.
<b>Terapia Física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia física, provistas por fisiatras o quiroprácticos, sin límites, por persona participante. En el caso de terapia física provista bajo la supervisión de un fisiatra, no requiere la intervención directa (cara a cara) del médico, pero sí su disponibilidad en el lugar para que, de ser necesario, pueda evaluar o recomendar un cambio en el plan de tratamiento.</li> </ul>	\$10.00 de copago por terapia.
<b>Terapia del Habla</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia del habla, sin límites. Prescritas por el médico y ofrecidas por terapistas en centros cualificados.</li> </ul>	\$0.00
<b>Servicios de Quiropráctico</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la combinación de las diferentes modalidades incluidas en el tratamiento quiropráctico (manipulaciones y visitas subsiguientes), por año contrato. Los rayos-X se limitan a las áreas de la columna cervical, tórax y lumbo-sacral.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">\$10.00 de copago por visita. \$10.00 de copago por manipulación.</p> <p>Si la persona participante recibe servicios de quiroprácticos no participantes, se reembolsará el 100% de las tarifas establecidas por First Medical, luego de descontar el copago correspondiente. Además, los servicios se podrán cubrir mediante Asignación de Beneficios.</p>

<b>Servicios para participantes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según dispone la Ley Núm. 19 de 12 de enero de 2020</b>	
<p>Los siguientes servicios se cubren a participantes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según requerido por la Ley Núm. 19 de 12 de enero de 2020, para enmendar el Título y los Artículos 1, 2 y 4, de la Ley Núm. 177 de 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lancetas, hasta 150 por 30 días</li> <li>• Tirillas, hasta 150 por 30 días</li> <li>• Bomba de infusión de insulina y suplidos ordenados por el endocrinólogo para personas participantes diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 1. El endocrinólogo determinará la marca de la bomba de infusión de insulina considerando la edad, el nivel de actividad física y el conocimiento de la condición de la persona participante o cuidador. <b>Requiere preautorización.</b></li> </ul>	<p>20% de coaseguro; \$0.00 por los suplidos para la bomba de insulina.</p>
<b>Ventilador Mecánico</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cubierta comprenderá de los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para participantes menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) 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, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por la persona participante, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico (bajo el beneficio de farmacia). La cubierta dispondrá para que cada participante tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad y condición física.</li> <li>• Estos servicios estarán cubiertos, sujeto a que la persona participante, o su representante, presenten evidencia de justificación médica y de la suscripción del participante en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para este propósito. También incluye suministros necesarios para el manejo de los equipos tecnológicos del Ventilador Mecánico.</li> <li>• Los servicios de ventilador mecánico y servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimiento de enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional estarán cubiertos al 100%.</li> </ul>	<p>\$0.00</p>
<b>Servicios Post Hospitalarios provistos por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar</b>	
<p>First Medical cubrirá estos servicios si comienzan dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que el paciente fue dado de alta después de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma condición o por alguna situación relacionada a la condición por la cual fue hospitalizado. Cubre los siguientes servicios y suministros provistos en el hogar del paciente por una Agencia de Cuidado de</p>	<p>\$0.00</p>

<p>Salud en el Hogar certificada por el Departamento de Salud de Puerto Rico. <b>Requiere preautorización.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de Enfermería - parciales o intermitentes provistos o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a).</li> <li>• Auxiliar de Servicios de Salud en el Hogar - servicios parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado del paciente.</li> <li>• Terapias Físicas, Ocupacionales y del Habla (habilitativas y rehabilitativas) - hasta un máximo de 40 visitas, por persona participante, por año contrato.</li> <li>• Una visita por un empleado de la agencia para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar, se considerarán cada uno como una visita en el hogar.</li> <li>• Servicios de instalaciones no participantes en Puerto Rico o no participantes de la red de AETNA y Redbridge se pagará por indemnización a base de las tarifas establecidas, luego de descontar el coaseguro correspondiente al servicio recibido.</li> <li>• Nota: Estos servicios deberán ser supervisados por un médico licenciado y su necesidad médica deberá ser certificada por escrito.</li> </ul>	
<p><b>Otros servicios para el tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo de Autismo</b></p>	
<p>Este contrato cubre los servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo sin límites tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes neurológicos</li> <li>• Inmunología</li> <li>• Pruebas genéticas, sujeto a preautorización</li> <li>• Pruebas de laboratorio para autismo</li> <li>• Servicios de gastroenterología</li> <li>• Servicios de nutrición</li> <li>• Terapia física</li> <li>• Terapia ocupacional y del habla</li> <li>• Visitas al psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social (por reembolso)</li> <li>• Pruebas y evaluaciones psicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes neurológicos – \$0.00</li> <li>• Inmunología – \$0.00</li> <li>• Pruebas de laboratorio para autismo – \$0.00</li> <li>• Pruebas genéticas – \$0.00</li> <li>• Pruebas y exámenes psicológicos – hasta un máximo de \$30.00 para evaluación final y \$20.00 para cada seguimiento.</li> <li>• Servicios de gastroenterología – \$0.00</li> <li>• Servicios de nutrición – Cubierto por reembolso hasta un máximo de \$30.00 para la evaluación inicial y \$20.00 cada visita de seguimiento.</li> <li>• Terapia física, sin límite - \$0.00</li> <li>• Terapia ocupacional y del habla - Cubierto por reembolso hasta un máximo de \$40.00 para la evaluación inicial y \$20.00 cada visita de seguimiento.</li> <li>• Visitas al psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social (por reembolso) - \$10.00 de copago</li> </ul>

## Servicios de Hospicio

Servicios prestados a través de un hospicio para participantes que hayan sido diagnosticados con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos como resultado de una condición terminal de salud.

**Nota:** Estos servicios **requieren una preautorización** de First Medical y deberán ser evaluados por su Programa de Manejo Individual de Casos para coordinación a través de proveedores participantes de la red.

## Servicios de proveedores no participantes

Los servicios provistos en salas de emergencias no participantes y por proveedores no participantes en Puerto Rico se reembolsarán a base del 100% de los honorarios contratados con los proveedores participantes, menos el copago correspondiente.

## Servicios Preventivos a través de la Red de Centros Preventivos Contratados

### Evaluación

- ✓ Historial Médico
- ✓ Examen Físico
- ✓ Cernimiento de Depresión
- ✓ Consejería: Alcoholismo, Tabaco, Conductas de Riesgo, Sexualidad, Cáncer, Violencia Doméstica, Prevención de Caídas, Dieta y Nutrición.

\$0.00

### Pruebas de Cernimiento Preventivas

- ✓ PAP (cáncer de cérvix)
- ✓ Clamidia
- ✓ Gonorrea
- ✓ Sífilis
- ✓ VIH
- ✓ Hemoglobina glicosilada
- ✓ Examen de visión

De acuerdo con el género y edad según las guías del *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF). Para la lista detallada de los servicios con \$0 copago, refiérase a la sub-sección de Cubierta de Servicios por Ley Local o Federal en el certificado de beneficios

Algunos Centros Preventivos podrían referirle a un proveedor participante preferido de éste en caso de no tener alguna prueba disponible en su instalación para completar las pruebas de cernimiento requeridas.

Servicios o pruebas que no sean prestadas como pruebas preventivas según dispone la ley federal, sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición, **le aplica los copagos o coseguros correspondientes a su cubierta.**

### Referidos

- ✓ Mamografía de Cernimiento
- ✓ Vacunas
- ✓ Densitometría Ósea
- ✓ Colonoscopia
- ✓ Sigmoidoscopia
- ✓ CBC
- ✓ Colesterol

## SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

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

Descripción de Beneficios	Usted Paga
<b>Servicios Médicos-Quirúrgicos</b>	
<p>Durante periodos de hospitalización la persona participante tiene derecho a recibir los siguientes servicios médico-quirúrgicos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las cirugías electivas están sujetas a preautorización de First Medical, excepto en casos de emergencias. De no preautorizar, el servicio no estará cubierto.</li> <li>• Trasplantes de piel, hueso y córnea</li> <li>• Mastectomía, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, prótesis de seno que sea necesaria antes o durante la reconstrucción, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía incluyendo linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para recuperación física y emocional de la persona participante.</li> </ul>	\$0.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamoplastía Terapéutica – <b>Requiere preautorización</b> de First Medical y de la Autoridad, limitada a mamoplastía terapéutica. Aplica coaseguro para todos los gastos relacionados antes y después de la operación. Según protocolo establecido por First Medical.</li> </ul>	50% de coaseguro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica: este contrato cubre sólo cirugía de <i>bypass</i> gástrico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía de por vida, por participante, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva estarán cubiertas, si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo. Estos procedimientos quirúrgicos <b>requieren preautorización de First Medical y la Autoridad.</b></li> </ul>	40% de coaseguro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de anestesia</li> <li>• Bloqueo epidural</li> <li>• Consulta de especialistas</li> <li>• Endoscopias gastrointestinales</li> <li>• Quimioterapia en todas sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal) y radioterapia</li> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de esterilización</li> <li>• Tratamientos</li> </ul>	\$0.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas cardiovasculares y vasculares invasivas</li> </ul>	\$0.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento de litotricia (<i>ESWL</i>); <b>requiere preautorización</b></li> </ul>	\$50.00

**SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL U OTRA INSTALACIÓN, Y SERVICIOS DE  
AMBULANCIA**

- First Medical se compromete a pagar por los servicios contratados con la institución hospitalaria correspondiente durante la hospitalización de la persona participante, durante la vigencia del Plan de la persona elegible, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria.

Descripción de Beneficios	Usted Paga
<b>Hospitalizaciones</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones regulares.</li> </ul>	<p>\$100.00 de copago por admisión hospitalaria regular/ \$0.00 en facilidades Metro Pavía Health y Metro Pavía Clinics.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de anestesia por personal no médico.</li> <li>• Comidas y dietas especiales.</li> <li>• Estudio de resonancia magnética (MRI)</li> <li>• Instalaciones de hemodiálisis: Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones que puedan surgir, y los servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos que puedan necesitarse para tratar estas complicaciones, se cubrirán por los primeros 90 días a partir de:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. la fecha en que la persona participante es elegible por primera vez a este contrato; o</li> <li>b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.</li> </ol> </li> </ul> <p>Esto aplicará si las diálisis o hemodiálisis subsiguientes están relacionadas a una misma condición clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de quimioterapia y radioterapia</li> <li>• Medicinas, productos biológicos, materiales para curaciones, productos de hiperalimentación y materiales de anestesia.</li> <li>• Producción de electrocardiogramas.</li> <li>• Producción de estudios radiológicos.</li> <li>• Sangre para transfusiones.</li> <li>• Servicio general de enfermería.</li> <li>• Servicios de laboratorio clínico</li> <li>• Servicios de terapia física (habilitativa y rehabilitativa)</li> <li>• Servicios de terapia respiratoria</li> <li>• Sonogramas</li> <li>• Tomografía computadorizada</li> <li>• Uso de las Unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología.</li> <li>• Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes.</li> <li>• Uso de otras instalaciones, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital que sean ordenados por el médico de cabecera y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital</li> <li>• Uso de Sala de Emergencias cuando la persona participante sea admitido al hospital.</li> <li>• Uso de Sala de Recuperación</li> <li>• Uso de servicio de telemetría</li> </ul>	<p>\$0.00</p> <p>Estos servicios están incluidos en el pago de su copago de hospitalización.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para infantes (<i>Step-down Unit</i>)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento de litotricia (<i>ESWL</i>), <b>requiere preautorización</b></li> </ul>	\$50.00 de copago
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía ambulatoria</li> </ul>	\$50.00 de copago
<b>Cuidado Hospitalario de Maternidad (aplica al participante empleado y cónyuge)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada o de aislamiento, asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia o 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.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para buscar los hospitales en su área, visite nuestro portal en la Internet <a href="http://www.firstmedicalpr.com">www.firstmedicalpr.com</a> o refiérase al directorio de Proveedores. Si desea obtener información adicional, comuníquese con La Unidad de Servicio Dedicada.</p>	\$100.00 de copago por admisión hospitalaria para parto/\$0.00 en facilidades Metro Pavía Health y Metro Pavía Clinics.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Producción e interpretación de Monitoreo Fetal (<i>Fetal Monitoring</i>)</li> <li>• Servicios de obstetricia</li> <li>• Uso de Sala de Partos</li> <li>• Uso de Sala de Recién Nacidos (<i>Well Baby Nursery</i>)</li> </ul>	\$0.00
<b>Unidad de Cuidado de Enfermería Diestro (SNF)</b>	
<p>Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Están cubiertos hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días por la vida del suscriptor y necesita preautorización de First Medical.</li> <li>• Servicios de instalaciones no participantes en Puerto Rico o no participantes de la Red First Medical a través de AETNA y Redbrige, se pagarán por indemnización a base de las tarifas establecidas para el servicio recibido.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Estos servicios deberán estar supervisados por un médico- cirujano y su necesidad médica deberá ser certificada por escrito. Deberá recertificarse su necesidad cuando First Medical así lo requiera.</p>	\$0.00

Ambulancia	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El servicio de ambulancia terrestre se cubrirá a base de las tarifas determinadas por First Medical, conforme a la distancia recorrida. De acuerdo con la Ley Núm. 129 de 1 de agosto de 2019, cuando el servicio sea utilizado a través del Sistema 9-1-1, en casos de emergencia, First Medical pagará directamente al proveedor. El servicio solo se cubrirá si el mismo cumple con todos los requisitos que se mencionan a continuación: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) fue transportado por un servicio de ambulancia, según se define en este contrato;</li> <li>b) padecía de una enfermedad o lesión que el uso de otro medio de transportación ponía en riesgo su vida;</li> <li>c) envía la reclamación a First Medical con el informe médico de la emergencia que incluya el diagnóstico;</li> <li>d) la factura indica el lugar donde se recogió la persona participante y su destino.</li> </ul> </li> </ul> <p>Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) desde la residencia o lugar de la emergencia hacia el hospital o institución de cuidado de enfermería diestra (<i>Skilled Nursing Facilities</i>);</li> <li>b) entre hospital y hospital o <i>Skilled Nursing Facility</i> - en casos donde la institución que transfiere o autoriza el alta, no es la apropiada para el servicio cubierto;</li> <li>c) desde el hospital hasta la residencia, si la condición del paciente dado de alta así lo requiere;</li> <li>d) entre instituciones de proveedores de servicios de salud en caso de emergencias psiquiátricas por ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud.</li> </ul>	<p>En casos que no sean de emergencia, este beneficio se cubre por reembolso. La persona participante paga el costo total y debe enviar la reclamación a First Medical con el informe del médico que incluya el diagnóstico. First Medical le reembolsa hasta un máximo de <b>\$75.00</b> por caso.</p>

**SALUD MENTAL Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN POR ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL**

Descripción de Beneficios	Usted paga
<b>Condiciones Mentales Generales</b>	
<p>Servicios para el tratamiento de condiciones mentales: Hospitalizaciones por condiciones mentales, incluyendo hospitalizaciones parciales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalizaciones completas/agudas</li> <li>Hospitalizaciones parciales</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Los servicios médico-quirúrgicos durante periodos de hospitalización por condiciones mentales están cubiertos de acuerdo a la necesidad médica justificada.</p>	<p>\$100.00 de copago por hospitalizaciones completas/agudas/ \$0.00 en facilidades Metro Pavía Health y Metro Pavía Clinics.</p> <p>\$100.00 de copago por hospitalizaciones parciales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapias electroconvulsivas por condiciones mentales, <b>Requiere preautorización y AEE es quien determina.</b></li> </ul>	\$0.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico)</li> </ul>	\$10.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas de familiares inmediatos (colaterales), incluyendo consejería matrimonial, provistas por psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico)</li> </ul>	\$10.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas de terapia en grupo (de pacientes), de acuerdo a la necesidad médica justificada.</li> </ul>	\$10.00 de copago por terapia
<b>Otras Evaluaciones Psicológicas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Evaluación Psicológica</b></li> </ul>	Se reembolsará hasta <b>TREINTA DÓLARES (\$30.00)</b> por la evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Prueba Psicológica:</b> Serán reembolsadas conforme a las políticas de pago establecidas por First Medical. Las pruebas psicológicas requeridas por la Ley Núm. 296 del 1 de septiembre de 2000, conocida como Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico, serán reembolsadas hasta una cantidad máxima establecida.</li> <li>Expresamente se excluyen las siguientes pruebas de evaluación: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas sicométricas para establecer el coeficiente intelectual del suscriptor.</li> <li>Evaluaciones para orientación vocacional y educativa.</li> <li>Pruebas psicológicas para determinar éxito académico.</li> <li>Pruebas psicológicas para determinar el desarrollo del niño en sus primeros años de edad seis (6) meses a dos (2) años).</li> </ul> </li> </ul>	Se reembolsará hasta una cantidad máxima de <b>TREINTA DÓLARES (\$30.00)</b> por prueba.

<b>Abuso de Sustancias (Drogas y Alcohol)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalizaciones completas/agudas</li> <li>Hospitalizaciones parciales</li> </ul> <p>Las hospitalizaciones por drogadicción y alcoholismo, incluyendo tratamiento de desintoxicación y hospitalizaciones parciales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada.</p> <p><b>Nota:</b> Los servicios médico-quirúrgicos durante periodos de hospitalización por drogadicción y alcoholismo están cubiertos de acuerdo a la necesidad médica justificada.</p>	<p>\$100.00 de copago por hospitalizaciones completas/agudas/ \$0.00 en facilidades Metro Pavía Health y Metro Pavía Clinics</p> <p>\$100.00 de copago por hospitalizaciones parciales</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico).</li> </ul>	\$10.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas de familiares inmediatos (colaterales), incluyendo consejería matrimonial, provistas por psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico).</li> </ul>	\$10.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas de terapia en grupo (de pacientes).</li> </ul>	\$10.00 de copago por terapia
<b>Tratamiento Residencial (<i>Residential Treatment</i>)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubre tratamiento residencial siempre y cuando haya justificación médica y la facilidad tenga las acreditaciones requeridas y el personal para ofrecer el servicio. <b>Requiere preautorización</b></li> </ul>	\$0.00

---

## CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

### Descripción de Beneficios

#### Beneficios

La cubierta de Gastos Médicos Mayores se emite en consideración al pago correspondiente por adelantado y estará sujeta a los términos y condiciones de la cubierta básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios, que no estén en conflicto con los beneficios y condiciones de esta cubierta.

La cubierta de Gastos Médicos Mayores provee beneficios para los servicios según especificado en el Inciso B de Gastos Médicos Cubiertos y servicios prestados fuera de Puerto Rico si éstos cumplen con las condiciones establecidas en esta cubierta para los mismos.

Los gastos médicos cubiertos bajo el seguro de gastos médicos mayores se pagarán directamente a la persona participante o mediante Asignación de Beneficios, de acuerdo a las tarifas establecidas para tales propósitos y a las cantidades aplicables al empleado participante y cada uno de sus dependientes elegibles participantes. Para tener derecho al reembolso de los gastos médicos cubiertos, la persona deberá estar asegurada en la cubierta básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios, bajo la cubierta correspondiente o análoga a la del servicio solicitado. Estos beneficios están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para los mismos, y se ofrecen únicamente para aquellos participantes residentes bonafides en Puerto Rico.

Los gastos por servicios recibidos en o fuera del hospital, en cualquier parte del mundo, se pagarán mientras estén relacionados a una enfermedad, accidente, embarazo, alumbramiento o condición médica de la siguiente manera:

1. Si el servicio se presta en Puerto Rico, el reembolso se efectuará a base de la escala de beneficios médicos establecida por First Medical para tales propósitos;
2. Servicios provistos a través de proveedores no participantes fuera de Puerto Rico no estarán cubiertos, excepto en casos de emergencia. En estos casos, First Medical pagará:
  - a. el por ciento de la tarifa para proveedores no participantes establecida por la red de AETNA y Redbridge;
  - b. o la mayor de las siguientes tres cantidades (ajustadas a los costos compartidos de la red de proveedores participantes): tarifa negociada con los proveedores participantes, la cantidad del cargo usual, acostumbrado y razonable (*UCR*, por sus siglas en inglés) o la cantidad que pagaría Medicare.

En ambos casos, la persona participante será responsable de pagar el deducible y/o coaseguro establecido en esta cubierta.

Todos los servicios prestados fuera de Puerto Rico se pagarán exclusivamente a través de esta cubierta, sujeto a una preautorización de First Medical, excepto en casos de emergencia o que se especifique lo contrario en la Sección de Limitaciones. En los casos donde los servicios sean prestados sin dicha preautorización, o no sean de emergencia, se pagarán directamente a la persona participante o mediante Asignación de Beneficios a base de las tarifas establecidas por First Medical para sus proveedores participantes en Puerto Rico.

Los gastos incurridos por servicios cubiertos que se originen por causa de emergencia médica mientras la persona participante afectada se encuentre fuera de Puerto Rico, no requerirán preautorización, pero estarán sujetos a la corroboración por parte de First Medical de su razonabilidad y necesidad médica.

Los servicios que requieran preautorización en la Cubierta Básica mantienen dicho requisito en esta de cubierta de Gastos Médicos Mayores.

---

El reembolso por los servicios que se presten en Puerto Rico se efectuará a base de la escala de beneficios médicos establecida por First Medical para tales propósitos.

La persona participante podrá solicitar Asignación de Beneficios para dichos servicios. Al aceptar la Asignación de Beneficios, el hospital o instalación no participante de la Red contratada por First Medical; AETNA y Redbridge, aceptará facturarle directamente a First Medical por los servicios brindados a la persona participante.

**Deducibles:**

- a. \$100.00 por individuo, por año contrato
- b. \$300.00 por familia, por año contrato

**Coaseguro:**

1. Cada persona participante será responsable, luego de acumulado el deducible en efectivo, del 20% de los gastos médicos cubiertos, hasta una cantidad máxima de \$2,500.00 por año contrato.

Cada persona o familia asegurada será responsable de la diferencia entre el gasto incurrido y las tarifas establecidas para el reembolso de los gastos médicos cubiertos.

Las cantidades aplicables para el coaseguro de los gastos médicos cubiertos se determinarán a base de las tarifas establecidas para los gastos médicos cubiertos.

**Requisitos para obtener beneficios a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores (Major Medical)**

**A. REMBOLSO:** Los gastos médicos cubiertos por concepto de servicios médicos, se reembolsan de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. El 80% de los gastos médicos cubiertos durante un año contrato, incurridos por la persona participante principal o su dependiente participante, y luego de cubierto el deducible en efectivo, disponiéndose que, estarán cubiertos, sujeto a las limitaciones establecidas en esta cubierta.
2. Luego del desembolso de la cantidad establecida en Deducibles y Coaseguros (debido a la acumulación del deducible y el coaseguro responsabilidad de la persona participante) por concepto de gastos médicos cubiertos e incurridos por la persona participante principal o sus dependientes participantes durante un año contrato, se reembolsará el 100% de los gastos médicos cubiertos que excedan dicha cantidad a la persona en esta situación durante el año contrato restante.
3. El deducible en efectivo aplica separadamente al empleado y a cada uno de sus dependientes participantes por cada año contrato, excepto que:
  - a. Si dos (2) o más miembros de su familia se lesionan en el mismo accidente, se aplicará un sólo deducible en efectivo (cantidad correspondiente al deducible por persona) para ese año contrato contra todos los gastos que se efectúen como resultado de tal accidente.
  - b. No se aplicará un total de deducibles efectivos de más del establecido para el contrato familiar, según se establece en la Sección de Beneficios, contra todos los gastos que efectúen los miembros de su familia durante un año contrato cualquiera.

**B. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS:** Estarán cubiertos los gastos médicos necesarios para el tratamiento de lesiones o enfermedades sufridas por la persona participante y por recomendación y aprobación del médico a cargo del caso cuando estos sean prestados fuera de Puerto Rico, o en Puerto Rico cuando amplía los beneficios de la cubierta básica si estuviera limitados o excluidos. Esta cubierta de Gastos Médicos Mayores no cubrirá los servicios que excedan las limitaciones de la Cubierta Básica, excepto en aquellos servicios expresamente indicados en esta Sección.

- 
1. **Anestesia y su Administración**
  2. **Equipo Médico Duradero (requiere preautorización de First Medical)**
    - a. Compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración.
    - b. Compra o renta, conforme a los criterios establecidos por First Medical, de sillones de rueda o camas de posición.
    - c. Compra o renta, conforme a los criterios establecidos por First Medical, de respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento en casos de parálisis respiratoria.
  3. **Materiales o Suministros Médicos:**
    - a. Medicinas cubiertas ordenadas por escrito por un médico cirujano durante periodos de hospitalización.
    - b. Materiales o suministros quirúrgicos como vendajes y gasas.
  4. **Servicios de Ambulancia Terrestre:** Desde y hasta cualquier institución médica. Estos servicios están cubiertos si los mismos los presta un vehículo debidamente autorizado por la entidad gubernamental designada para tales propósitos.
  5. **Servicios ambulatorios por condiciones mentales, drogadicción y alcoholismo:** los gastos médicos cubiertos por servicios fuera del hospital debido a condiciones mentales, drogadicción y alcoholismo se reembolsarán a base de las disposiciones establecidas para cualquier otra enfermedad.
  6. **Servicios en Centros de Cirugía Ambulatoria**
  7. **Servicios de Enfermería:** Certificados como médicamente necesarios y prestados por una persona debidamente certificada para tales propósitos y que no sea miembro de la familia inmediata o viva bajo el mismo techo.
  8. **Servicios de Hospital:** Habitación semiprivada y comidas además de otros servicios y suministros del hospital para hospitalizaciones regulares, condiciones mentales, drogadicción y alcoholismo.
  9. **Servicios de Laboratorio y Rayos-X:** Para propósitos de diagnóstico y tratamiento.
  10. **Servicios de Médicos**
  11. **Servicios de Terapia Física y Rehabilitación:** De la modalidad de tratamiento y duración prescrita por el médico a cargo del caso y bajo la supervisión de un médico-cirujano especialista en fisioterapia. En este caso la supervisión no requiere la intervención directa (cara a cara) del médico, pero sí su disponibilidad en el lugar para que, de ser necesario, pueda evaluar o recomendar un cambio en el plan de tratamiento.
  12. **Otros Servicios:** Los siguientes servicios estarán cubiertos, siempre y cuando éstos sean considerados médicamente necesarios: Quedan excluidos del concepto «médicamente necesarios», aquellos servicios no necesarios, servicios fuera de Puerto Rico o en Puerto Rico si el beneficio estuviera excluido o limitado en la Cubierta Básica, experimentales o investigativos, estudios o tratamientos clínicos investigativos (*Clinical Trials*) o servicios que se provean en exceso de los requeridos normalmente para el diagnóstico, prevención o tratamiento de una enfermedad, lesión, malfuncionamiento del sistema orgánico o condición de embarazo.

- 
- a. Alquiler o compra de equipo médico duradero para asistir a suscriptores que presenten condiciones crónicas, de carácter permanente o prolongado, en cuyo caso la necesidad del equipo debe haber estado presente por más de un año. First Medical será responsable de administrar el alquiler o compra de estos equipos de acuerdo a las políticas que se desarrollen en coordinación con la Autoridad y que sean finalmente aprobadas por éstas, disponiéndose que los criterios del programa federal de *Medicare* vigentes constituirán la base para el establecimiento de las políticas para el alquiler o compra de equipo médico duradero.
  - b. Aparatos auditivos, hasta \$250 por año de contrato. **Requieren preautorización.**
  - c. Aparatos prostéticos o implantes para la sustitución de partes o de un órgano físico, o para el mantenimiento de su funcionamiento tales como: marcapasos, prótesis, válvulas, etc.; excluye reemplazo. **Requiere preautorización.** Incluye su adquisición e instalación.
  - d. Asistencia quirúrgica, **requiere preautorización.**
  - e. Hasta quinientos dólares (\$500) para bandeja de materiales utilizados en una Colectomía por laparoscopia.
  - f. Mastoplastias terapéutica, **sujeto a una preautorización de First Medical y la Autoridad.** Aplica 50% de coaseguro para todos los gastos relacionados antes y después de la cirugía.
  - g. Medicina Deportiva. Servicios por médicos en clínicas de medicina deportiva para propósitos terapéuticos están cubiertos.
  - h. Pruebas no experimentales de laboratorio o diagnósticas, desarrolladas o inventadas con posterioridad a la efectividad del plan, **estarán sujetas a preautorización de la Autoridad** y tienen que cumplir con criterio médico.
  - i. Servicios audiológicos.
  - j. Servicios cubiertos prestados por profesionales e instalaciones no participantes en Puerto Rico.
  - k. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
  - l. Servicios de Rehabilitación Cardíaca, cubiertos cuando sean prestados por un fisiatra con conocimientos en rehabilitación y fisiología del ejercicio. Su propósito es el minimizar la incapacidad física y psicológica que puede surgir como resultado de una enfermedad cardiovascular. Estos servicios son reembolsados de acuerdo a las tarifas y disposiciones de necesidad médica establecidas por First Medical.
  - m. Servicios pre y post natales
  - n. Tuboplastias
  - o. Vacunas de alergia (inmunoterapia para alergias)
  - p. Vasovasostomía

---

## Limitaciones de la cubierta de Gastos Médicos Mayores

---

- Tratamientos de diálisis peritoneal y hemodiálisis, limitados a los 90 días correspondientes al periodo de espera no cubierto por *Medicare*, que comienza cuando el beneficiario inicia su diálisis en una instalación. Además, el Plan Médico pagará como primario durante el periodo de coordinación de *Medicare* de 90 días. Luego de completado este periodo de coordinación, el Plan Médico pasará a ser secundario para servicios de enfermedad crónica renal.
  - Terminación de embarazo; sólo se cubrirán las terminaciones terapéuticas de embarazo. Los abortos espontáneos están incluidos.
  - Servicios de salud en el hogar, todos los servicios deberán ser preautorizados por First Medical. First Medical verificará la necesidad médica y que los servicios ordenados sean realmente la mejor alternativa de tratamiento médico antes de preautorizarlos.
  - Implantes estarán cubiertos por asignación de beneficios; aplica copago. **Requiere preautorización.**
-

## **Asignación de Beneficios en Puerto Rico**

Si un suscriptor interesa que se coordine una asignación de beneficios, deberá solicitarlo por escrito a First Medical quien a su vez lo referirá a la Autoridad para su determinación. Cabe señalar que el proveedor no está obligado a aceptar la asignación de beneficios.

### **Para servicios ofrecidos por la Cubierta Básica**

Cuando un proveedor no participante en Puerto Rico provea un servicio contemplado bajo la cubierta básica y acepte la asignación de beneficios, se pagará a base de la tarifa contratada por un proveedor participante de la misma especialidad, First Medical llevará a cabo las gestiones correspondientes para facilitar el pago directamente a dicho proveedor. El suscriptor será responsable de cualquier diferencia entre la tarifa contratada y los honorarios del proveedor.

### **Para servicios ofrecidos de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores**

Cuando un proveedor no participante en Puerto Rico provea un servicio contemplado bajo la cubierta *de Gastos Médicos Mayores* y acepte la asignación de beneficios, el pago se hará al 80% de los cargos cubiertos luego de haber acumulado el deducible anual y el suscriptor será responsable del 20% de coaseguro.

## **Asignación de Beneficios Fuera de Puerto Rico a través de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores**

Esta asignación aplica cuando en Puerto Rico no existe especialista o sub-especialista contratado.

Cuando el proveedor no acepte los honorarios de First Medical en pago por sus servicios, el suscriptor pagará por los servicios y someterá el recibo para reembolso. El cheque será pagadero tanto a nombre del suscriptor como del proveedor. En estos casos el suscriptor será responsable de endosar el cheque, enviarlo al proveedor y cumplir con el pago que le corresponde. El participante pagará al proveedor el veinte por ciento (20%) que le corresponde según está cubierta.

## TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Los beneficios que provee este contrato están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para éstos. Se ofrecen únicamente para aquellos participantes residentes bonafides permanentemente en Puerto Rico.

First Medical es responsable por el pago de los servicios ofrecidos a la persona participante sujeto a las disposiciones de este contrato y a las siguientes condiciones:

1. Los beneficios cubiertos son por cada año contrato y para cada persona participante; excepto cuando se disponga de otro modo.
2. Cubre sólo trasplante de órganos y tejidos humanos, **requiere preautorización de First Medical y la Autoridad** o su representante autorizado para cada fase de trasplante y hasta los límites establecidos por la cubierta.
3. El periodo de beneficios comienza 30 días antes del procedimiento del trasplante hasta 12 meses después de la fecha de la cirugía.
4. First Medical o su representante autorizado puede requerir una segunda opinión médica, por médicos designados por ésta, cuando lo considere necesario para corroborar que la persona participante esté recibiendo el tratamiento más eficaz posible y poder maximizar los beneficios de su cubierta.
5. La persona participante, el médico, hospital y la instalación de la Red de Trasplante serán orientados sobre el procedimiento de preautorización. En los casos en que First Medical requiera preautorización o autorización previa a la prestación de servicios, First Medical no será responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha preautorización o autorización previa por parte de First Medical o su representante autorizado.
6. Trasplante de órganos o tejidos estarán cubiertos solamente cuando representan una práctica médica aceptada, de valor terapéutico que no sean de carácter experimental y que sean preautorizados por First Medical y la Autoridad.

Estos servicios estarán cubiertos por indemnización (reembolso) a la persona participante o mediante asignación de beneficios para pagarle directamente a la instalación designada de la Red de Trasplante en y fuera de Puerto Rico. Los mismos se cubrirán al 100% de las tarifas negociadas con las instalaciones, sin estar sujetos a coaseguros ni deducibles.

Una vez se preautorizan los servicios, la persona participante podrá solicitar Asignación de Beneficios. Al aceptar la Asignación de Beneficios, el médico, hospital o instalación aceptará facturarle directamente a First Medical por los servicios cubiertos a la persona participante.

### Beneficios

<b>Participante paga</b>	\$0.00
<b>Trasplante de Órganos Cubiertos</b>	Corazón, corazón-pulmón, pulmón (unilateral o bilateral), hígado, páncreas-riñón, riñón e intestino delgado
<b>Gastos Médicos Cubiertos</b>	<p>Recipiente - cubre los gastos directamente relacionados con el procedimiento; incluye evaluación, cuidado previo a la cirugía, trasplante, cuidado post-cirugía y drogas inmunosupresoras.</p> <p><b>Obtención de órganos-</b> Se cubrirá la adquisición del órgano o tejido a ser trasplantado y los gastos de hospital, médico</p>

	<p>quirúrgico, laboratorio y rayos x que incurra el donante. No cubre el transporte de órgano.</p> <p>Cubiertos solamente cuando representan una práctica médica aceptada, de valor terapéutico que no sean de carácter experimental y que sean preautorizados por First Medical y AEE</p> <p>Los gastos incurridos por el donante de trasplante incluyen la cirugía y almacenaje directamente relacionados con los órganos a utilizarse en el procedimiento, estarán cubiertos hasta un beneficio máximo de veinte mil dólares (\$20,000) por cada procedimiento.</p> <p>Se cubrirá hasta un máximo de diez mil dólares (\$10,000) por trasplante (puede variar de acuerdo al trasplante) para los gastos de transportación desde y hasta el lugar de cirugía, incurridos por el adulto y un acompañante. Si el paciente es menor de edad, se le cubren los gastos de transportación incurridos por dos (2) acompañantes, siempre que éstos sean los padres o personas que tengan la custodia legal del paciente. Los gastos incurridos por comidas y alojamiento se cubren hasta el beneficio máximo de cien dólares (\$100 diarios por persona). El límite máximo establecido para las comidas y alojamientos es de cinco mil dólares (\$5,000). De ser el paciente un menor, el beneficio es de \$100 por acompañante.</p> <p><b>Retrasplante</b></p> <p><b>Inmunosupresores:</b> cubre medicamentos inmunosupresores debidamente aprobados por la <i>Food and Drug Administration (FDA)</i> y medicamentos usados en terapias inmunosupresoras. El beneficio estará cubierto hasta el beneficio máximo establecido.</p> <p><b>Gastos Pre-Trasplantes:</b> Este contrato cubre gastos médicos relacionados con la evaluación y preparación de un participante elegible para recibir trasplante de órganos o de médula ósea durante un periodo de treinta (30) días previos al procedimiento de trasplante de órganos o de médula ósea, conforme a la política médica establecida por First Medical.</p> <p>Además, First Medical cubrirá una evaluación pre-trasplante para determinar si el paciente es candidato elegible para el trasplante independientemente de la fecha en que se haga el mismo. Esta evaluación se registrará por el protocolo aprobado por First Medical.</p>
<p><b>Trasplante de Médula Ósea</b></p>	<p>La donación y el almacenaje de la médula ósea. La obtención de médula ósea estará sujeta a un máximo de cien mil dólares (\$100,000) por trasplante, independientemente de si es dentro o fuera de la Red de Proveedores Participantes.</p> <p>Cubre los trasplantes alogénicos, autólogos, singénicos y de células troncales hematopoyéticas siempre que estén indicados en las siguientes condiciones y enfermedades: cáncer de seno, trastornos hematológicos no malignos tales como anemia aplásica, leucemia aguda linfocítica, leucemia aguda no linfocítica, leucemia aguda mielógena, leucemias agudas y crónicas mielógenas en remisión, osteopetrosis maligna infantil, síndrome de Wiskott-Aldrich, enfermedad de Hodgkin, linfomas</p>

	<p>que no sean tipo Hodgkin, neuroblastomas en etapas avanzadas e inmunodeficiencia combinada severa. Los gastos cubiertos para estos trasplantes son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recipiente - cubre los gastos directamente relacionados con el procedimiento; incluye evaluación, cuidado previo a la cirugía, trasplante, cuidado postcirugía y drogas inmunosupresoras.</li> <li>2. Donación y almacenaje de médula ósea - gastos y servicios brindados o relacionados con la obtención, conservación y transportación de los tejidos a utilizarse en el trasplante cubierto.</li> <li>3. Tratamientos de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante.</li> <li>4. Los gastos del donante por la cirugía y almacenaje, directamente relacionados con los órganos a utilizarse en el procedimiento. Estarán cubiertos hasta el límite máximo de veinte mil dólares (\$20,000) por cada procedimiento.</li> <li>5. Cuidado ambulatorio relacionado directamente al cuidado posterior al trasplante.</li> <li>6. Transportación, comida y alojamiento - Los gastos de transportación desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente adulto y un acompañante. Si el paciente es menor de edad, se cubrirán los gastos de transportación para dos (2) acompañantes, siempre que éstos sean los padres o personas que tengan la custodia legal del paciente. Se cubrirá un máximo de diez mil dólares (\$10,000) por trasplante (puede variar dependiendo del trasplante) para gastos de transportación de ida y vuelta al lugar de la cirugía incurridos por el adulto y un acompañante. Puede incluir, transportación pública o privada tales como taxi, tren, avión, alquiler de un vehículo y/o algún otro medio de transportación evidenciados mediante un recibo que describa el servicio incurrido incluyendo el nombre de la entidad o compañía que presta el servicio, la fecha y el precio pagado por dicho servicio.</li> </ol> <p>Los gastos por comidas y alojamiento se cubrirán hasta un máximo de cien dólares (\$100) diarios por persona. Pueden incluir gastos de hotel, hospedaje o lugar de alojamiento, compras de alimentos en supermercados y/o establecimientos comercios incluyendo restaurantes y negocios de comida rápida evidenciados mediante recibo de compra. El recibo debe contener la fecha, lugar de compra, nombre de los artículos que compró y precio del artículo. El límite establecido para las comidas y alojamiento es de cinco mil dólares (\$5,000) por trasplante.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Retrasplante de ser médicamente necesario.</li> </ol>
<b>Preautorizaciones</b>	<p>Procedimiento para casos de Trasplante de Órganos y Tejidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El referido para los servicios de trasplante se hará</li> </ol>

---

	<p>mediante línea telefónica, vía fax o personalmente en First Medical por sala de información.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Se verificará su elegibilidad y cubierta.</li><li>3. Una vez confirmada la cubierta, se verificará la especialidad del médico que refiere y si el referido llena los criterios médicos previamente establecidos. Esto se refiere a las limitaciones o contraindicaciones para los diferentes tipos de trasplante.</li><li>4. El especialista de casos de trasplante de First Medical le ofrecerá una orientación inicial sobre los beneficios de la cubierta de trasplante y alternativas. Se emitirá una preautorización para el referido a una de las Instituciones Participantes de la Red de Trasplantes de First Medical.</li><li>5. First Medical coordinará con la institución seleccionada por la persona participante y por el médico, el referido para recibir los servicios de trasplante.</li><li>6. El Programa de Trasplante de la Institución seleccionada coordinará una evaluación clínica del candidato a trasplante, según sus criterios de selección de pacientes y mantendrá una comunicación directa con First Medical.</li><li>7. La persona participante solicitará a First Medical una preautorización para los servicios de trasplante y durante sus diferentes etapas.</li></ol> <p>Las reclamaciones de los servicios de trasplante rendidos por la institución seleccionada, serán coordinadas entre ésta y First Medical.</p>
--	--

---

---

## CUBIERTA DE FARMACIA

---

### BENEFICIOS DE FARMACIA

---

**El despacho de medicamentos bioequivalentes es la primera opción, excepto para aquellos medicamentos de marca, para el cual no exista el bioequivalente. Si la persona participante elige, o su médico le receta, un medicamento de marca cuando existe su bioequivalente en el mercado, la persona participante paga el copago del medicamento de marca y la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el bioequivalente.**

Este beneficio se rige por las guías de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) *ANDA (Abbreviated New Drug Application)*, *NDA (New Drug Application)* y *BLA (Biologics License Application)*. Éstas incluyen dosificación, equivalencia de medicamentos y clasificación terapéutica, entre otros.

Este plan provee para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad que se utilice en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. No obstante, este plan no está obligado a cubrir un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.

Es requisito presentar la tarjeta del plan de First Medical a cualquier farmacia participante al momento de solicitar los beneficios para que los mismos estén cubiertos. La farmacia participante provee, a la presentación de la tarjeta del plan y de una receta, los medicamentos cubiertos que especifique dicha receta; y no efectúa cargo ni cobra cantidad alguna a la persona participante que resulte en exceso de lo establecido en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece en este endoso. Al recibir los medicamentos, la persona participante tiene que firmar por los servicios recibidos y presentar una segunda identificación con fotografía.

Una farmacia no está obligada a gestionar una receta prescrita si por alguna razón, de acuerdo a su juicio profesional, no debe ser despachada. Esto no aplica a decisiones tomadas por farmacias, por concepto de tarifa aplicada por First Medical.

Los medicamentos con repeticiones (*refills*) no pueden ser provistos antes de transcurrir el 75% del abastecimiento a partir de la fecha del último despacho, ni luego de transcurrir un año desde la fecha de haber sido expedida la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de sustancias controladas.

#### Descripción del beneficio de farmacia

- Están cubiertos los medicamentos bioequivalentes preferidos, bioequivalentes no preferidos, marca preferidos, marca no preferidos, productos especializados preferidos y productos especializados no preferidos que en su etiqueta contengan la frase «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica), insulina y algunos medicamentos *Over-the-Counter (OTC)*.
- Se cubren los servicios preventivos conforme a las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. Los medicamentos clasificados como preventivos, según se detallan a continuación, se cubren con \$0 copago, con receta médica, si los mismos son recibidos de farmacias participantes de la red contratada por First Medical:

- Dosis baja de aspirina (81mg) para adultos de 50 a 59 años, para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal.
- Métodos anticonceptivos – Solo se cubrirán los medicamentos incluidos en la lista de Anticonceptivos en el Formulario, que incluye al menos un medicamento de cada una de las categorías definidas en *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)*. El bioequivalente se cubrirá como única opción excepto en las categorías donde no exista en el mercado la versión genérica. Se requiere receta médica.
- Suplementos de ácido fólico (400 mcg y 800 mcg) para personas participantes que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.
- Algunos suplementos de hierro orales para menores desde los 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia.
- Suplementos orales de Flúor para pre-escolares de seis (6) meses hasta los cinco (5) años de edad cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor.
- Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de *nicotine nasal spray, nicotine inhaler* y *bupropion hcl (smoking deterrent)*, por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. El bioequivalente se cubrirá como única opción excepto cuando no exista en el mercado la versión genérica. No aplica a productos OTC (Over the counter).
- Medicamentos preventivos a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, el bioequivalente de *tamoxifen* o *raloxifen* en tabletas para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
- Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares: dosis baja o moderada de estatinas para adultos entre las edades de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cardiovascular que tengan uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. Se cubren los bioequivalentes de simvastatin 5 mg, 10 mg, 20 mg y 40 mg; atorvastatin 10 mg y 20 mg y pravastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg y 80 mg, Rosuvastatin 5 mg y 10 mg; Lovastatin 10 mg, 20 mg y 40 mg y Fluvastatin 20 mg y 40 mg.
- Prevención de cáncer colorectal -recetas de gastroenterólogos de preparaciones intestinales para procedimiento de colonoscopia en adultos de 50 años a 75 años solo se cubrirán dos despachos al año de los siguientes medicamentos con leyenda - Suprep y PEG (polyethylene Glycol).
- Medicamentos para Profilaxis Pre-Exposición para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV PrEP) Descovy y Truvada, estos requieren preautorización para validación de diagnóstico.

Para más información sobre los medicamentos preventivos a los que aplican estas disposiciones de ley, puede acceder el siguiente enlace:

<http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>.

- Este plan cubre los medicamentos con leyenda federal para cumplir con la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), sujeto a los copagos y coaseguros establecidos en este endoso.
- Buprenorfina
- El abastecimiento de noventa (90) días aplica a algunos medicamentos de mantenimiento, como medicamentos para condiciones cardíacas, tiroides, diabetes, entre otros; despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos para 90 días en Farmacias. No aplica a los Productos Especializados el Nivel 3.

---

## PROCEDIMIENTOS DE MANEJO CUBIERTA DE FARMACIA

---

Algunos medicamentos de receta están sujetos a un procedimiento de manejo. First Medical provee a las personas participantes, y como parte de la información provista en este endoso. Las siguientes guías de referencia establecen los distintos tipos de manejo que pudiesen aplicar:

- A. Programa de Terapia Escalonada (ST, por sus siglas en inglés):** En algunos casos, requerimos que la persona participante trate primero un medicamento de primer paso como terapia para su condición, antes de que cubramos con otro medicamento de segundo paso para esa condición. Este Programa requiere la utilización de medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés) o medicamentos bioequivalentes como primer paso antes de utilizar otros medicamentos de segundo paso para ciertas condiciones médicas; esto se conoce como medicamentos de primer paso en el Programa de Terapia Escalonada. Así puede lograr accesibilidad a medicamentos con efectividad y seguridad probada, copagos más bajos o hasta cero copagos en medicamentos de primer paso y mejor cumplimiento con la terapia de medicamentos.

Las clasificaciones que requieren un medicamento OTC como primer paso incluyen los inhibidores de la bomba de protón (PPI, por sus siglas en inglés), antihistamínicos no-sedantes y agentes para alergias oculares. Las clasificaciones que requieren un medicamento bioequivalente como primer paso incluyen, pero no se limitan a las estatinas para el colesterol, déficit de atención e hiperactividad (ADHD), diabetes y los bifosfonatos orales para la osteoporosis y los corticosteroides nasales para las alergias.

Este Programa aplica a las personas participantes que utilizan el medicamento por primera vez, o si ha transcurrido un periodo mayor de seis (6) meses de haber utilizado alguno de los medicamentos. El Programa tiene el propósito de establecer cuándo se cubren medicamentos de segundo paso, y no de intervenir con las recomendaciones de tratamiento del médico que atiende a la persona participante. Los medicamentos de segundo paso son aquellos que se utilizan una vez la persona participante haya utilizado los medicamentos de primer paso, los cuales no le proveyeron el beneficio terapéutico requerido. La persona participante tiene libertad de discutir con su médico todas las alternativas de tratamiento disponibles para su condición de salud, y de tomar decisiones informadas con relación a su tratamiento.

Para los medicamentos en el primer paso, la receta es procesada y aprobada. En el caso de los medicamentos de segundo paso, si la persona participante ha utilizado medicamentos de primer paso en los últimos seis (6) meses, éstos son procesados y aprobados. Si no ha utilizado medicamentos de primer paso, la farmacia le informará a la persona participante que debe utilizar medicamentos de primer paso. El médico, luego de evaluar el caso de la persona participante, debe escribir una receta con el medicamento de primer paso o solicitar una preautorización a First Medical para un medicamento de segundo paso, incluyendo una justificación médica para su aprobación.

Si una persona asegurada con o sin cubierta previa bajo otro Plan de Salud que incluía cubierta de medicamentos se suscribe a First Medical y utilizaba un medicamento de segundo paso, debe evidenciar que ha estado utilizando el medicamento de segundo paso. La farmacia o la persona participante debe hacer llegar a First Medical, a la mayor brevedad, copia de uno de los siguientes documentos: historial de reclamaciones de la farmacia o informe de utilización del Plan de Salud anterior (explicación de beneficios; EOB).

- B. Programa de Medicamentos que requieren preautorización:** Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser obtenidos por el paciente. La farmacia gestiona la preautorización antes del despacho del medicamento a la persona participante. La farmacia también nos contacta para obtener autorización por cambios en dosis y cuando los cargos exceden los \$500 por receta despachada para evitar errores de facturación.

Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que presentan efectos adversos, candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado.

Aquellos medicamentos que han sido identificados que requieren preautorización deben satisfacer los criterios clínicos establecidos, según lo haya determinado el Comité de Farmacia y Terapéutica. Estos criterios clínicos se han desarrollado de acuerdo a la literatura médica actual.

### C. Iniciativas de Seguridad

1. **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Ciertos medicamentos tienen un límite en la cantidad a despacharse. Estas cantidades se establecen de acuerdo a lo sugerido por el fabricante, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.
2. **Límites de especialidad médica (SL, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos tienen un límite de especialidad según el médico especialista que está tratando la condición. Estos límites de especialidad se establecen de acuerdo a la literatura médica actual.
3. **Límites de edad (AL, por sus siglas en inglés):** AL significa que estos medicamentos tienen un límite de edad.
4. **Límite por género:** Algunos medicamentos están limitados o tienen despacho específico de acuerdo al sexo del paciente. Este control permite uso de los medicamentos en la población correcta de acuerdo a lo aprobado por la FDA.

### D. Programa de Manejo de Medicamentos Especializados

El Programa de Manejo de Medicamentos Especializados es un programa coordinado exclusivamente a través de las farmacias participantes de la Red Exclusiva de Farmacias Especializadas de First Medical. El propósito de este programa es ayudar a los participantes que tengan condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados a que reciban un manejo clínico de la condición totalmente integrado.

Algunas de las condiciones médicas o medicamentos que requieren manejo a través del Programa de Manejo de Medicamentos Especializados son las siguientes<sup>1</sup>:

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| ✓ Cáncer (tratamiento oral)                                | ✓ Esclerosis Múltiple   |
| ✓ Factor Antihemofílico                                    | ✓ Enfermedad de Gaucher |
| ✓ Enfermedad de Crohn                                      | ✓ Hipertensión Pulmonar |
| ✓ Eritropoyetina (Deficiencia en las células de la sangre) | ✓ Osteoporosis          |
| ✓ Fibrosis Quística  | ✓ Osteoartritis         |
| ✓ Hepatitis C  | ✓ Psoriasis             |
| ✓ Artritis Reumatoide                                      |                         |

Entre los servicios que el programa incluye se destacan los siguientes:

---

<sup>1</sup> Algunos medicamentos para tratar estas condiciones podrían estar excluidos de su cubierta de farmacia.

- Una evaluación que permite identificar necesidades particulares que el paciente pueda tener respecto al uso de su medicamento.
- Intervenciones clínicas que incluyen, entre otros:
  - Coordinación del cuidado del paciente con su médico
  - Educación personalizada al paciente y cuidadores de acuerdo con la condición
  - Manejo y coordinación de preautorización de los medicamentos
  - Seguimiento de signos y síntomas de la condición
  - Seguimiento de adherencia a la terapia
  - Utilización apropiada de medicamentos
  - Optimización de dosis
  - Interacciones droga-droga
  - Manejo de efectos secundarios
  - Coordinación de repeticiones
  - Asistencia a través de personal especializado en su condición
  - Facilidad de entrega de medicamentos en el lugar de preferencia del paciente
  - Acceso a personal farmacéutico 24 horas al día, los 7 días de la semana
  - Material educativo sobre su condición
  - Coordinación de asistencia de copagos. a través de nuestra Red de Farmacias Especializadas para miembros y programas de manufactureros elegibles.

Para información sobre las farmacias participantes de la Red Exclusiva de Farmacias Especializadas, refiérase al Directorio de Participantes y Proveedores de First Medical, visite nuestro portal de internet en [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com) o llame a La Unidad de Servicio Dedicada.

Pueden existir otros requisitos del plan que pueden afectar la cubierta de determinados medicamentos de receta en específico. Favor referirse a la sección de Exclusiones del Beneficio de Farmacia para más información.

#### **E. Programas para el Suplido Extendido de Medicamentos de Mantenimiento a 90 días**

First Medical ofrece programas para el despacho mandatorio de 90 días en algunos medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento aplican para las siguientes condiciones: Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroides, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson, Osteoporosis, Próstata, entre otras. No aplica a los productos especializados.

Las personas participantes de First Medical tienen la flexibilidad de seleccionar la opción de preferencia para el recibo de algunos medicamentos de mantenimiento a través de: la farmacia participante del programa, en la comodidad de su hogar registrándose en el Programa de Envío de Medicamentos por Correo (*Mail Order*) o *Alivia Home Delivery*.

- **Programa de Despacho de Medicamentos a 90 días:** Este programa de suplido extendido le permite a la persona participante obtener un suministro de 90 días para algunos medicamentos de mantenimiento a través de sus farmacias participantes. El Programa cuenta con una red de cerca de 1,057 farmacias alrededor de toda la Isla las cuales incluyen farmacias de cadenas y farmacias independientes de la comunidad.
- **Programa de Envío de Medicamentos por Correo (*Mail Order* o *Alivia Home Delivery*):** Bajo este programa la persona participante recibe 90 días de sus medicamentos de mantenimiento en su hogar u otro lugar de preferencia y puede ordenar las repeticiones de sus medicamentos por correo o por teléfono. El envío de los medicamentos es libre de costo y la persona participante obtiene ahorros en sus copagos. **Para recibir información y registrarse en el programa de medicamentos por correo llame al 1-844-550-5540.**
- **Programa de medicamentos al hogar:** Bajo este programa la persona a través de la aplicación en su celular inteligente, *Alivia HD*, puede gestionar 90 días de suplido de sus medicamentos de mantenimiento en su hogar u otro lugar de preferencia, con entrega al siguiente día. En los medicamentos bioequivalentes de mantenimiento el copago será de \$0.

Para recibir información llame a Alivia Home Delivery al 1-833-920-2555 o escriba a [homedelivery@aliviahealth.com](mailto:homedelivery@aliviahealth.com)

#### F. Programa de Despacho de Medicamentos Agudos

Los medicamentos agudos tendrán un suplido de hasta quince (15) días.

Medicamentos agudos bioequivalentes tendrán un suplido de hasta quince (15) días. Se permitirá que dentro de los treinta (30) días del primer despacho; si lleva una nueva receta del mismo medicamento, podrá llevar el suplido de quince (15) días con un copago de \$0 copago.

#### G. Programa de Medicamentos *Over The Counter* (OTC)

Utilice medicamentos *Over The Counter* (OTC por sus siglas en inglés) bajo el Programa First Medical que tienen \$0 copago. La lista incluye medicamentos para condiciones del estómago, alergias y gotas oftálmicas que han demostrado ser seguros y efectivos, además de que representan un costo menor para el plan de salud. Recuerde que tiene que presentar una receta del médico para el medicamento OTC.

#### H. Programa de envío de medicamentos por correo (*Mail Order*)

Bajo este programa el participante recibe 90 días de sus medicamentos de mantenimiento en su hogar u otro lugar de referencia y puede ordenar las repeticiones de sus medicamentos por correo o por teléfono. El envío de los medicamentos es libre de costo y la persona participante obtiene ahorros en sus copagos.

#### I. Programa de Asistencia de Farmacia

Coordinación de programas de asistencia farmacéutica para medicamentos especializados, a través de nuestra Red de farmacias especializadas para miembros elegibles y programas de fabricación.

---

### TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

---

Usted es responsable de lo siguiente:

Estructuras de Niveles Aplicables al Beneficio de Farmacia	
Abastecimiento para 30 días	Copagos/ Coaseguros
Nivel 1 - Medicamentos Bioequivalentes Preferidos/ Medicamentos Bioequivalentes No Preferidos	\$8.00 por medicamento \$0.00 por medicamentos bioequivalentes de mantenimiento a través de Alivia Home Delivery.
Nivel 2 - Medicamentos de Marca Preferidos/ Medicamentos de Marca No Preferidos	25% mínimo \$10, máximo \$75, por medicamento
Nivel 3 - Productos Especializados Preferidos/ Productos Especializados No Preferidos	25% máximo \$100 por medicamento
Quimioterapia oral	\$0.00 por medicamento
Programa de medicamentos <i>Over-The-Counter</i>	\$0.00 por medicamento
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos con receta del médico.	\$0.00 por medicamento

Estructuras de Niveles Aplicables al Beneficio de Farmacia	
Abastecimiento para 90 días de Mantenimiento (Programa Mandatorio)	Copagos/ Coaseguros
Nivel 1 - Medicamentos Bioequivalentes Preferidos/ Medicamentos Bioequivalentes No Preferidos	\$8.00 por medicamento o repetición, correspondiente a un despacho de 90 días. \$0.00 por medicamentos bioequivalentes de mantenimiento a través de <i>Alivia Home Delivery</i> .
Nivel 2 - Medicamentos de Marca Preferidos/ Medicamentos de Marca No Preferidos	25% mínimo \$10, máximo \$75, por medicamento correspondiente a un despacho de 90 días.

### Programa de Adherencia

Programa de Asistencia de Farmacia	Copagos/ Coaseguros
Insulina	\$0.00
Medicamentos orales para diabetes marca y bioequivalentes.	\$0.00
Medicamentos bioequivalentes para colesterol y alta presión.	\$0.00

### Programa de envío de medicamentos por correo (*Mail Order*):

Farmacia Para Pedidos Por Correo	
Nivel 1 - Medicamentos Bioequivalentes Preferidos/ Medicamentos Bioequivalentes No Preferidos	\$8.00 por medicamento
Nivel 2 - Medicamentos de Marca Preferidos/ Medicamentos de Marca No Preferidos	25% mínimo \$10, máximo \$75

---

## CUBIERTA DENTAL

---

Este plan se establece con el propósito de ofrecer servicios diagnósticos, preventivos y restaurativos para una buena salud oral. Los servicios se ofrecen a través de una amplia red de proveedores participantes.

### Categorías de Servicios Cubiertos

- Cirugía oral
- Coronas
- Endodoncia
- Mantenedores de espacio
- Periodoncia (profilaxis)
- Prostodoncia fija
- Prostodoncia removible
- Radiografías
- Reparación de dentaduras postizas
- Restauraciones
- Servicios diagnósticos
- Servicios preventivos

### Beneficio máximo: \$1,000.00 por suscriptor, por año contrato

El **beneficio máximo** no aplica a los servicios diagnósticos, preventivos, restaurativos, extracciones y endodoncia que reciban los suscriptores menores de 19 años, según requerido por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)*.

### Ortodoncia

Como política de pago, First Medical sólo pagará el tratamiento de ortodoncia a aquellos dentistas especialistas en ortodoncia, así reconocidos por la Junta Dental Examinadora del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. También se pagará a Odontopediatras así reconocidos por la Junta Dental Examinadora del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Los servicios de ortodoncia están limitados a los hijos elegibles hasta el día que cumplan diecinueve (19) años. La cantidad máxima es de mil dólares (**\$1,000**) por la vida del suscriptor, los cuales pueden pagarse al suscriptor, por reembolso, si los mismos han sido acumulados mediante los pagos realizados al proveedor por servicios cubiertos. Esto incluye los servicios requeridos por el ortodontista como pago inicial o pronto pago. No se reembolsará por adelantos requeridos por ortodontistas, previa prestación de sus servicios. Todo recibo caduca a los seis (6) meses.

Este beneficio máximo de la cubierta de ortodoncia no se acumula para el beneficio máximo de los restantes servicios en la cubierta dental.

### Predeterminación de Beneficios Dentales para Coronas, Prostodoncia Removible y Prostodoncia Fija

La predeterminación de beneficios dentales permite al proveedor conocer los procedimientos cubiertos bajo el plan y los beneficios a pagarse, antes de realizar el trabajo.

Para obtener una predeterminación de beneficios dentales es necesario solicitar al dentista participante que llene el formulario de Predeterminación de Beneficios de First Medical. Cuando el dentista recomienda coronas, servicios de prostodoncia removible o prostodoncia fija tendrá que someter a First Medical una predeterminación de beneficios dentales en el formulario correspondiente, acompañando el diagnóstico de rayos x o modelos apropiados antes de comenzar el procedimiento. La solicitud de

predeterminación de beneficios debe incluir el tratamiento propuesto, el detalle de los servicios y los cargos o costos acordados.

Una vez cumplimentado el formulario por el dentista, el mismo puede ser tramitado por el dentista o el suscriptor al Área de Asuntos Dentales de First Medical. Los dentistas de First Medical lo evaluarán y en o antes de quince (15) días le notificarán al dentista participante los beneficios cubiertos para el tratamiento siempre y cuando toda la información necesaria haya sido suministrada. De esta forma, antes de hacerse el trabajo, el suscriptor sabrá la cantidad que le corresponde pagar.

Si posteriormente el plan de tratamiento tuviese cambios menores, First Medical deberá ajustar los pagos a la predeterminación aprobada. El dentista notificará a First Medical los cambios mayores en el tratamiento para una reevaluación de la predeterminación de beneficios.

Siempre que el suscriptor vaya a hacerse un trabajo dental mayor utilizará el procedimiento de Predeterminación de Beneficios Dentales.

### **Procedimiento de Utilización**

Existe más de una forma de tratar un problema dental en particular. First Medical evaluará cada situación con el dentista y aceptará el plan de tratamiento propuesto o basará los beneficios en un procedimiento alternativo para tratar la misma condición del modo más adecuado y apropiado de acuerdo con las normas aceptadas en la práctica dental.

Si el beneficiario y el dentista difieren de lo recomendado por los consultores dentales, el suscriptor pagará los gastos adicionales no cubiertos por los beneficios del plan.

### **Servicios de anestesia**

La Ley Núm. 352, del 22 de diciembre de 1999, requiere a los suscriptores que provean una cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios dentales que honren la cubierta de anestesia general y servicios de hospitalización en determinados casos de procedimientos dentales cubiertos para menores de edad, adolescentes o personas con impedimentos físicos o mentales. Se cubrirán estos servicios en los siguientes casos, según establecidos en la Ley:

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

- Cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso o severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.

Este servicio requiere predeterminación dental y aplican los coaseguros correspondientes.

Los siguientes documentos deben ser enviados a First Medical para la evaluación correspondiente:

- Diagnóstico de la persona participante
- Condición médica de la persona participante
- Razones que justifican que la persona participante reciba anestesia general para realizar el tratamiento dental de acuerdo a los criterios establecidos previamente.

First Medical tiene hasta dos (2) días laborables a partir de la fecha en que se reciban los documentos para aprobar o denegar la solicitud.

### Códigos y Beneficios del Plan Dental

#### Fase Diagnóstica – Sin coaseguro

Código	Descripción
D0150	Examen inicial
D0120	Examen periódico
D0140	Examen de emergencia

#### Limitación de la Fase Diagnóstica

- Examen periódico para reevaluar la cavidad oral posterior al examen inicial, cada seis (6) meses.
- Evaluación comprensiva inicial está cubierta una (1) cada tres (3) años. Puede repetirse por el mismo dentista/oficina luego de haber transcurrido tres (3) años de su última evaluación (inicial o periódica).
- Evaluación de seguimiento o periódica y de emergencia están cubiertas hasta dos (2) por año contrato cada una, por persona asegurada y a intervalos de no menos de seis (6) meses desde la última fecha de servicio.

#### Radiografías – Sin coaseguro

Código	Descripción
D0210	Radiografías de la boca completa (incluye radiografías de mordida)
D0220	Primera radiografía periapical o de mordida (una (1) radiografía simple de área)
D0230	Máximo de 4 radiografías para completar diagnóstico o tratamiento
D0240	Radiografía oclusal
D0250	Primera radiografía extraoral
D0260	Radiografía extraoral adicional
D0270	Una (1) radiografía de mordida
D0272	Dos (2) radiografías de mordidas
D0330	Radiografía Panorámica
D0340	Radiografía Cefalométrica

#### Limitaciones en Radiografías

- Una serie completa de radiografía incluye de catorce (14) radiografías en adelante. En pacientes menores de diecinueve (19) años, se considerará una serie radiográfica completa aquella que tenga de ocho (8) a catorce (14) exposiciones. Es requisito documentar la edad del paciente.

- Se considerará una serie radiográfica completa una radiografía panorámica y dos (2) radiografías de mordidas.
- La serie radiográfica completa (*Full Mouth*) y la radiografía panorámica están limitadas a una (1) serie cada treinta y seis (36) meses y estas son mutuamente excluyentes una de la otra.
- Radiografías periapicales y de mordida están limitadas a un total de cinco (5) radiografías por año contrato. Las radiografías de mordida están limitadas a una (1) izquierda y una (1) derecha cada doce (12) meses.

**Otros Servicios – Sin coaseguro**

Código	Descripción
D0460	Prueba de vitalidad
D0470	Modelos diagnósticos

**Fase Preventiva – Sin coaseguro**

Código	Descripción
D1110	Profilaxis adultos
D1120	Profilaxis niños
D1208	Aplicación de fluoruro

**Profilaxis Periodontal – Sin coaseguro**

D4910	Profilaxis periodontal
-------	------------------------

**Limitaciones de la Fase Preventiva**

- La profilaxis oral o profilaxis periodontal aplica dos (2) veces al año en un intervalo no menor de seis (6) meses y son mutuamente excluyentes.
- La aplicación de fluoruro aplica cada seis (6) meses a partir de la fecha en que se hizo el tratamiento inicial. Incluye niños hasta los diecinueve (19) años, inclusive.

**Exclusiones de la Fase Preventiva**

- Cargos por limpieza por un higienista dental se pagarán si este servicio fue rendido bajo la supervisión y facturación del dentista. No se paga al higienista dental.
- Materiales para ser usados en el hogar para la aplicación de fluoruro, excepto en pacientes bajo tratamiento de radioterapia en cabeza y cuello.
- Cargos relacionados con fluoruro en materiales restaurativos.

**Mantenedores de Espacio – Sin coaseguro**

Código	Descripción
D1510	Mantenedor de espacio fijo unilateral
D1515	Mantenedor de espacio fijo bilateral
D1520	Mantenedor de espacio removible unilateral
D1525	Mantenedor de espacio removible bilateral
D1550	Recementación de mantenedor de espacio

**Limitaciones Mantenedores de Espacio**

- Mantenedores de espacio fijos se cubren para menores de 14 años, uno por cuadrante o arco, de por vida.

**Fase Restaurativa**

**Amalgamas – sin coaseguro**

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
D1351	Sellantes por dientes
D2140	Una (1) superficie - permanente o deciduo
D2150	Dos (2) superficies - permanente o deciduo
D2160	Tres (3) superficies - permanente o deciduo
D2161	Cuatro (4) o más superficies - permanente o deciduo

**Resinas Compuestas – sin coaseguro**

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
D2330	Resina una (1) superficie anterior
D2331	Resina dos (2) superficies anterior
D2332	Resina tres (3) superficies anterior
D2335	Resina cuatro (4) o más superficies Clase IV (incluye ángulo incisal)
D2391	Resina una (1) superficie posterior permanente
D2392	Resina dos (2) superficies posterior permanente
D2393	Resina tres (3) superficies posterior permanente
D2394	Resina cuatro (4) o más superficies posterior permanente

**Exclusiones de la Fase Restaurativa**

- Restauraciones servibles en amalgama no podrán ser reemplazadas con fines cosméticos.
- Las restauraciones en amalgama (platificaciones) y de resina compuesta están cubiertas una (1) cada dos (2) años por diente y superficie.
- Sellantes de fisura se cubren para menores de 14 años uno de por vida, por diente, en dientes posteriores permanentes y no obturados en el oclusal.
- Cargos relacionados con fluoruro en materiales restaurativos.

**Restaurativa Mayor – 50% de coaseguro**

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
D2740	Corona en porcelana / substrato de cerámica
D2750	Corona porcelana metal semi-precioso
D2751	Corona porcelana fundida con metal base
D2752	Corona porcelana fundida con metal noble
D2791	Corona completa fundida con metal base
D2792	Corona completa fundida con metal noble
D2799	Corona temporera (diente fracturado)
D2910	Recementación de incrustaciones intracoronales
D2920	Recementación de corona
D2930	Corona de acero inoxidable, diente deciduo
D2931	Corona de acero inoxidable, diente permanente
D2940	Restauración paliativa
D2950	Reconstrucción para una corona, incluye pernos
D2951	Retención de perno por diente en adición a la restauración
D2952	Poste y muñón en adición a la corona
D2954	Poste y muñón prefabricado en adición a la corona
D2980	Reparación de corona

**Tratamiento de Canal (Endodoncia) – 50% de coaseguro**

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
D3110	Tratamiento pulpal directo (sin restauración final)
D3120	Tratamiento pulpal indirecto (sin restauración final)

D3220	Pulpotomía terapéutica (sin restauración final)
D3310	Tratamiento de canal anterior (sin restauración final)
D3320	Tratamiento de canal bicúspide (sin restauración final)
D3330	Tratamiento de canal molar (sin restauración final)
D3346	<i>Retreatment</i> anterior
D3347	<i>Retreatment</i> bicúspide
D3348	<i>Retreatment</i> molar
D3351	Apexificación/recalcificación visita inicial (incluye radiografías necesarias)
D3352	Apexificación/recalcificación visita de seguimiento (incluye radiografías necesarias)
D3353	Apexificación/recalcificación visita final
D3410	Apicectomía efectuada como procedimiento quirúrgico separado anterior
D3421	Apicectomía/cirugía periradicular bicúspide primera raíz
D3425	Apicectomía/cirugía periradicular molar (primera raíz)
D3426	Apicectomía/cirugía periradicular (cada raíz adicional)
D3430	Restauración retrógrada por raíz
D3450	Amputación de raíz por raíz

### Limitaciones de Endodoncia

- Las apicectomías, tratamientos y retratamientos se cubren una de por vida, por diente.
- Retratamiento de canal en casos de endodoncias contaminadas como consecuencia de que la persona participante no asistió a restaurarse debidamente el diente.

### Exclusiones Endodoncia

- Tratamientos de endodoncia en dientes primarios (deciduos)

### Prótesis Removible – sin coaseguro

Los servicios descritos a continuación incluyen las visitas postoperatorias por un periodo de seis (6) meses; **requiere preautorización**.

Código	Descripción
D5110	Dentadura completa maxilar
D5120	Dentadura completa mandibular

### Prótesis Removible - 50% de coaseguro

Código	Descripción
D5213	Parcial superior con base de metal y monturas de acrílico (combinación incluye ganchos y descanso)
D5214	Parcial inferior con base de metal y monturas de acrílico (combinación incluye ganchos y descanso)
D5282, D5883	Dentadura parcial unilateral removible, con una pieza de metal colado con ganchos (unidad completa)

### Reparación de Dentaduras – 50% de coaseguro

Código	Descripción
D5410	Ajuste de dentadura completa – maxilar
D5411	Ajuste de dentadura completa – mandibular
D5421	Ajuste de dentadura parcial – maxilar
D5422	Ajuste de dentadura parcial – mandibular
D5510	Reparación de base rota de dentadura completa
D5520	Reposición de diente roto o que falta dentadura completa cada diente
D5610	Reparación de montura de acrílico o de la base
D5620	Reparación de la armazón del molde
D5630	Reparación o reposición de gancho roto
D5640	Reparación de diente roto por diente

D5650	Diente añadido a dentadura parcial existente
D5660	Gancho añadido a la dentadura parcial existente
D5730	Relleno dentadura completa maxilar
D5731	Relleno dentadura completa mandibular
D5740	Relleno dentadura parcial maxilar
D5741	Relleno dentadura parcial mandibular
D5850	Acondicionador de tejido maxilar
D5851	Acondicionador de tejido mandibular

### Prótesis Fija – 50% de coaseguro (Requiere predeterminación)

Código	Descripción
D6210	Póntico colado de metal altamente noble
D6211	Póntico colado de metal base
D6212	Póntico colado de metal noble
D6240	Póntico de porcelana fundida con metal altamente noble
D6241	Póntico de porcelana fundida con metal base
D6242	Póntico de porcelana fundida con metal noble
D6750	Corona de porcelana fundida con metal altamente noble
D6751	Corona de porcelana fundida con metal noble
D6752	Corona de porcelana fundida con metal noble
D6780	Corona $\frac{3}{4}$ colado de metal altamente noble
D6790	Corona completa colada de metal altamente noble
D6791	Corona completa colada predominantemente de metal base
D6792	Corona completa de metal noble
D6930	Recementación de puente
D6940	Rompefuerzas

### Limitaciones en Puentes y Coronas

- Instalación inicial o reemplazo de dentadura completa parcial o fija aplica cuando se requiere el reemplazo de piezas dentales una de las cuales fue extraída posterior a la fecha de efectividad de la cubierta.
- Dentaduras parciales se reemplazan por dentaduras parciales o completas.
- Reemplazo de una prótesis no existente o puente fijo está limitado a después de haber transcurrido cinco (5) años de la fecha original de inserción y ésta no puede ser reparada.
- Coronas y puentes fijos están cubiertos uno (1) cada cinco (5) años, por diente o área, sujetos a la predeterminación de servicios de First Medical. Para cubrir un puente fijo se requiere que estén presentes dientes naturales a ambos extremos del área desdentada.
- Las dentaduras completas y removibles están limitadas a una (1) cada cinco (5) años.
- Reemplazo de una prótesis fija o removible con la excepción de:
  - a. que este reemplazo es necesario por la extracción de dientes naturales;
  - b. el puente o la dentadura ha sido dañado y no puede ser reparado debido a un accidente no relacionado con automóvil o del trabajo, dentro del periodo que tanto usted o algún miembro familiar estén cubiertos por el Plan;
  - c. tiene que haber transcurrido un (1) año de la fecha en que se instaló el puente o la dentadura original.

### Exclusiones en Prótesis

- Servicios realizados con fines cosméticos.
- Reemplazo de prótesis perdidas.
- Coronas permanentes en dientes primarios (deciduos)

### Cirugía Oral – sin coaseguro

Código	Descripción
D7111	Remoción de residuos coronales de diente deciduo
D7140	Extracción diente erupcionado o raíz expuesta
D7210	Remoción quirúrgica de diente erupcionado
D7220	Extracción de diente impactado tejido blando
D7230	Extracción de diente parcialmente impactado en hueso
D7240	Extracción de diente completamente impactado en hueso
D7241	Extracción de un diente con complicaciones quirúrgicas no usuales
D7250	Extracción quirúrgica de raíz retenida (procedimiento quirúrgico)
D7280	Exposición quirúrgica de diente impactado o sin brotar para facilitar salida
D7286	Biopsia de tejido oral
D7310	Alveoloplastia combinada por cuadrante con las extracciones
D7320	Alveoloplastia por cuadrante sin las extracciones
D7471	Extracción de exostosis lateral maxilar o mandibular
D7510	Incisión y drenaje de absceso tejido blanco intraoral
D7520	Incisión y drenaje de absceso tejido blando extraoral

### Limitaciones Cirugía Oral

- La remoción del toro palatino se cubre uno (1) por arco maxilar cada cinco (5) años.
- La remoción de exostosis lateral y la remoción de toro mandibular se cubren uno (1) por cuadrante cada cinco (5) años.

### Exclusiones de Cirugía Oral

- Extracciones de dientes bajo anestesia general.

### Ortodoncia – sin coaseguro

Código	Descripción
D8070	Tratamiento comprensivo de ortodoncia dentición transicional
D8080	Tratamiento comprensivo de ortodoncia dentición adolescente
D8090	Tratamiento comprensivo de ortodoncia dentición adulta
D8660	Evaluación preliminar incluye radiografías, modelos de estudio y plan de tratamiento
D8670	Visita periódica de tratamiento ortodóntico
D8680	Retención ortodóntica (construcción y colocación de retenedores)
D8210	Removible
D8220	Fijo o Cementado

### Limitaciones Ortodoncia

- Los beneficios están disponibles para los hijos de los empleados hasta el día antes de cumplir los 19 años de edad.
- Los servicios de ortodoncia están sujetos a un beneficio máximo de por vida de **\$1,000.00** por persona cubierta.

### Exclusiones de Ortodoncia

- Gastos incurridos por ganchos de precisión o semi-precisión, implantes de cualquier tipo o cualquier otro aparato protésico, instrucción de control de placa dental o higiene oral, registros de mordida, ligación de dientes o servicios dentales no aceptados en forma uniforme por la comunidad profesional.
- Reemplazo o reparación de aparatos de ortodoncia.

### Beneficios Especiales – sin coaseguro

Código	Descripción
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) para el dolor, procedimientos menores
D9230	Analgesia
D9241	Sedación intravenosa (sólo para cirugía)

### Exclusiones Generales del Plan Dental

- Servicios para fines de embellecimiento o cosméticos: servicios para la restauración de la dimensión vertical u oclusión.
- Trabajos realizados mientras el paciente no estaba cubierto por este Plan, excepto los procedimientos comenzados mientras estaba cubierto y completados dentro de treinta y un (31) días después de terminar la cubierta.
- Tratamiento como resultado de un accidente automovilístico o en el trabajo o debido a otra causa que, de acuerdo con las leyes de Puerto Rico y de los Estados Unidos de América, el suscriptor tiene el derecho de recibir sin costo alguno.
- Cualquier procedimiento de rehabilitación oral para corregir disfunción de la articulación temporomandibular.
- Pagos por citas canceladas.
- Programas educativos de salud oral, instrucciones sobre dietas y programa de control de placa dental.
- Tratamientos necesarios por lesiones recibidas en guerra, insurrecciones, participación en revueltas o mientras se encuentra en servicio en las fuerzas armadas de cualquier gobierno o como resultado de la comisión de un crimen o delito.
- Servicio pagado por cualquier otro programa de salud.
- Servicios dentales hospitalizados
- Implantes dentales (dientes fijos) y todos los servicios relacionados, excepto las coronas sobre implantes cuando estén presentes dientes naturales a ambos extremos del área desdentada haciendo viable un puente fijo convencional.
- Servicios o materiales cuyo costo fue reembolsado al paciente como resultado de un procedimiento judicial, acuerdo, transacción y asunción de responsabilidad, siempre y cuando dicho reembolso no provenga de un plan de seguro suplementario expedida a nombre del paciente.

- Servicios dentales no prestados durante el Año Contrato no podrán ser acumulados para el próximo Año Contrato.
- Servicios de Periodoncia, excepto profilaxis periodontal.
- Cualquier otro procedimiento dental no descrito bajo esta cubierta.

### **PREDETERMINACIÓN DE SERVICIOS**

Cuando el participante utilice los servicios de dentistas participantes, éstos se encargarán de solicitar la predeterminación a First Medical para aquellos servicios que la requieran antes de prestar los mismos. Sin embargo, en caso de que utilice los servicios de dentistas no participantes fuera de Puerto Rico, debe pagar por los servicios y solicitar reembolso a First Medical. Para la evaluación de la solicitud de reembolso, se requiere un recibo detallado que incluya los códigos de los servicios recibidos y rayos-X.

---

### **INDEMNIZACIÓN (REEMBOLSO)**

---

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

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

---

## Exclusiones Generales de la Cubierta Básica

---

Este contrato no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Administración de la vacuna de Influenza excluida si no es preventiva.
2. Ambulancia aérea en Puerto Rico y Estados Unidos.
3. Ambulancia terrestre en Estados Unidos.
4. Calzado correctivo (ej.: plantillas ortóticas, ganchos, botas ortopédicas y medias).
5. Complicaciones relacionadas a perforaciones en el cuerpo (piercing) y cualquier otro procedimiento relacionado.
6. Cualquier y todos los servicios o tratamientos que no estén descritos específicamente como beneficios cubiertos, excepto por los servicios y beneficios incluidos en una ley que sean requeridos ofrecer en la cubierta de salud.
7. Equipo Médico Duradero
8. Exámenes de laboratorios y rayos x en oficinas de médicos, con excepción de los provistos por urólogos y ortopedas.
9. Exámenes físicos para certificados médicos, con propósitos de obtener empleo, seguros o para investigaciones médicas.
10. Gastos o servicios de comodidad personal como teléfono, televisión o servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio excepto servicios post-hospitalarios provistos a través de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar.
11. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos o medicamentos nuevos no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto First Medical determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo este contrato. Tampoco están cubiertos los gastos por estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es *clinical trials*), aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente, y artículos o servicios sin costos para la persona participante que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando la persona participante se haya inscrito en el estudio 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 estos casos, First Medical cubrirá los gastos médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en este contrato. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (*clinical trials*) y que normalmente están disponibles para los participantes bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo a la cubierta establecida en este contrato.
12. Gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado, excepto en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que la persona participante estuvo activa en el ejército (*service connected*), en cuyo caso First Medical recobrará a la Administración de Veteranos.
13. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos (Ejemplo: corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea). Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante. Estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyan en este contrato a través de la cubierta de gastos médicos mayores.
14. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) y otros instrumentos artificiales. Estarán cubiertos los servicios

- hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
15. Gastos por cirugías cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física: mamoplastías o reconstrucción de cirugía plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño, (excepto la mamoplastia y reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer de seno), septoplastía, rinoseptoplastía, blefaroplastia, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad( excepto el tratamiento para la obesidad mórbida y el síndrome metabólico, incluyendo la cirugía bariátrica, definida por Ley Núm. 212 del 9 de agosto de 2008 en Puerto Rico y definida en la Sección Definiciones de este contrato); o tratamientos de liposucción, abdominoplastía y ritidectomía abdominal e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstos, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
  16. Gastos por exámenes físicos requeridos por el patrono del empleado participante.
  17. Gastos por implantes relacionados a la cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar [*Le Fort*]).
  18. Gastos por pruebas de alergia y visitas relacionadas al médico.
  19. Gastos por métodos anticonceptivos para la persona participante, excepto los indicados como cubiertos en este contrato.
  20. Gastos por pruebas de laboratorios de *heavy metals*, dopaje, HLA Typing y pruebas de paternidad.
  21. Gastos por reparación de ptosis, e inyección en tendón/puntos de gatillo.
  22. Gastos por servicios de enfermeras especiales en el hospital.
  23. Gastos por servicios de escalenotomía-división del músculo escaleno anterior (anticus) sin resección de la costilla cervical.
  24. Gastos por servicios de escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente; servicios necesarios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares, etc.).
  25. Gastos por servicios de medicina deportiva (excepto aquellos servicios por médicos en clínicas de medicina deportiva para propósitos terapéuticos están incluidos), psicoanálisis y rehabilitación cardíaca.
  26. Gastos por servicios dentales. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstos.
  27. Gastos por servicios prestados a dependientes opcionales, entiéndase familiares inmediatos de la persona participante, que no sean elegibles como dependientes directos, excepto los definidos por Ley como establece la definición de dependientes opcionales.
  28. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima.
  29. Gastos por servicios recibidos en cruceros, ya sea por emergencia o ambulatorios.
  30. Gastos por servicios recibidos sin una preautorización de First Medical, excepto en casos de emergencia, según lo establece el contrato.
  31. Gastos por terapia ocupacional, excepto las ofrecidas bajo los servicios post-hospitalarios.
  32. Gastos por tratamientos de terapia alternativa.
  33. Gastos relacionados con la administración del programa de detección de drogas del patrono, tales como: coordinación, toma de muestra y administración de pruebas de detección aun cuando sea provisto por un proveedor participante, coordinación de servicios a empleados que deban ser

- realizados por el patrono o la entidad responsable de administrar el programa, entre otros.
34. Glucómetros.
  35. Tirillas, excepto las cubiertas bajo la Ley 177 de 13 de agosto de 2016.
  36. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
  37. Humidificador, excepto cuando complementa un servicio (Ej. CPAP).
  38. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.
  39. Keloides.
  40. 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 preautorización.**
  41. Liposucción.
  42. Máquina de monitoreo de presión 24 horas.
  43. Nuevos servicios o procedimientos de diagnóstico o terapéutico que están aprobados por FDA y equipos y aparatos que aparecen disponibles luego de la fecha de efectividad de este contrato.
  44. Pelucas o pelo prostético.
  45. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio, así como las consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por First Medical.
  46. Pruebas genéticas, excepto las pruebas *Maternal Serum Alfa Feto Protein* y aquellas otras que sean indicadas para el diagnóstico de posibles anomalías en el feto de una participante embarazada cuando First Medical determina que el caso presenta las condiciones de riesgo que justifican la necesidad médica de dichas pruebas.
  47. Rembolso de gastos ocasionados por pagos que una persona participante le haga a cualquier médico o proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlos.
  48. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
  49. Servicios de asistencia quirúrgica, independientemente de si existe o no justificación médica para la misma. Estos servicios están cubiertos por la cubierta de Gastos Médicos Mayores.
  50. Servicios de Nutricionistas.
  51. Servicios de tratamientos para infertilidad, concepción por medios artificiales y restablecer la habilidad de procrear (por ejemplo, fertilización in vitro, inyecciones intracitoplasmáticas de espermatozoides, transferencia de embriones, fertilización donante). Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas con éstos, así como los medicamentos y hormonas.
  52. Servicios necesarios para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada), ya sea mediante la aplicación de aparatos prostéticos o de cualquier otro método.
  53. Servicios para tratamientos que surjan como resultado de que la persona participante cometió un delito o no cumplió con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquier otro país, excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
  54. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
  55. Servicios prestados por facilidades de Tratamiento Residencial fuera de Puerto Rico, sin justificación médica y sin preautorización para el tratamiento.

56. Servicios prestados por instalaciones de Tratamiento Residencial sin justificación médica y sin preautorización para el tratamiento.
57. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
58. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos, trabajadores sociales (sólo para autismo), quiroprácticos y otros especificados en este contrato.
59. Servicios prestados por suscriptores del propio plan de la Autoridad.
60. Servicios preventivos prestados por proveedores fuera de Puerto Rico.
61. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud de Puerto Rico.
62. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo (CFSE), 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 participante 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.

63. Servicios que se presten mientras el seguro de la persona no esté en vigor.
64. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
65. Servicios suministrados gratuitamente por el Gobierno Federal o Estatal.
66. Servicios, tratamientos, pruebas referidas u ofrecidas por naturópatas, iridiólogos o especialistas en medicina deportiva (las terapias físicas están incluidas).
67. Sillas, andadores y bastones, excepto sillas de rueda que **requieren preautorización**.
68. Terapia ocupacional fuera de Puerto Rico.
69. Terapias TENS.
70. Timpanometría.
71. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS).
72. Tratamientos para devolver la capacidad de procrear o terapia sexual.

---

## Exclusiones de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores

---

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

Se excluyen los siguientes gastos:

1. Anteojos, excepto los que se requieren a causa de una lesión accidental.
2. Gastos por copagos o coaseguros aplicables a la cubierta básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios y sus endosos.
3. Gastos por inmunizaciones, tratamiento radioactivo y timpanometría.
4. Gastos por servicios excluidos en la Cubierta Básica, excepto los indicados en este contrato.
5. Gastos por servicios post-hospitalarios recibidos en una Unidad de Cuidado de Enfermería Diestro o en una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar cubiertos en la básica.
6. Ocasionados por guerra o conflicto internacional armado.
7. Servicios dentales para el cuidado y tratamiento de los dientes y encías.
8. Servicios en exceso a los límites establecidos en la Cubierta Básica, excepto aquellos servicios expresamente indicados en la sección de Limitaciones de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores.
9. Servicios mientras esté internado en una institución que primordialmente sea una escuela u otra institución para entrenamiento, un lugar de descanso, un asilo para ancianos o un sanatorio particular.
10. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos, trabajadores sociales (sólo para autismo), quiroprácticos y otros especificados en este contrato.
11. Servicios prestados por profesionales e instalaciones no participantes fuera de Puerto Rico, excepto en casos de emergencia.
12. Servicios prestados por una ambulancia aérea, o marítima
13. Servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las compilaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos independientemente de la condición de salud que las hiciera necesarias.
14. Pruebas de Medicina Nuclear

---

## Exclusiones de la Cubierto de Trasplante de Órganos y Tejidos

---

Este contrato no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Gastos o servicios de comodidad personal como teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio.
2. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto First Medical determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo este contrato. Una vez incluidos en la cubierta, First Medical pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dicho servicio se hubiese prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.
3. Gastos ocasionados por guerra o conflicto internacional armado.
4. Gastos por servicios de enfermeras especiales y gastos por visitas a domicilio.
5. Gastos por servicios prestados por instalaciones y o proveedores que no sean parte de la Red de Trasplante de First Medical establecida.
6. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos prestados o recibidos sin una preautorización de First Medical o su representante autorizado.
7. Rembolso de gastos ocasionados por pagos que una persona participante le haga a cualquier médico o proveedor por servicios no cubiertos bajo este contrato.
8. Servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona participante 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.
9. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquier otro país, por la persona cubierta excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
10. Servicios prestados por ambulancia aérea o marítima.
11. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la *Federal Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, o el Departamento de Salud.
12. Servicios que se presten mientras el seguro de la persona no esté en vigor.
13. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.

---

## Exclusiones de la Cubierta de Farmacia

---

Los medicamentos, productos y equipos que se indican a continuación están excluidos (no cubiertos) de la Cubierta de Farmacia:

- Beneficios de medicamentos recetados en aquellos casos que de acuerdo con las leyes de Puerto Rico o de los Estados Unidos el paciente tenga derecho a recibir sin costo alguno.
- Contraceptivos orales o en cualquier forma sin importar la razón para su uso, excepto los 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)*.
- Cualquier droga que contenga nicotina o medicamentos para dejar de fumar (ej. Nicorette), excepto los 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)*.
- Drogas experimentales.
- Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (follitropin, clomiphene, menotropins, urofollitropin, ganirelix, cetorelix acetate progesterone vaginal insert), y fertilidad.
- Equipos, aparatos de cualquier tipo, dispositivos terapéuticos y cualquier otro equipo o instrumento necesario para administrar los medicamentos recetados.
- Esteroides anabólicos
- Gastos por la administración de medicamentos.
- Gastos por métodos anticonceptivos, así como los servicios y las complicaciones relacionados a éstos, excepto los requeridos por la ley federal para la mujer.
- Hormonas de Crecimiento
- Medicamento para el acné (Accutane).
- Medicamentos administrados o consumidos en el lugar que se recete u ordene (Ejemplos: oficinas de médicos, laboratorios, etc.), excepto medicamentos para quimioterapia y cualquier otro medicamento que sólo se pueda administrar por el proveedor.
- Medicamentos para la disfunción eréctil (tadalafil, alprostadil, vardenafil, sildenafil, yohimbina, avanafil).
- Medicamentos para las que no se requieren receta médica (*over the counter*) o drogas sobre el mostrador según dispone la Ley Federal, excepto aquellos mencionados en la sección de Medicamentos Cubiertos.
- Medicamentos para tratar el dolor tales como Nubain y Stadol.
- Medicamentos provistos o administrados mientras el suscriptor está internado en una casa de convalecencia o cualquier institución similar. El suscriptor las puede obtener directamente en la farmacia y llevarlas consigo a la institución.
- Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento (benzphetamine, diethylpropion, lorcaserin, phendimetrazine, orlistat, liraglutide, phentermine, sibutramine, naltrexone-bupropion y mazindol).
- Nexium, en todas sus presentaciones, excepto Nexium 20mg OTC.
- No se procesan recetas nulas o vencidas.
- Condiciones dermatológicas como [pediculosis y escabidas (lindane, permethrin, crotamiton, malathion, ivermectin y spinosad), productos para el tratamiento de la caspa que

incluyan champú (phyrithione zinc 1%, glycolic acid, seleniusulfide, sulfacetamine sodium)], lociones y jabones.

- Productos derivados del tretinoin como Retin A, sin importar su uso y preparaciones futuras que sean similares.
- Productos para alopecia (ej. Rogaine y Propecia) en todas sus formas.
- Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos (thyrotropin, dipyridamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin, glucagón, barium sulfate, diatrizoate, iohexol, iopoamidol, iopromide, lidodixanol, othalamate, loversol, manitol, technetium gadoterate, gadopentetate, gadodiamide, tricophyton, tropicamide, tuberculin, y antigenos), con la excepción de los medios de contraste para estudios radiológicos.
- Sangre o plasma y sustancias relacionadas.
- Servicios prestados por farmacias no participantes en o fuera de Puerto Rico
- Suplementos dietéticos, nutrientes, equipos, productos y aparatos de cualquier tipo que sean provistos en forma ambulatoria y que no estén especificados en esta cubierta de beneficios.
- Vitaminas orales, excepto las vitaminas prenatales.
- Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas, tirillas, lancetas, medidores de glucosa en la orina o sangre e instrumentos similares, aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
- Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto relacionado con el mismo fin (hydroquinone, eformitine, finasteride, monobenzone, dihydroxyacetone y bimatropost).

- Implantes (goserelin, mometasone furoatesubdermal implant, dexamethasoneIntravitreal Implant, fluocinolone acetonideintravitreal implant, estradiol, autologous culturedchondrocytes for Implantation, testosterone, fluocinoloneacetonide intravitreal, etonogestrel subdermal implant).
- Implante intracaneal carmustina (se utiliza para tratar glioma maligno o glioblastoma multiforme, un tipo de tumor cerebral).
- Implantes intratecales (nusinersen, poractant alfa, baclofen, pentetate indium, ziconotide y calfactant).
- Medicamentos para inmunización (hepatitis A & B, influenza, encephalitis, measles, mumps, poliovirus, papillomavirus, rabies, rotavirus, rubella, varicela, yellow fever, zoster, cholera, haemophilus b, lyme disease, meningococcal, plague, pneumococcal, typhoid, tetanus toxoid, diphtheria, immune globulin, respiratory syncytial virus, palivizumab, pagademase bovine, stephage lyphates y sus combinaciones, así como las utilizadas para pruebas de alergia. Refiérase a la Sección Cubierta Estándar de Vacunación para Menores de Edad, Adolescentes y Adultos para conocer las inmunizaciones que se cubren por la cubierta básica.
- Agentes esclerosantes (tales como, talco intrapleural, ethanalamine, polidocanol, sodium tetradecyl)
- Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana, muérdago europeo, glucosamina-condroitina-PABA-vit E y ácido alfa lipoico, coenzyme).
- Productos que son considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones, para los cuales la Administración de

Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*) no ha autorizado su uso. Tampoco están cubiertos estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es *clinical trials*), aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente, y artículos o servicios sin costos para la persona asegurada que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando la persona asegurada se haya inscrito en el estudio 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 estos casos, First Medical cubre los gastos médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en este contrato. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (*clinical trials*) y que normalmente están disponibles para las personas participantes bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo a la cubierta establecida en este endoso.

---

## PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REMBOLSOS

---

1. El suscriptor deberá completar la Solicitud de Reembolso en su totalidad como requisito para reclamar un reembolso a un proveedor no participante. El Formulario está disponible a través de la página electrónica [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com). También puede solicitar una copia del Formulario visitando cualquiera de las Oficinas de Servicio al Cliente de First Medical Health Plan Inc., o La Unidad de Servicio Dedicada o comunicándose con la Unidad de Servicio Dedicada al 1-833-950-4377 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-866-333-5469.
  2. El suscriptor someterá su solicitud de reembolso por escrito a First Medical, tan pronto le sea razonablemente posible, sin exceder el periodo de seis (6) meses contado a partir de la fecha en que recibió el servicio.
  3. El Formulario de Solicitud de Reembolso deberá ser completado en su totalidad y enviado con la documentación requerida y/o recibos originales del servicio recibido a la siguiente dirección:
    - a. Por correo postal a:  
First Medical Health Plan, Inc.  
Depto. Reembolsos Médicos  
PO Box 144090  
Arecibo, PR 00614-4090
    - b. Por correo electrónico a [aseguradoaee@mmmhc.com](mailto:aseguradoaee@mmmhc.com)
    - c. También puede entregar su solicitud con la documentación requerida y/o recibos originales del servicio recibido en cualquiera de nuestras Oficinas de Servicio al Cliente o en la Unidad de Servicio Dedicada.
    - d. Para Servicios de Emergencia en los Estados Unidos deberá enviar su reclamación de reembolso a:  
Redbridge, Inc  
Reembolso PREPA  
PO Box 144490  
Coral Gables FL 33114  
También puede someter su reclamación al correo electrónico: [claimsmiami@redbridge.cc](mailto:claimsmiami@redbridge.cc). Deberá escribir en el asunto del correo: Reembolso PREPA-Nombre/Apellidos del suscriptor.
  4. El asegurado deberá incluir la siguiente información:
    - Nombre completo (dos apellidos) y número de contrato del participante que recibió el servicio.
    - Fecha de servicio
    - Códigos de diagnóstico
    - Código de CPT
    - *National Provider Identifier* (NPI) del médico
    - Sello impreso del nombre, dirección y especialidad del médico
    - Cantidad y descripción de servicios recibidos
    - Cantidad cobrada
    - Firma del médico y número de licencia
    - Razón por la cual solicita el reembolso
    - En caso de servicio de ambulancia, debe incluir información sobre la distancia recorrida, así como evidencia de la necesidad médica.
    - En caso de servicios que requieran preautorización, copia de esta.
- Si solicita un reembolso por medicamentos deberá incluir también lo siguiente:
- Recibo oficial de la farmacia
  - Nombre y número de contrato del participante que recibió el servicio
  - Nombre del medicamento
  - Dosis diaria
  - Número de receta
  - Cantidad despachada
  - Código Nacional del Medicamento (NCD)
  - *National Provider Identifier* (NPI) de la farmacia y el médico que receta
  - Si le pagó a una farmacia participante, indicar la razón.
  - Indicar el cargo por cada medicamento
- Si solicita reembolso por servicios dentales debe añadir:
- El código de servicio, número de diente y número de superficie
  - Cantidad pagada por el servicio
  - Si la persona participante paga en un recibo más de una visita, debe enviar las fechas exactas de los servicios (día, mes y año) por las que pagó
  - En casos de servicios de ortodoncia, de tener suscrita la cubierta de ortodoncia, debe incluir el desglose de: visita de

récord, pronto, mensualidades, costo y duración total del tratamiento activo.

- En caso de tener suscritos los servicios de prótesis dental y periodoncia, deben traer radiografías.

Si solicita servicios de Coordinación de Beneficios debe añadir:

- Número de contrato del Plan
  - Si es para reembolsar por cantidades dejadas de pagar por su otro plan, debe incluir la Explicación de Beneficios del otro plan.
5. FMHP tiene hasta un máximo de diez (10) días calendario para procesar su solicitud, luego de notificársele la reclamación. Las notificaciones realizadas para una de las personas designadas por la persona participante para recibir reclamaciones en su nombre, se considerarán notificaciones brindadas al participante, siempre que a

autorización este vigente y no se haya revocado. Si la persona no está autorizada y recibe una notificación a nombre del participante, deberá informarlo dentro de los siguientes siete (7) días al reclamante y deberá indicar el nombre y dirección de la persona que debe recibir la reclamación.

6. First Medical hará la investigación, ajuste y resolución de cualquier reclamación dentro de un periodo razonablemente más corto de 90 días después de haber recibido la reclamación. De First Medical no poder resolver en el tiempo anteriormente indicado, mantendrá en sus expedientes los documentos que evidencien justa causa para exceder este término.

---

## PREAUTORIZACIONES

---

El proceso de preautorización garantiza a usted y a su familia que recibirá un nivel de cuidado adecuado para su condición de salud. El objetivo de una preautorización es establecer medidas de coordinación del cuidado que aseguren que los servicios hospitalarios y ambulatorios se brinden en el lugar, en el momento y por el profesional adecuado. Además, verificar la elegibilidad del participante para el servicio que se está solicitando.

El médico, hospital o instalación están orientados sobre qué servicios deben ser preautorizados. La preautorización puede ser hospitalaria o para servicios ambulatorios.

Las preautorizaciones para estudios y procedimientos serán tramitadas por el médico que lo atiende, el personal clínico que él designe o la instalación donde se vaya a tratar, llamando a Preautorizaciones First Medical, el centro de llamadas de First Medical que atiende estos casos de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. Los proveedores también pueden preautorizar algunos estudios y procedimientos utilizando nuestro portal en la Internet [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com) disponible las 24 horas, los 7 días.

Los servicios para los cuales usted o su médico debe tramitar la preautorización directamente con First Medical son:

- Asistencia quirúrgica para osteotomía mandibular y maxilar
- Asistencia quirúrgica para cirugía de obesidad mórbida
- Asistencia quirúrgica para cirugías plásticas no cosméticas
- Cirugía bariátrica y cirugía poscirugía bariátrica (torso y abdomen)
- Litotricia
- PET CT Scan o PET Scan
- Cirugías reconstructivas y procedimientos que se pueden realizar de manera ambulatoria y por una razón médica necesitan otro nivel de servicio (cambio de nivel de cuidado)
- Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio
- Esterilización Voluntaria
- Polisomnografía
- Amiocentesis
- Bomba Infusión de Insulina
- Pruebas genéticas
- Equipo Médico Duradero
- Institución de Enfermería Diestra (SNF)
- Servicios de Salud en el Hogar

- Hospicio
- Cirugías electivas
- Mamoplastia Terapéutica
- Terapias electroconvulsivas (ECT)
- Tratamiento Residencial
- Servicios en Estados Unidos, que no sean emergencia
- Aparatos Auditivos
- Aparatos ortóticos y ortopédicos
- Aparatos prostéticos o implantes
- Mamoplastia
- Pruebas no experimentales de laboratorio o diagnosticas
- Implantes
- Trasplante de órganos y tejidos
- Ciertos medicamentos de la cubierta de farmacia
- Medicamentos para Profilaxis Pre-Exposición para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV)

- Prótesis Dentales Removibles
- Anestesia general y servicios de hospitalización para procedimientos dentales cubiertos para menores de edad y personas con impedimentos físicos o mentales que lo requieran.

Para Preautorizaciones o si al momento de necesitar algún servicio médico tiene alguna duda de si la persona participante debe o no tramitar una preautorización, o si necesita información adicional, llame al 1-866-977-2977.

**Puede someter la información requerida vía Fax.**

- Cirugías: 787-993-4918
- Manejo de Caso: 787-993-4916
- Estudios Especiales, tales como, CT Scan, PET Scan y otros: 787-993-4909

---

**PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PREAUTORIZACIONES**

---

**PREAUTORIZACION PASO A PASO**

First Medical ha desarrollado en su aplicación una herramienta para que pueda solicitar su preautorización a través de un teléfono inteligente (Smartphone) siguiendo los siguientes pasos;

- Página de Inicio
  - **Paso 1:** Para acceder a su cuenta, deberá ingresar su nombre de usuario y contraseña.
  - Presione **ACCEDER**.
  - Regístrese para crear su cuenta
  - **Paso 2:** En esta pantalla le presentará la página de Perfil.
  - Seleccione la opción de **PRE AUTOS** para acceder al servicio de Pre-Autorizaciones.
  - **Paso 3:** Para solicitar una pre-autorización, presione sobre el botón titulado **SOMETER PRE-AUTORIZACION**.
  - **Paso 4:** Dar clic en **“CERRAR”**
  - **Paso 5: Seleccione el suscriptor:** Escoja el nombre del suscriptor para el cual se solicita la pre- autorización.
  - Ingrese el número de teléfono donde desea ser contactado en caso de que se requiera más información.

- **Paso 6: Seleccione Facilidad:** En esta opción seleccione el hospital o clínica donde realizará el estudio.
- **Paso 7:** En este menú se mostrarán los Hospitales y Clínicas afiliadas a First Medical.
- También tiene la opción de seleccionar **Otras Facilidades**.
- **Paso 8:** En Fecha de Estudio, indique el día en que se realizar el estudio.
- Si conoce el número de fax del proveedor o desea recibir su pre-autorización vía fax, indique el numero en el espacio provisto.
- **Paso 9:** Presione: **Foto Orden Médica** y se abrirá la funcionalidad de la cámara. Tome una foto clara de su orden médica.
- Presione **OK** si va a utilizar esa foto. En caso de que la foto este borrosa puede repetir el proceso nuevamente.
- Paso 10: Presione **SOMETER**. Empezará procesarle la solicitud.
- En unos segundos, le confirmará si fue exitoso.

- Dar clic en “OK”.
- **Paso 11:** Al someter la solicitud, retornará a la página de **Pre-Auto**.
- **Luego de procesada su solicitud:**
  - Recibirá un correo electrónico notificándole que su solicitud fue sometida exitosamente.
  - Dentro de las próximas 24 horas laborables recibirá contestación vía correo electrónico o fax, según solicitado.

Una vez recibida la solicitud de la preautorización, First Medical evaluará la petición y le notificará su determinación en un periodo no mayor de 72 horas luego del recibo de la misma.

Si la solicitud está incompleta y no cumple con los requisitos mínimos de evaluación, First Medical le notificará de forma verbal o escrita en un periodo no mayor de cinco (5) días y le confirmará la información que deberá suministrar para completar el proceso de evaluación. Si usted solicita que la confirmación se haga por escrito, First Medical le enviará la notificación dentro del periodo establecido. En estos casos, usted tendrá hasta 45 días para proveer la información solicitada a partir de la fecha de la notificación.

First Medical podría necesitar quince (15) días adicionales al término inicial para tomar una decisión sobre su solicitud de preautorización. En estos casos, First Medical le notificará no más tarde de los quince (15) días de haber recibido su solicitud de preautorización e incluirá las razones para extender dicho plazo.

### **PREAUTORIZACIONES DE SERVICIOS EN CASOS URGENTES**

Usted pudiera tener la necesidad de que First Medical considere su solicitud de preautorización de forma urgente. 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 preautorización le expondría a sufrir dolor severo, el cual no se puede manejar adecuadamente sin el tratamiento para el cual se esté solicitando la preautorización. En tal caso, el médico que le esté atendiendo deberá

indicar el carácter de la urgencia. Una vez indicado por el médico, First Medical procederá a trabajar la solicitud de forma urgente. La solicitud para estos casos podrá hacerse de forma oral o escrita. First Medical 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 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 deberá contestar 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 podrá denegar la certificación 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 participante;

- 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 participante.

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

### **APELACIONES EXPÉDITAS (RÁPIDAS) DE PREAUTORIZACIONES DENEGADAS EN CASOS DE URGENCIA**

Si usted no está de acuerdo con la determinación inicial en casos de preautorizaciones urgentes puede solicitar una apelación expedita. Usted o su representante deberá presentar los argumentos de por qué entiende que su preautorización debe concederse bajo los términos de su contrato y presentar la evidencia documental que First Medical le solicite o aquella bajo la cual fundamenta sus argumentos. First Medical deberá contestar su apelación de forma verbal, escrita o electrónicamente dentro de 48 horas de haber recibido su solicitud. Si se comunica verbalmente, la notificación escrita se enviará a más tardar tres días después de la notificación verbal.

---

## PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

---

Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser adquiridos por el paciente. Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que presentan efectos adversos, son candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado.

El médico y las farmacias están orientados sobre los medicamentos que deben ser preautorizados. Además, los medicamentos que requieren una preautorización están identificados con las siglas PA en la columna a la derecha del medicamento, en cuyo caso, la farmacia gestiona la preautorización previo al despacho del medicamento.

Para preautorizaciones o si al momento de necesitar un medicamento la persona participante tiene alguna duda sobre si se debe o no tramitar una preautorización, o si necesita información adicional, la persona participante debe llamar al 1-833-950-4377 a la Unidad de Servicio Dedicada de First Medical.

### **Procedimiento de Trámite de Preautorizaciones**

First Medical tiene un período de 72 horas (3 días) luego del recibo de la solicitud de preautorización de medicamentos para lo siguiente:

- a. Notificarle su determinación o;

- b. Solicitarle documentación al médico, participante o farmacia, de no haber recibido la documentación requerida

De no recibir la documentación solicitada en 72 horas para la evaluación del medicamento, First Medical enviará notificación al participante solicitándole el suministro de la información adicional requerida y en un plazo que no exceda 45 días. La persona participante deberá enviar la información solicitada por fax, identificando la misma con su número de contrato.

Si First Medical, no tomase una determinación respecto a la solicitud de preautorización, ni notificara dentro del tiempo establecido (72 horas; 36 horas para medicamentos controlados), la persona participante tendrá derecho al suministro del medicamento objeto de la solicitud por treinta (30) días según solicitado o prescrito, o en el caso de una terapia escalonada por los términos que disponga la cubierta.

First Medical tomará una determinación con respecto a la solicitud de preautorización antes de que la persona termine de consumir el medicamento suministrado. De no darse la determinación ni tampoco la notificación en este periodo, se mantendrá la cubierta en los mismos términos y continuadamente. Esto, mientras se le siga recetando el medicamento y se considere un tratamiento seguro, y hasta que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

---

## APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS

---

- **Determinación Adversa** - es aquella determinación que incluya una denegación, o reducción por determinado beneficio cuando esa determinación adversa ha estado basada en:
  - Una exclusión de una condición preexistente; en una exclusión basada en la forma en que se dio la lesión o enfermedad; o una exclusión del proveedor en la red de proveedores u otras limitaciones de servicios cubiertos
- Evidencia de la preautorización concedida y/o certificado de necesidad médica, si es que alguno de éstos era requerido para recibir el servicio
- Formas CMS-1500 o UB-92 debidamente completadas por el proveedor
- Argumentación escrita sobre los fundamentos que tenga para alegar que First Medical erró en su determinación de reembolso, preautorización o beneficios al amparo del contrato

Las determinaciones que preceden se refieren a reclamaciones de beneficios pre y post servicio.

Usted debe incluir cualquier evidencia o información que considere relevante a su apelación y dirigirla a la siguiente dirección, o Fax:

### **First Medical Health Plan, Inc.**

Departamento de Querellas y Apelaciones

PO Box 191580

San Juan, PR 00918-1580

**Fax Apelaciones: 787-625-8765**

### **DERECHO A APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA**

Si usted no estuviera de acuerdo con una Determinación Adversa de First Medical, bien se relacione con una solicitud de reembolso, una solicitud de preautorización, o cualquier denegación de beneficios descritos en este contrato, usted podrá apelar la determinación de First Medical bajo el siguiente procedimiento:

### **PROCEDIMIENTO DE APELACIONES**

#### **1. Primer Nivel Interno de Apelación**

Usted o su representante autorizado (refiérase a los requisitos para nombrar un representante descritos más adelante en este documento), deberá presentar su apelación por escrito dentro de 180 días a partir de la fecha de recibir la notificación de la determinación adversa. En la presentación de su apelación, usted podrá solicitar la asistencia del Procurador del Paciente, del Procurador del Ciudadano o de un abogado de su preferencia (a su costo). Para que su apelación sea considerada, la misma debe contener lo siguiente, según aplique:

- Nombre y número de contrato del miembro del plan que recibió los servicios apelados
- Fecha de servicio
- La cantidad de servicios y descripción de los servicios recibidos
- Recibo original de cualquier cantidad de dinero pagada por el apelante
- Facturas que tenga del proveedor
- Nombre y dirección del proveedor

Si su caso es considerado urgente, First Medical le notificará su decisión en un periodo no mayor de 72 horas, contados a partir del momento en que se reciba la solicitud completa de apelación. Solicitudes incompletas no serán consideradas hasta que se cumpla con los requisitos de las mismas. Se entenderá por apelaciones de casos urgentes aquellas solicitudes de apelación que correspondan a servicios o tratamientos médicos respecto a los cuales el aplicar los periodos regulares de tiempo para contestar una apelación: (a) ponen en grave peligro la vida o salud del participante o la habilidad de que un órgano vital del cuerpo opere al máximo, o (b), en la opinión de un médico con pleno conocimiento de la condición médica del participante, podría someter al participante a dolores severos que no pueden manejarse adecuadamente sin el cuidado o tratamiento médico que es sujeto de la apelación.

En los casos de apelaciones de preautorizaciones, First Medical deberá responder dentro de 15 días a partir de la fecha en que reciba su apelación. En los demás casos, First Medical deberá responder dentro de 30 días a partir de la fecha en que reciba su apelación. Si First Medical le requiere información adicional, usted deberá cumplir con dicho requisito dentro de 45 días a partir de la fecha en que se le notifique. De no recibir la

información adicional solicitada dentro del término, First Medical podrá tomar su decisión a base de los documentos e información ya sometidos. First Medical podría, también, notificarle que su apelación está siendo considerada, pero que se necesitará un tiempo adicional. En dicho caso, First Medical tendrá 15 días adicionales para responder a su apelación. Una vez notificado de la decisión de First Medical, usted tiene el derecho de requerirle a First Medical que le descubra los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación de su apelación, así como a una explicación de los fundamentos para su decisión.

## **2. Segundo Nivel Interno de Apelación:**

Si usted no quedara satisfecho con la respuesta de First Medical a su primera apelación, usted tiene derecho a someter una segunda apelación ante First Medical dentro de 60 días a partir de la fecha en que la decisión de First Medical de su primera apelación le haya sido notificada.

Usted debe incluir con esta segunda apelación copia de todos los documentos relacionados con su primera apelación junto con una declaración de los fundamentos que usted tenga para sostener que First Medical erró en denegar su primera apelación. Usted puede incluir con esta segunda apelación cualquier evidencia adicional que pueda tener para sostener sus alegaciones.

Su segunda apelación será evaluada por personas que no intervinieron en la primera apelación ni son subordinados de tales personas. Tampoco se le dará deferencia a decisiones previas de First Medical. Usted tiene derecho a solicitarle a First Medical que le descubra los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación de su segunda apelación, así como una explicación de los fundamentos para su decisión.

En el caso de apelaciones de casos urgentes (según definido anteriormente), First Medical contestará su solicitud en 72 horas. En los casos de apelaciones de preautorizaciones, First Medical deberá responder a su segunda apelación dentro de 15 días a partir de la fecha en que reciba su apelación. En los otros casos, First Medical deberá responder dentro de 30 días a partir de la fecha en que reciba su apelación.

## **3. Proceso Apelativo Externo:**

Si usted no estuviere satisfecho con la decisión notificada en el segundo nivel interno de apelación, tiene derecho a solicitar una revisión externa ante un revisor externo (IRO).

Este nivel de apelación externa podría no ser aplicable a todos los planes de salud grupales. Verifique el Resumen de Beneficios (*Summary Plan Description, SPD*) expedido por su patrono, para verificar si usted tiene derecho a solicitar una revisión externa (IRO).

Se requiere que usted agote todos los procedimientos internos de apelación previamente descritos antes de presentar su reclamación ante un revisor externo (IRO) o el Tribunal.

## **DERECHO A SER ASISTIDO**

Usted tiene derecho a ser asistido por el Procurador de la Salud en los procesos de apelación antes descritos. La Oficina del Procurador de la Salud está ubicada en 1215 Ponce de León, PDA 18, Santurce, PR y puede contactarlos en los números de teléfono (787) 977-0909 (Área Metro) o 1-800-981-0031 (Isla).

## **DERECHO A NOMBRAR UN REPRESENTANTE**

Usted tiene derecho a nombrar un representante para que haga cualquier gestión ante First Medical a su nombre. La designación del representante debe cumplir con todos los elementos a continuación:

- a. Nombre del participante y número de contrato
- b. Nombre de la persona designada como representante autorizado, dirección, teléfono y relación con el participante.
- c. Gestión para la cual se designa al representante
- d. Fecha y firma en que se otorga la designación
- e. Fecha de expiración de la designación

Será deber del participante o beneficiario notificar a First Medical por escrito si revoca la designación antes de su fecha de expiración.

El participante tendrá derecho a los beneficios que se determinen, según se determinen, como resultado del proceso de apelación.

---

**AVISO: INFORMANDO A LOS INDIVIDUOS SOBRE LOS REQUISITOS DE NO DISCRIMEN Y ACCESO Y LA DECLARACION DE NO DISCRIMEN: EL DISCRIMEN ESTÁ EN CONTRA DE LA LEY**

---

First Medical cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad.

First Medical:

- Proporciona mecanismos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes en lenguaje de señas certificados,
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Proporciona servicios de traducción gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el español, tales como:
  - Intérpretes certificados,
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, contacte a un

Representante de Servicio.

Si considera que First Medical, no le ha provisto estos servicios o han discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, origen nacional, color, edad, sexo o incapacidad, comuníquese con:

**Oficial de Privacidad**

First Medical Health Plan, Inc.

PO Box 191580

San Juan PR 00919-1580

Teléfono: 787-474-3999, ext. 2108

TTY: 1-844-347-7805

Fax: 787-300-3913

Email: [Cumplimiento@firstmedicalpr.com](mailto:Cumplimiento@firstmedicalpr.com)

Puede presentar su querrela en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar su querrela, un Representante de Servicio está disponible para ayudarle. Usted puede presentar su querrela por violación a los derechos civiles con el Departamento de Salud y de Recursos Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de forma electrónica a través de su portal:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo, o por teléfono al:

200 Independence Ave, SW Room 509F, HHH Bldg Washington, D.C. 20201  
Teléfono: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Call the customer service number on your ID card for assistance.

請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。

Gọi số dịch vụ khách hàng trên thẻ ID của quý vị để được hỗ trợ bằng Tiếng Việt.

한국어로 도움을 받고 싶으시면 ID 카드에 있는 고객 서비스 전화번호로 문의해 주십시오.

Para sa tulong sa Tagalog, tumawag sa numero ng serbisyo sa customer na nasa inyong ID card. Обратитесь по номеру телефона обслуживания клиентов, указанному на Вашей идентификационной карточке, для помощи на русском языке.

اتصل برقم خدمة العملاء الموجود على بطاقة وبتك للحصول على

المساعدة باللغة العربية

Rele nimewo sèvis kliyantèl ki nan kat ID ou pou jwenn èd nan Kreyòl Ayisyen.

Pour une assistance en français du Canada, composez le numéro de téléphone du service à la clientèle figurant sur votre carte d'identification.

Ligue para o número de telefone de atendimento ao cliente exibido no seu cartão de identificação para obter ajuda em português.

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer podany na identyfikatorze.

日本語でのサポートは、IDカードに記載のカスタマーサービス番号までお電話でお問い合わせください。

Per assistenza in italiano chiamate il numero del servizio clienti riportato nella vostra scheda identificativa.

Rufen Sie den Kundendienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an, um Hilfestellung in deutscher Sprache zu erhalten.

مشتری خدمات شماره با ، فارسی زبان به راهنمایی دریافت برای . بگریزید تماس است شده درج شما شناسایی کارت روی بر که

## DISPOSICIONES GENERALES

---

- 1) **ACCIONES CIVILES:** No se entablará ninguna acción civil para reclamar cualesquiera derechos de la persona participante bajo este contrato, antes de transcurrir sesenta (60) días después de haberse suministrado prueba escrita del servicio, 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 del servicio.
- 2) **ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS:** Si por culpa o negligencia de un tercero, la persona participante o cualquiera de sus dependientes sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta bajo este contrato, First Medical tiene derecho a subrogarse en los derechos de la persona participante, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento de la persona participante, ocasionados por tales actos culposos o negligentes. First Medical sólo reclamará los gastos médicos que pagó relacionados con el accidente ocasionado por el tercero.

La subrogación es un proceso legal mediante el cual un suscriptor asume los derechos de la persona participante ante un tercero que le ha ocasionado daños. Si la persona participante tiene un accidente ocasionado por la culpa o negligencia de un tercero (por ejemplo: escuela, supermercado u otro establecimiento público o privado) debe llenar el Reporte de Incidente del lugar en que tuvo el accidente. La persona participante debe proveer copia a First Medical de este informe lo más pronto posible, con su nombre y número de contrato.

Esto no aplica a casos de accidentes de automóvil los cuales son atendidos por la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) ni en accidentes laborales donde el asegurador es el Fondo del Seguro del Estado.

La persona participante reconoce el derecho de subrogación de First Medical, y tiene la responsabilidad de notificar a First Medical

toda acción que inicie en contra de dicho tercero; disponiéndose, que en caso de que actúe en forma contraria, la persona participante es responsable de pagar por dichos gastos a First Medical.

- 3) **AVISO DE RECLAMACIÓN:** Deberá darse aviso por escrito de la reclamación a First Medical dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona participante o el patrono en un plazo que no excederá de un (1) año a partir de la fecha en que se dio el servicio. Un aviso dado por escrito por la persona participante, a su nombre, a First Medical, en su oficina principal en San Juan, Puerto Rico o en sus Centros de Servicio alrededor de la Isla, o a cualquier representante autorizado de First Medical, con suficiente información para poder identificarla se considerará como aviso dado a First Medical.
- 4) **CANCELACIÓN INDIVIDUAL:** La Autoridad podrá cancelar el plan de cualquier persona participante en cualquier momento si la persona participante incurre en actos fraudulentos o en representaciones falsas de un hecho material, haya presentado o haya hecho presentar una reclamación fraudulenta, o cualquier prueba en apoyo de la misma, para el pago de una reclamación, sin importar la fecha en que se cometió tal acto, ni la fecha y el modo en que fue descubierta tal actuación, o cuando la persona participante presente patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por el contrato. La cancelación se notificará al participante mediante un aviso por escrito que le será entregado, o se enviará por correo a su última dirección según demuestren los archivos de First Medical, indicando cuándo dicha cancelación será efectiva.

First Medical emitirá al empleado participante una certificación de cubierta según requerida por HIPAA. De no recibir dicha certificación de cubierta, la persona participante podrá obtenerla a través de nuestra Unidad de

Servicio Dedicada, llamando al 1-833-950-4377.

5) **CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:**

First Medical requerirá a sus participantes, o en el caso de personas incapacitadas o menores de edad, a los padres, tutores, custodios o encargados de dichas personas que lean y se familiaricen con la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente” o un resumen adecuado y razonable de la misma, según preparado o autorizado por el Departamento de Salud. El resumen de esta Carta se encuentra en este contrato.

6) **CONFIDENCIALIDAD:** First Medical mantendrá la confidencialidad de la información médica y sobre reclamaciones de la persona participante conforme a las políticas y prácticas establecidas en el Aviso de Prácticas de Privacidad contenidas en este contrato.

7) **CONTRATO ÚNICO-CAMBIOS:** Este contrato, los endosos y los documentos anexos, si los hubiere, constituyen el texto íntegro del contrato de seguro. Ningún cambio en este contrato será válido hasta que sea aprobado por la Autoridad previo a su uso, y a menos que dicha aprobación sea endosada en la presente o adherida a la misma. Ningún representante autorizado tiene autoridad para cambiar este contrato o renunciar a ninguna de sus disposiciones.

8) **CUBIERTAS MANDATORIAS:** Este contrato está sujeto a leyes y reglamentos federales y locales que pudieran requerir, durante la efectividad del mismo, que se cubran servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos adicionales los cuales no eran parte de los servicios cubiertos cuando el contrato fue hecho efectivo. Esto estará sujeto a la previa autorización de la Autoridad.

9) **DERECHO A LA RENOVACIÓN GARANTIZADA DEL PLAN:** El patrono tiene derecho a exigir la renovación garantizada del plan médico de todos los empleados elegibles y sus dependientes, excepto en los casos siguientes:

a. Por falta de pago, considerando el período de gracia;

b. Cuando el patrono, el empleado elegible o cualquiera de sus dependientes haya cometido un acto que constituye fraude. En tal caso, First Medical podrá optar no renovar el plan médico al patrono, al empleado elegible o persona participante por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;

c. Cuando el patrono, el empleado elegible o persona participante ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal caso, First Medical podrá optar por no renovar el plan médico al patrono, empleado elegible o persona participante por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;

d. Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecida por First Medical;

e. Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;

f. En caso de que First Medical determinará discontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos formalizados con patronos en Puerto Rico: En estos casos, First Medical notificará por escrito a la Oficina del Comisionado de Seguros en Puerto Rico, a los patronos y las personas cubiertas su determinación de no renovar, por lo menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha de renovación del plan médico.

10) **DERECHO DE FIRST MEDICAL A HACER AUDITORÍAS:**

Al suscribirse a este contrato las personas participantes aceptan, reconocen y entienden que First Medical, como administrador de los servicios de salud incurridos, tiene la autoridad para acceder a sus expedientes médicos para realizar auditorías sobre todas o cualquier reclamación de servicios de salud que First Medical haya pagado, como administrador del Plan.

11) **DERECHOS BAJO LA LEY NÚM. 248 DE 15 DE AGOSTO DE 1999, LEY PARA GARANTIZAR UN CUIDADO ADECUADO PARA LAS MADRES Y SUS RECIÉN NACIDOS DURANTE EL PERIODO POST-PARTO:** Las leyes aplicables disponen, entre otras cosas, lo siguiente:

- a. No se limitarán las estadías de la madre o el recién nacido, que son consecuencia de un parto, a menos de 48 horas en caso de parto natural o menos de 96 horas en caso de partos por cesáreas.
- b. Las aseguradoras y planes grupales podrán, sin embargo, cubrir estadías menores a estos periodos, si el médico, luego de consultar a la madre, ordena el alta de la madre o el recién nacido antes de cumplirse los términos indicados anteriormente.
- c. Si la madre y el recién nacido son dados de alta en un período de tiempo menor al dispuesto en el inciso (a) de este artículo, pero de conformidad con el inciso (b), la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.
- d. Las aseguradoras ni los planes grupales diseñarán beneficios o incluirán copagos o coaseguros que impliquen un trato desfavorable a alguna porción de la estadía hospitalaria.

12) **DERECHOS BAJO THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA):** Cualquier individuo participante bajo un plan de salud grupal por un mínimo de dieciocho (18) meses tiene derecho a acogerse a un plan de seguro

de salud individual sin que le aplique un periodo de espera o cláusula por condiciones preexistentes.

Para poder beneficiarse, la solicitud de ingreso al plan individual no puede exceder sesenta y tres (63) días siguientes de haber perdido el plan grupal anterior, o la aportación patronal y la terminación del plan debe ser por una de las siguientes razones:

- Pérdida de elegibilidad (por ejemplo, por renuncia o despido),
- Pérdida de aportación patronal, o

13) **DERECHOS CIVILES PARA INDIVIDUOS BAJO LA SECCIÓN 1557:** First Medical, cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

First Medical, no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros. También ofrecemos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés.

Para más información, puede referirse a nuestro portal electrónico: [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com) o llamar al Teléfono: 787-474-3999, ext. 2108/TTY1-844-347-7805.

14) **DERECHOS PERSONALES:** La persona participante no podrá ceder, traspasar o enajenar en favor de terceras personas, ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de este contrato. Disponiéndose, que First Medical se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que la persona participante, con su consentimiento expreso o implícito, permita que personas no suscritas utilicen la tarjeta de participante expedida a su favor por First Medical; y disponiéndose, además, que el recobro de tales gastos no impedirá que First Medical pueda cancelar el contrato de seguros en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá

la radicación de querrela para que se enjuicie criminalmente a la persona participante o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.

15) **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA LA PERSONA PARTICIPANTE:** La persona participante no será responsable de pagar por aquellos servicios para los cuales el proveedor participante incumplió con los procedimientos de elegibilidad, políticas de pago o protocolos de servicios establecidos por First Medical.

16) **GUÍA DEL SUSCRIPTOR:** First Medical expedirá a cada participante principal del contrato una evidencia de cubierta nombrada como Guía del Suscriptor. Además, First Medical tiene disponible a través del portal la lista de médicos y proveedores participantes de First Medical.

17) **IDENTIFICACIÓN:** First Medical expedirá una tarjeta a cada persona participante, la que será requisito presentar a cualquier proveedor participante de First Medical al cual se le soliciten servicios, para que los mismos estén cubiertos por el contrato. Además, deberá presentar una segunda identificación con fotografía.

18) **MODELO PARA RECLAMACIONES:** Al recibir aviso de reclamación, First Medical suministrará al reclamante los modelos que suministra regularmente para la presentación de pruebas de pérdidas. Si dichos modelos no se suplen dentro de quince días después de dado dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este contrato en cuanto a la prueba de pérdidas, si somete, dentro del tiempo fijado en este contrato para la presentación de pruebas de pérdidas, prueba por escrito cubriendo lo acaecido y la naturaleza y extensión de las pérdidas por las cuales se hace la reclamación.

19) **LÍMITE DE TIEMPO PARA CIERTAS DEFENSAS:**

- a. Después de dos (2) años de expedido este contrato, ninguna declaración falsa (excepto declaraciones fraudulentas) hechas por alguna persona participante bajo el contrato podrá ser utilizada para anular el plan sobre su

persona o denegar una reclamación por servicios que comiencen después de transcurrido dicho periodo de dos (2) años.

- b. Ninguna reclamación por servicios que comiencen después de transcurridos dos (2) años desde la fecha de expedición de este contrato, se reducirá o denegará por el fundamento de que, con anterioridad a la fecha de efectividad de la cubierta de este contrato, existía una enfermedad o lesión física no excluida de la cubierta por su nombre o descripción específica, efectiva en la fecha del servicio.

20) **PAGO DE RECLAMACIONES:** Como regla general, los beneficios provistos bajo este contrato serán pagaderos a proveedores participantes, excepto en casos de emergencia donde se pagará según lo dispuesto por ley. De la persona participante haber utilizado proveedores no participantes durante casos de emergencias, los servicios prestados serán pagados directamente al proveedor.

En el caso de que la persona participante reciba servicios de cuidado de salud posteriores a los servicios de emergencia, o de post estabilización, que estarían cubiertos bajo el plan de cuidado de salud, excepto por el hecho de que se trata de un proveedor no participante, First Medical reembolsará a la persona participante a base de lo que resulte menor entre el gasto incurrido y el honorario que se hubiese pagado a un proveedor participante, luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable, según establecido en el contrato, siempre que exista una razón médica de peso por la cual el paciente no pueda ser transferido a un proveedor participante. Además, este contrato también contiene beneficios que se pagan a base de indemnización o reembolso al participante aun cuando el proveedor sea participante.

Para que First Medical pueda indemnizar o emitir un reembolso al participante en estos casos, la persona participante deberá dar aviso por escrito de la reclamación a First Medical dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o después de

dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible, pero que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

21) **PAGO SERVICIO CUBIERTO TOTAL SI NO HUBIERE PROVEEDOR:** En los casos que un participante necesite un servicio médicamente necesario cubierto por el plan para el cual no hubiere proveedor contratado y no esté dispuesto en su cubierta que el servicio será provisto mediante reembolso al participante, First Medical coordinará y establecerá un acuerdo especial con un proveedor no participante para la prestación de dichos servicios al participante. Esto estará sujeto a los términos y condiciones del contrato del participante y al pago al proveedor a base de la tarifa establecida por First Medical para los servicios a prestarse.

22) **RECUPERACIÓN O RECOBRO DE PAGOS EN EXCESO O POR ERROR:** Cuando First Medical haya pagado una reclamación por reembolso a la persona participante, y dicho pago haya sido emitido por error por una cantidad superior a la que la persona participante tenía derecho, First Medical podrá

recobrar la cantidad pagada en exceso a la persona participante.

23) **TERMINACIÓN INDIVIDUAL:** Será deber del empleado participante que cese o se retire de su empleo devolver las tarjetas de participante a First Medical. First Medical no cubrirá los servicios utilizados después de la terminación del plan. El empleado será responsable del pago de dichos servicios.

24) **WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT – WHCRA (SALUD DE LA MUJER Y LA LEY DE DERECHOS DE CÁNCER):** Este contrato provee cubierta a la persona participante para la reconstrucción del seno en el cual se llevó a cabo una mastectomía, así como cubierta para la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, las prótesis y las complicaciones físicas que surjan en todas las etapas de la mastectomía. Estos beneficios serán provistos en consulta entre la persona participante y su médico y estarán sujetos a los coaseguros y copagos establecidos en su contrato.

---

## DEFINICIONES

---

### CUBIERTA BÁSICA

1. **AGENCIA DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR:** Una agencia u organización que provea un programa de asistencia médica en el hogar y que:

a. Esté aprobada como Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar bajo *Medicare*, o

b. Esté establecida y funcione de acuerdo con las leyes aplicables en la jurisdicción donde esté ubicada; y donde se requiera licencia, haya sido aprobada por la autoridad reguladora que tenga la responsabilidad de conceder tal licencia dentro de la ley, o

c. Cumpla todos los requisitos siguientes:

1. Sea una agencia que se presente al público con el objetivo primordial de proveer un sistema que preste asistencia médica en el hogar

llevando al hogar servicios de sostenimiento.

2. Tenga un administrador de horario completo.

3. Mantenga registros escritos de los servicios que se proveen a los pacientes.

4. Su personal incluya por lo menos un(a) enfermero(a) graduado(a) registrado(a) (R.N.).

5. Sus empleados estén afianzados y provea seguro de conducta profesional impropia y responsabilidad de negligencia profesional.

2. **AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INYECTABLES:** Medicamento que inhibe o previene el desarrollo del cáncer evitando el

crecimiento, maduración y proliferación de las células malignas administrado mediante infusión.

3. **AÑO CONTRATO:** El periodo de doce (12) meses consecutivos por el cual el patrono adquiere o renueva el plan con First Medical.
4. **ÁREA DE SERVICIO:** Significa el área dentro de la cual se espera que la persona participante reciba la mayoría de los servicios médico-hospitalarios. En este contrato el área de servicio significa Puerto Rico, ya que los beneficios provistos en este contrato están disponibles sólo para aquellas personas que residen permanentemente en Puerto Rico.
5. **PARTICIPANTE / BENEFICIARIO:** Término que se utiliza para identificar ya sea al suscriptor principal (empleado), su cónyuge y dependiente elegible, que cumpla con los requisitos de elegibilidad.
6. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Proceso mediante el cual los médicos, hospitales y instalaciones no participantes aceptan brindarle los servicios necesarios al participante, facturándole a First Medical por dichos servicios a base de la tarifa para un proveedor participante.
7. **CARGO ACOSTUMBRADO:** Un cargo es acostumbrado cuando está dentro del conjunto de cargos usuales facturados por un servicio determinado por la mayor parte de los médicos o proveedores de servicio con adiestramiento y experiencia similar dentro de un área determinada.
8. **CARGO RAZONABLE:** Un cargo es razonable cuando satisface los criterios de usual y acostumbrado, o podrá ser razonable si, en opinión de un Comité de Revisión apropiado, el mismo amerita consideración especial con arreglo a la complejidad del manejo del caso particular.
9. **CARGO USUAL:** El cargo usual es el cargo más frecuente de un médico o proveedor de servicios particular a los pacientes por un servicio determinado.
10. **CASA DE DESCANSO O CASA DE CONVALECENCIA:** una institución

residencial privada equipada para el cuidado de personas que no pueden valerse por sí mismos, como los ancianos o personas con enfermedades crónicas.

11. **CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA:** Un establecimiento especializado:
  - a. Donde la ley reglamente tal instalación, que haya obtenido la licencia de la autoridad reguladora cuya responsabilidad sea ceder tales licencias bajo las leyes de la jurisdicción en que esté ubicado; o
  - b. Donde la ley no reglamente tal instalación que cumpla todos los requisitos siguientes:
    - 1) Esté establecido, equipado y dirigido de acuerdo con las leyes aplicables en la jurisdicción donde se encuentra ubicado primordialmente para el propósito de ejecutar procedimientos quirúrgicos.
    - 2) Funcione bajo la supervisión de un doctor en medicina (MD) con licencia para ejercer su profesión, que dedique un horario completo a tal supervisión y permita la ejecución de procedimientos quirúrgicos únicamente por un médico calificado, quien a la fecha en que se ejecuten tales procedimientos tenga el privilegio de ejecutarlos también en por lo menos un hospital en la región.
    - 3) Requiera en todos los casos, excepto en los que solamente requieran anestesia local, que un anestesiólogo con licencia administre la anestesia y permanezca presente durante todo el procedimiento quirúrgico.
    - 4) Provea por lo menos dos (2) salas de operaciones y por lo menos una sala de recuperación post anestesia; esté equipado para llevar a cabo exámenes de diagnóstico de radiografías y laboratorio; y disponga de personal adiestrado y equipos necesarios para atender las

- emergencias previsibles, que incluya un desfibrilador, un juego de traqueotomía y un banco de sangre u otro suministro, pero sin limitarse a ellos.
- 5) Provea los servicios a horario completo de uno o más enfermeros graduados registrados (*RN*) para la asistencia de pacientes en las salas de operaciones y en la sala de recuperación post anestesia.
  - 6) Mantenga un contrato escrito con por lo menos un hospital en la región para la aceptación inmediata de los pacientes que tengan complicaciones o requieran una hospitalización posoperatoria.
  - 7) Mantenga un registro médico adecuado, para cada paciente, el cual contenga un diagnóstico de admisión que incluya, para todos los pacientes, excepto aquellos que se sometan a un procedimiento con anestesia local, un informe de examen preoperatorio, historia clínica y pruebas de laboratorio o radiografías, un informe operatorio y un resumen del alta del paciente.
12. **CIRUGIA BARIATRICA:** Procedimiento quirúrgico para el control de la obesidad, el cual se puede practicar mediante cuatro técnicas: bypass gástrico, banda ajustable, balón intragástrico o gastrectomía en manga. First Medical solo cubrirá, conforme a lo requerido por ley, el bypass gástrico, sujeto a preautorización. La banda ajustable, el balón intragástrico y la gastrectomía en manga no estarán cubiertas.
  13. **CIRUGÍA COSMÉTICA:** Aquella cirugía que está dirigida únicamente a mejorar la apariencia individual y no a restaurar función o corregir deformidades. La cirugía puramente cosmética no se convierte en cirugía reconstructiva por razones de naturaleza psiquiátricas o psicológicas.
  14. **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA:** Aquella cirugía que se lleva a cabo en estructuras anormales del cuerpo con intención de mejorar defectos en función y apariencia que hayan sido resultado de defectos congénitos, enfermedades o trauma.
  15. **COASEGURO:** El por ciento de la tarifa que tiene que pagar la persona participante al momento de recibir el servicio cubierto del médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en este contrato y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por First Medical.
  16. **CONDICION PREEXISTENTE:** Significa una condición, sin importar la causa de ésta, para la cual se recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo, diagnóstico, cuidado o tratamiento durante los seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de suscripción del plan médico. Este contrato no excluye ni discrimina a sus participantes por condiciones preexistentes, independientemente de la edad del participante.
  17. **CONDICIONES SECUNDARIAS:** Una condición secundaria es una condición médica que es directamente causada por una condición médica ya existente, y no por su propia cuenta.
  18. **CONTRATO FAMILIAR:**
    - a. Significa el plan que provee beneficios para cualquier empleado participante, su cónyuge y sus dependientes directos, según lo define el inciso 28 de esta sección.
    - b. De no existir el cónyuge elegible según lo define el inciso 28, el contrato del empleado participante con uno (1) o más dependientes directos elegibles podrá, a su opción, considerarse como un contrato Familiar o como un contrato Individual con uno (1) o más dependientes directos; según lo define el inciso 28 de esta sección.
  19. **CONTRATO INDIVIDUAL:** Significa el plan que provee beneficios a cualquier empleado elegible soltero o casado sin incluir al cónyuge, según lo define el inciso 28, Dependiente Directo, como participante. Dicho empleado tendrá la opción de incluir en su seguro a cualquier dependiente

directo elegible, según lo define el inciso 28 de esta sección.

20. **CÓNYUGE:** Significa persona del mismo género o de género diferente con la cual el participante del plan ha contraído matrimonio de acuerdo a las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

21. **COPAGO:** La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar la persona participante al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en el contrato y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por First Medical.

22. **CUBIERTA ACREDITABLE:** Es la cubierta de salud que la persona participante principal tiene antes de que se suscriba a este plan bajo un plan grupal, siempre y cuando la persona no haya tenido interrupción sustancial de la cubierta. La certificación de cubierta acreditable se proveerá:

- a. Cuando la persona deja de estar cubierta por el plan médico; o
- b. Al momento que se haga la solicitud a nombre de una persona si la solicitud se hace hasta veinticuatro (24) meses después de la fecha del cese de cubierta.

23. **CUBIERTA PREVIA CALIFICADORA O CUBIERTA EXISTENTE CALIFICADORA:** Significa beneficios o cubierta que provee alguno de los siguientes:

- a. Programa Medicare, Medicaid, Programa Civil Médico para los Servicios Uniformados (*Tricare*), u otro programa auspiciado por el Gobierno.
- b. Plan médico grupal emitido por una organización de seguros de salud o asegurador, un plan de hospitalización prepago, de servicios médicos o del plan médico de la sociedad de Auxilio Mutuo, que provea beneficios similares a los del plan médico básico o los exceda, siempre y cuando la cubierta

haya estado vigente por lo menos un año.

c. Un plan médico pagado por el patrono bajo el mecanismo del autoseguro que provee beneficios similares o que excedan a los del plan médico básico, siempre y cuando la cubierta haya estado en efecto durante al menos los últimos doce (12) meses consecutivos, si:

- o El patrono optó por un plan médico que participa en la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos; y
- o El patrono cumplió con los requisitos de participación del plan operacional de la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos.

d. Un plan médico individual o un plan de una asociación bonafide que incluye cubierta provista por una organización de seguros de salud o asegurador o del plan de la Sociedad de Auxilio Mutuo que provee beneficios similares a los del plan médico básico con un nivel de cubierta plateada o los que exceda, si la cubierta ha estado vigente durante al menos los últimos doce (12) meses consecutivos; o

e. La cubierta estatal provista por un Plan Médico para Personas No Asegurables si la cubierta ha estado vigente por lo menos por un año.

24. **CUIDADO A DOMICILIO:** es la atención o cuidado proporcionado a un individuo en el hogar por un profesional de la salud con licencia o cuidador profesional para ayudarlo en las actividades de la vida diaria tales como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse, usar el baño, preparar alimentos, la alimentación y la supervisión de la medicación.

25. **CUIDADO CUSTODIAL:** se refiere a la atención personal o asistencia que se brinda de forma permanente a una persona en las actividades de la vida diaria tales como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de

una cama o una silla, desplazarse, usar el baño, preparar alimentos, la alimentación y la supervisión de la medicación. Cuidado custodial no requiere la atención continua de personal médico.

26. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Se consideran como dependientes directos:

- a. El cónyuge, persona con la cual uno se encuentra casado luego de haber cumplido con las ceremonias y formalidades exigidas por la ley, del empleado participante, incluido en un contrato familiar mientras este contrato esté en vigor siempre que se viva permanentemente bajo el mismo techo con dicho cónyuge.
- b. Hijos biológicos o adoptados legalmente del empleado participante, hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. No serán elegibles bajo este plan yernos, nuera, nietos o algún otro familiar del empleado participante.

27. **DESEMBOLSO MÁXIMO:** Es la cantidad máxima establecida que la persona debe pagar durante el año contrato. Antes de alcanzar la cantidad de desembolso máximo establecida en este contrato, la persona participante pagará los deducibles, copagos o coaseguros por los cuidados médico-hospitalarios esenciales y medicamentos, según descritos en la tabla de beneficios, recibidos a través de los proveedores participantes del plan. Una vez la persona participante alcance la cantidad de desembolso máximo establecida en este contrato, el plan le pagará el 100% de los gastos médicos cubiertos bajo este contrato. Los servicios prestados a través de proveedores no participantes, pagos realizados por la persona participante por servicios no cubiertos bajo este contrato, pagos por servicios dentales no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo.

28. **EMPLEADO:** Significa un empleado que rinde servicios a un patrono y a cambio recibe de éste un sueldo, salario, jornal, comisión, bono o cualquier otra forma de compensación, o que se encuentra bajo una licencia con sueldo como vacaciones, licencia por enfermedad y entrenamiento

militar entre otros, independientemente de si las funciones de su empleo se realizan en las instalaciones del patrono o fuera de éstas, si este empleado se considera permanente, a tiempo completo. También se entenderá que es un empleado aquel que se encuentre temporalmente ausente de su área de trabajo debido a alguna condición de salud personal o familiar. Un empleado dejará de estar activo cuando renuncie, abandone su empleo, se encuentre acogido a alguna licencia sin sueldo (salvo en aquellas circunstancias excepcionales establecidas por la Autoridad, tales como las dispuestas en los beneficios que provee la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y el "*Family Medical Leave Act*", sea despedido, se retire, fallezca o su plaza sea declarada vacante por el patrono.

29. **ENFERMEDAD:**

- a. Significa cualquier enfermedad no ocupacional contraída por cualquier persona participante. Las enfermedades ocupacionales deberán ser atendidas por el Fondo del Seguro del Estado.
- b. La maternidad y las condiciones secundarias y relacionadas al embarazo se considerarán como enfermedades para la cubierta que ofrece este contrato, sujeto a las siguientes condiciones:

- 1) Que los servicios se presten a la persona participante.
- 2) Cualquier servicio prestado para un aborto que se provoque con fines terapéuticos.

30. **ENFERMERAS ESPECIALES:** Son enfermeras dedicadas al cuidado especializado de cierta población de pacientes (Ej. enfermeras anestesiistas).

31. **ENTREVISTA INICIAL DE PSICOLOGÍA:** Recoge la problemática del paciente, su queja principal, el historial médico, historial personal, historial de desarrollo, el estado de las relaciones interpersonales, el estado mental, se establece un diagnóstico y un plan de tratamiento con recomendaciones sobre fortalezas y limitaciones.

32. **EQUIPO MÉDICO DURADERO:** Equipo que puede utilizarse repetidamente. Su uso principal es servir un propósito médico, no es a la persona o lesión. Éste debe ser apropiado para usarse en el hogar del paciente y su necesidad médica deberá ser certificada. No incluye equipo que se utilice fuera del hogar o que sirva una función de conveniencia solamente. Equipos médicos duraderos incluyen, pero no están limitados a camas tipo hospital, sillas de ruedas, equipos de oxígeno y andadores, entre otros.
33. **ESPECIALISTA EN NUTRICIÓN:** Profesional de la salud certificado por la entidad gubernamental designada para tales propósitos, que se especializa en alimentación y nutrición.
34. **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:** Significa una entrevista inicial para obtener el historial personal y clínico del participante, así como la descripción de síntomas y problemas de éste. La evaluación psicológica deberá ser realizada por un Psicólogo con grado de Maestría o Doctorado en Psicología, egresado de un programa graduado debidamente acreditado y con licencia vigente, expedida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.
35. **FECHA DE EFECTIVIDAD:** Significa el primer día de cubierta del plan o, si hay un periodo de espera, el primer día del periodo de espera, lo que ocurra primero.
36. **FIRST HEALTH CALL:** Servicio de First Medical donde el asegurado, a su opción, puede recibir orientación sobre preguntas relacionadas con su salud. Esta línea telefónica es atendida por profesionales de enfermería los siete (7) días de la semana, las veinticuatro (24) horas del día. Si al llamar, la persona participante recibe una recomendación de acudir a la sala de emergencia, se le asignará un número de registro que debe presentar al recibir los servicios. En caso de enfermedad, al presentar dicho número en la sala de emergencia, la persona participante pagará un copago menor por el uso de las instalaciones. El número de teléfono a llamar para comunicarse con **First Health Call** se encuentra al dorso de la tarjeta de identificación como participante de First Medical.
37. **FM HEALTH LINK: FM Health Link** es un programa de coordinación de servicios de salud a distancia de First Medical en donde puedes obtener los servicios de **FM eHealth** Telemedicina a tu alcance, **Alivia HD** Servicio de Medicamentos a tu hogar y a través de **First Health Call** Servicio de Consultoría de Salud.
38. **GASTO INCURRIDO:** Cantidad que desembolsa el participante por el costo total de un servicio recibido y que no fuera facturado al plan o tramitado por asignación de beneficios.
39. **HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996):** Ley pública federal número 104-191 del 21 de agosto de 1996. Regula todo lo relacionado a portabilidad y continuidad de cubierta en los mercados grupal e individual, contiene cláusulas para combatir el fraude y el abuso en las cubiertas de salud y en la prestación de servicios de salud, así como la simplificación administrativa de los planes de salud.
40. **HOSPICIO:** Cuidado especial a personas que tienen enfermedades terminales con expectativa de vida de 6 meses o menos.
41. **HOSPITALIZACIÓN PARCIAL:** Se refiere a los servicios organizados para el cuidado de pacientes con condiciones mentales que requieren atención hospitalaria a través de programas diurnos o nocturnos, los cuales cubren periodos diarios menores de veinticuatro (24) horas.
42. **INDEMNIZACIÓN:** Cantidad de dinero que recibe un participante por una reclamación sometida al plan de salud de un servicio cubierto recibido.
43. **INFORMACIÓN DE SALUD:** significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera que,
- sea creada o recibida por el asegurador o la organización de servicios de salud, y se relacione con la salud física, mental o conductual, o las condiciones pasadas, presentes o futuras de salud

de la persona, o un dependiente de ésta, la prestación de servicios de salud a la persona o el pago pasado, presente o futuro por servicios de salud que se presten a una persona.

- b. El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.

La información de salud incluye además información demográfica, genética e información sobre explotación financiera o maltrato.

- 44. **INFORMACIÓN GENÉTICA:** significa información de genes, productos de genes, y características heredadas que podrían derivarse de la persona o de un familiar. Esto incluye información relacionada con el estatus del portador e información derivada de pruebas de laboratorio que identifican mutaciones en genes o cromosomas específicos, exámenes médicos físicos, historiales familiares y el análisis directo de los genes o cromosomas.
- 45. **LESIONES:** Significa cualquier lesión accidental que sufra la persona participante, que no sea un accidente automovilístico o del trabajo y que requiera tratamiento médico y servicios de hospital.
- 46. **MEDICARE:** Ley Federal sobre el Seguro de Salud para las Personas de Edad Avanzada, Título XVIII de las enmiendas del 1965, a la ley del Seguro Social según constituido o enmendada posteriormente.
- 47. **MEDICINA DEPORTIVA:** Aquella rama de la medicina que trata las enfermedades y lesiones que resulten de actividades deportivas; que incluya la fase preventiva y preparatoria necesaria para mantener una buena forma física y mental.
- 48. **MÉDICO LICENCIADO:** Persona que solicita y es autorizada para ejercer la medicina y cirugía en Puerto Rico, previa la obtención de una licencia por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, de acuerdo con las disposiciones de la Ley y este Reglamento.
- 49. **MÉDICO O PROVEEDOR NO PARTICIPANTE:** Médico, hospital, grupo

médico o proveedor que no tiene un contrato vigente con First Medical.

- 50. **MÉDICO O PROVEEDOR PARTICIPANTE:** Significa todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia, servicios médicos de emergencia pre-hospitalarios o cualquier otra persona o entidad autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, que bajo contrato directo con First Medical o a través de un tercero preste servicios de salud a participantes de First Medical.
- 51. **OBESIDAD MÓRBIDA:** Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35. Esta es una condición que forma parte del síndrome metabólico y es un factor de riesgo para el desarrollo de otras condiciones como hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, problemas ortopédicos, apnea del sueño, problemas de la piel, problemas de circulación, diabetes mellitus, acidez, problemas psicológicos, ansiedad, infertilidad y embolia pulmonar, entre otros. Los estudios indican que se trata de una condición con origen multifactorial, genético, ambiental y psicológico, entre otros. Esto significa que puede ser causada por una alimentación excesiva, por alteraciones metabólicas o factores hereditarios.
- 52. **PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN:** significa el periodo de tiempo en que la persona participante permaneció hospitalizada. Este periodo corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso o admisión al hospital y la fecha de alta.
- 53. **PLAN DE TRATAMIENTO:** Significa un informe detallado de los procedimientos recomendados por el médico para el tratamiento de las necesidades médicas del paciente, encontradas en el examen físico hecho por el mismo médico.
- 54. **PLAN MÉDICO GRUPAL:** significa un contrato, emitido por First Medical, o un asegurador para beneficio de un patrono o un grupo de patronos, mediante el cual se provee servicios de cuidado de salud a los empleados elegibles y sus dependientes.

**55. PREAUTORIZACIÓN O AUTORIZACIÓN**

**PREVIA:** Significa el proceso de obtener aprobación previa de First Medical que se requiera bajo los términos de la cubierta del plan de salud para el despacho de un medicamento de receta.

**56. PREAUTORIZACIÓN:** Es la autorización previa expedida por First Medical para el pago de cualquiera de los beneficios y cubierta bajo este contrato y sus endosos, en los casos que First Medical lo estime necesario. Algunos de los objetivos de la preautorización son: evaluar si el servicio es médicamente necesario, evaluar la adecuación del lugar de servicio, verificar la elegibilidad del participante para el servicio que se está solicitando y si el mismo está disponible en Puerto Rico. Las preautorizaciones se evaluarán a base de las políticas de preautorizaciones que First Medical establezca de tiempo en tiempo.

Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que deben cumplir con criterios clínicos ya que pueden presentar un potencial de toxicidad, son candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado.

First Medical no será responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha autorización por parte de First Medical.

**57. PROVEEDORES EN USA, AETNA y REDBRIDGE:**

La Red de proveedores contratada por First Medical para el procesamiento de reclamaciones por servicios cubiertos fuera del área geográfica de Puerto Rico y que se pagarán a base de las tarifas negociadas por Aetna y Redbridge, del área donde se reciben los servicios.

**58. PROFESIONAL DE LA SALUD:** Significa un médico u otro profesional practicante del campo de la salud con licencia en Puerto Rico, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud y cuidado médico a tenor con las leyes estatales y reglamentos correspondientes tales como, pero sin limitarse a, médicos, cirujanos, podiatras, quiroprácticos, óptometras, sicólogos,

dentistas, farmacéuticos, enfermeras y tecnólogos médicos.

**59. PRUEBA PSICOLÓGICA:** Significa el uso de instrumentos dedicados a medir las habilidades intelectuales o la capacidad de un individuo para dominar un área en particular. Las pruebas psicológicas a utilizarse en cada caso estarán sujetas al juicio profesional del psicólogo con maestría o doctorado que tenga el conocimiento para administrarla, corregirla e interpretarla el cual deberá ser egresado de un programa graduado debidamente acreditado y con licencia vigente, expedida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

**60. PSICÓLOGO:** Profesional con grado de maestría o doctorado de una universidad, colegio o centro acreditado y que haya sido autorizado por la Junta Examinadora de Psicólogos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico a ejercer la práctica de psicología en Puerto Rico.

**61. PSICOTERAPIA:** Métodos utilizados para el tratamiento de los trastornos mentales y emocionales mediante técnicas psicológicas en lugar de utilizar medios físicos. Algunos de los objetivos de la psicoterapia son cambiar los modelos conductuales de inadaptación, mejorar las relaciones interpersonales, resolver los conflictos internos que provocan sufrimiento personal, modificar las ideas inexactas sobre el entorno y potenciar definido de autoidentidad que favorezca el desarrollo individual para lograr una existencia pura y llena de significado.

**62. QUERELLA:** significa una queja escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por una persona participante o a nombre de éste, con respecto 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;
- El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o

- Asuntos relacionados con la relación contractual entre el participante y el asegurador.
63. **REVISIÓN CONCURRENTES:** Revisión de utilización realizada durante la estadía del participante en una instalación o durante el tratamiento del participante en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de salud a participantes admitidos o de forma ambulatoria.
64. **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 del asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.
65. **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.
66. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Aquellos servicios cubiertos por este contrato que reciba la persona participante mientras no se encuentre recluida como paciente en un hospital.
67. **SERVICIOS DE AMBULANCIA:** Significa los servicios de transportación recibidos en un vehículo debidamente certificado para tales propósitos por la Comisión de Servicios Públicos de Puerto Rico y el Departamento de Salud de Puerto Rico.
68. **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:** Servicios cubiertos por este contrato que reciba la persona participante mientras se encuentra recluida como paciente hospitalizado en un hospital.
69. **SERVICIOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS:** Significa tratamientos médicos que:
- a. no tienen la aprobación final de la entidad reguladora correspondiente (Ej.: *Food and Drug Administration (FDA), Department of Human and Health Services (DHHS), Departamento de Salud de Puerto Rico*); o
  - b. la evidencia científica es insuficiente al amparo de la evidencia científica disponible, para llegar a conclusiones sobre el efecto del tratamiento o la tecnología en los resultados médicos que se obtienen; o
  - c. sus resultados positivos reportados son insuficientes para contrapesar de manera aceptable los resultados negativos del tratamiento; o
  - d. el tratamiento no es más beneficioso que otros tratamientos alternos ya reconocidos; o
  - e. la mejoría del tratamiento no puede obtenerse fuera de la fase de investigación.
70. **SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS:** Significa aquellos servicios que son provistos por un médico participante, un grupo de médicos o proveedor para mantener o restablecer la salud del participante y que son determinados y provistos según el estándar de la buena práctica de la medicina.
71. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Significa aquellos servicios que,
- a. están expresamente excluidos en el contrato del participante;
  - b. son parte integral de un servicio cubierto;
  - c. son prestados por una especialidad médica a la cual no le han sido reconocidos para pago;
  - d. son considerados experimentales o investigativos por las entidades correspondientes, según se indican en el contrato;
  - e. son provistos para la conveniencia o comodidad del participante, del médico participante o de la instalación.

72. **SERVICIOS NO DISPONIBLES EN PUERTO RICO:** Significa tratamiento en instalaciones o con equipo médico-hospitalario no disponibles en Puerto Rico, en el caso de un paciente participante que por su condición de salud requiera estos servicios.
73. **SESIONES:** Significa dos o más modalidades de tratamientos de terapia física o respiratoria.
74. **SÍNDROME METABÓLICO:** es el conjunto de varias enfermedades o factores de riesgo en una misma persona que aumentan su probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus. Personas que padecen del síndrome metabólico poseen al menos tres de los siguientes factores de riesgo: grasa excesiva en el abdomen, presión arterial alta (hipertensión), niveles anormales de grasa en sangre (lípidos), incluye el colesterol y los triglicéridos e hiperglucemia (nivel alto de azúcar en sangre).
75. **SISTEMA 9-1-1:** Sistema de respuestas a llamadas de emergencia de seguridad pública, vía el número 9-1-1 creado en virtud de la Ley 144 de 22 de diciembre de 1994, según enmendada conocida como “Ley para la Atención Rápida a Llamadas de Emergencias de Seguridad Pública” o “Ley de Llamadas 9-1-1.
76. **TARIFAS:** Significa la cantidad fija utilizada por First Medical para pagar a sus médicos o proveedores participantes por los servicios cubiertos prestados a los participantes cuando éstos no se retribuyen mediante otro método de pago.
77. **TENEDOR DEL CONTRATO:** Se conoce como la persona que tiene el contrato con First Medical, que para propósitos de este contrato es el patrono.
78. **TRASPLANTE:** Un procedimiento o una serie de procedimientos por el cual un órgano o tejido es:
- a. removido del cuerpo de una persona llamada donante e implantada en el cuerpo de otra persona llamada recipiente; o
  - b. removido e implantado en el cuerpo de la misma persona.
79. **TRATAMIENTO RESIDENCIAL:** Servicios de un nivel de cuidado de alta intensidad y restrictivo para pacientes con condiciones de salud mental incluyendo drogadicción y alcoholismo y condiciones comórbidas de difícil manejo en sus hogares y comunidades que no han respondido a otros niveles de tratamiento menos restrictivos e integra servicios clínicos y terapéuticos organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado las 24 horas, los 7 días.
80. **UNIDAD DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DIESTRO:**
- a. Es una Institución de Enfermería Especializada, según se define el término en *Medicare*, que esté calificada para participar y sea elegible para recibir pagos bajo y en conformidad con las disposiciones de *Medicare*; o
  - b. Es una institución que satisface las siguientes condiciones:
    - 1) Está dirigida en conformidad con las leyes aplicables a la jurisdicción donde está ubicada.
    - 2) Está bajo la supervisión de un médico licenciado o un enfermero graduado registrado (*RM*) que dedica un horario completo a tal supervisión.
    - 3) Se ocupa regularmente de proveer habitación y comidas y presta un servicio continuo de enfermería experta las 24 horas del día a personas enfermas y lesionadas, durante la etapa de convalecencia de una lesión o enfermedad.
    - 4) Mantiene un expediente médico de cada paciente que esté bajo la asistencia de un médico debidamente calificado.
    - 5) Está autorizada a administrar medicinas y tratamiento a pacientes siguiendo las instrucciones de un médico debidamente calificado.

No es, a no ser incidentalmente, un sitio para ancianos, ciegos o sordos, un hotel, una casa de asistencia domiciliaria, una casa de maternidad, o una institución para alcohólicos o adictos a drogas o enfermos mentales.

6) No es un hospital.

81. **UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO:** Área de servicio separada y claramente designada, la cual es reservada para pacientes en estado crítico y seriamente enfermos, que requieren constante observación audiovisual, según prescrita por el médico de cabecera. Además, provee cuarto y consejo de cuidado de enfermería por enfermeras cuyas responsabilidades están concentradas al cuidado de pacientes en acomodo de cuidado intensivo, y equipo especial o suministros disponibles inmediatamente en cualquier momento para el paciente recluido en esta área.
82. **VISITAS COLATERALES:** Entrevistas en la oficina de un psiquiatra o sicólogo (maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) con familiares inmediatos del paciente participante bajo este contrato.

### **CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

1. **APARATOS ORTOPÉDICOS:** Aquellos que se utilizan después de una corrección quirúrgica o mecánica de las desviaciones, deformidades y fracturas en general.
2. **APARATOS ORTÓTICOS:** Aditamentos externos que restringen, eliminan o redirigen el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, como, por ejemplo: abrazaderas, *bracer*, *corset*, férula, yesos para ligamentos lastimados, etc.
3. **ASISTENCIA QUIRÚRGICA:** Cuando un médico licenciado asiste activamente al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico cubierto, que por su complejidad garantiza la necesidad de asistencia.

4. **DEDUCIBLE EN EFECTIVO:** Aquella cantidad anual en efectivo que deberá acumularse antes de tener derecho a los beneficios que provee el plan de gastos médicos mayores.
5. **ESCALA DE BENEFICIOS MÉDICOS:** Escala a base de la cual se pagarán los servicios cubiertos y recibidos por la persona participante cuando dichos servicios no puedan pagarse bajo el concepto de cargo usual, acostumbrado y razonable. La Escala de Beneficios Médicos aplicará en Puerto Rico.
6. **GASTO EN EFECTIVO:** Cualquier gasto médico cubierto aplicable al deducible anual en efectivo para un año contrato, excepto los gastos por condiciones mentales en ambulatorio. Además, aplicará la porción del 20% de los gastos médicos cubiertos, responsabilidad de la persona participante.
7. **IMPLANTE:** Objeto, material o artefacto que se coloca dentro del cuerpo con el propósito de preservar configuración o proveer estabilidad o estímulo temporal o permanente a una parte del cuerpo. Son cubiertos de acuerdo a lo establecido en el contrato.
8. **MATERIALES O SUMINISTROS MÉDICOS:** Aquellos que, por sus características diagnósticas o terapéuticas, son esenciales para la efectividad del plan de cuidado ordenado por el médico para el tratamiento o diagnóstico de la enfermedad o lesión del paciente.
9. **PRÓTESIS:** Reemplazo artificial para una parte disfuncional del cuerpo, que se fabrica y se adapta a las medidas y necesidades individuales de la persona que será su recipiente con el propósito de proveer funcionalidad y/o movilidad. Puede sustituir una parte del cuerpo que no funciona o está ausente. Son cubiertos de acuerdo a lo establecido en el contrato.

### **TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

1. **CONDICIONES PREEXISTENTES:** Condiciones físicas o mentales padecidas por un participante las cuales se manifestaron inicialmente antes de la emisión del contrato; o que existían antes

de la emisión y por las cuales la persona participante recibió tratamiento.

2. **OBTENCIÓN:** Se refiere a los gastos incurridos para localización, remoción, conservación y transportación de un órgano o tejido. Además, incluye la evaluación previa a la cirugía y la cirugía necesaria para remover el órgano o tejido del donante. Los beneficios serán provistos solamente para obtener un órgano o tejido cubierto por este contrato, sujeto a que el proceso del trasplante no sea cancelado por motivo de la muerte o condición de salud del participante, y que el órgano o tejido no pueda trasplantarse a otra persona. Estos gastos están cubiertos siempre que el recipiente sea participante con First Medical. Para los trasplantes de médula ósea, se utiliza el término donación en vez de obtención.
3. **PRE-TRASPLANTE:** Evaluación y preparación de un participante para recibir trasplante de órgano o tejido.
4. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Requerimiento que First Medical o su representante autorizado hace de la opinión de un médico distinto al médico encargado del caso y seleccionado por First Medical, en los casos en que First Medical determine que fuera necesaria dicha opinión, antes que la persona participante reciba el servicio. First Medical podrá requerir una segunda opinión médica, por médicos designados por ésta, para aquellos procedimientos en que a juicio de First Medical o su representante autorizado sea necesario obtener dicha opinión.
5. **SEGURO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** Es un seguro independiente al Plan de Salud que posea la persona participante elegible con First Medical. El mismo provee cubierta para el beneficio de Trasplante de Órganos solamente, según se define en la Sección de Beneficios de este contrato. Los beneficios cubiertos serán pagaderos por indemnización o asignación de beneficios. Para ser elegible a este seguro, deberá estar suscrito a la cubierta básica.

6. **TRASPLANTE:** Un procedimiento o una serie de procedimientos por el cual un órgano o tejido es:

- a. Removido del cuerpo de una persona llamada donante e implantada en el cuerpo de otra persona llamada recipiente; o
- b. Removido e implantado en el cuerpo de la misma persona.

### **CUBIERTA DE FARMACIA**

1. **CLASIFICACION TERAPÉUTICA:** Son categorías que se utilizan para clasificar y agrupar los medicamentos por las condiciones que éstas tratan o por el efecto que producen en el cuerpo humano.
2. **COASEGURO:** El por ciento de la tarifa que tiene que pagar la persona participante al momento de recibir el servicio cubierto, como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en el contrato y como se ha notificado a la farmacia participante. Esta cantidad no es reembolsable por First Medical.
3. **COPAGO:** La cantidad fija predeterminada que le corresponde pagar al participante al momento de recibir el servicio cubierto, como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en el contrato y como se ha notificado a la farmacia participante. Esta cantidad no es reembolsable por First Medical.
4. **FARMACIA:** Cualquier establecimiento legalmente autorizado para efectuar el despacho de medicamentos.
5. **FARMACIA NO PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que no haya firmado contrato con First Medical para brindar servicios a los participantes.
6. **FARMACIA PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que haya firmado contrato con First Medical para brindar servicios a los participantes.
7. **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.

8. **MEDICAMENTOS CON REPETICIONES (REFILLS):** Receta que contiene indicaciones escritas del médico para autorizar que la farmacia despache un medicamento en más de una ocasión.
9. **MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO:** Son aquellos medicamentos que requieren el uso de una terapia prolongada y tienen poca probabilidad de cambios en dosis o terapia debido a efectos secundarios. También se consideran medicamentos de mantenimiento aquellos cuyo uso más común es tratar una enfermedad crónica cuando no puede ser determinado un final terapéutico.
10. **MEDICAMENTOS DE MARCA:** Medicamentos que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o marca de fábrica.
11. **MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS:** Hay ciertos medicamentos de marca que han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica como agentes preferidos luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo. En aquellas clases terapéuticas donde no hay bioequivalentes disponibles, les exhortamos que utilice como primera alternativa aquellos medicamentos identificados como preferidos.
12. **MEDICAMENTOS DE MARCA NO PREFERIDOS:** Un medicamento es clasificado como “no preferido” porque existen alternativas en los niveles anteriores que son más costo-efectivos o con menos efectos secundarios. Si usted obtiene un medicamento de marca no preferido, tendrá que pagar un costo mayor por el medicamento.
13. **MEDICAMENTOS BIOEQUIVALENTES:** Un medicamento bioequivalente tiene el mismo ingrediente activo en la fórmula que un medicamento de marca. Los medicamentos bioequivalentes usualmente cuestan menos que un medicamento de marca y están aprobados por la

Administración Federal de Drogas y Alimentos (*FDA*, por sus siglas en inglés).

14. **MEDICAMENTOS NO PREFERIDOS:** Este nivel incluye medicamentos bioequivalentes y medicamentos de marca no preferidos de mayor costo. Están clasificados como no preferidos porque existen alternativas en los niveles anteriores con menos efectos secundarios o que son más costo-efectivos. Si la persona participante obtiene un medicamento bioequivalente o de marca no preferido, tendrá que pagar un costo mayor por el medicamento.
15. **MEDICAMENTOS NUEVOS:** Son los medicamentos de recién incursión al mercado. Estos son evaluados por el Comité de Farmacia y Terapéutica en un término no mayor de noventa (90) días luego de su aprobación por la *Food and Drug Administration (FDA)*.
16. **MEDICAMENTOS OVER-THE-COUNTER (OTC):** son medicamentos sin leyenda federal que se pueden vender a un cliente sin la receta del médico.
17. **MEDICAMENTOS PREFERIDOS:** Incluye medicamentos bioequivalentes y de marca que han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica como agentes preferidos luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo. En aquellas clases terapéuticas donde no hay bioequivalentes disponibles, le exhortamos a los participantes a que utilicen como primera alternativa aquellos medicamentos identificados como preferidos.
18. **PREAUTORIZACION:** Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que deben cumplir con los criterios clínicos ya que pueden presentar un potencial de toxicidad, son candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado.
19. **PRODUCTO ESPECIALIZADOS PREFERIDOS:** Identifica los medicamentos o productos que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Los medicamentos en este nivel incluyen medicamentos bioequivalentes, biosimilares (bioequivalentes de productos biológicos) y

de marca a un costo menor y un arreglo especial para su despacho. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración y manejo especial.

20. **PRODUCTOS ESPECIALIZADOS NO PREFERIDOS:** Identifica los medicamentos o productos que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Los medicamentos en este nivel tienen un costo mayor que los especializados preferidos. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración y manejo especial.
21. **PROGRAMA DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS A 90 DÍAS EN FARMACIAS:** Es un programa voluntario que le permite al participante obtener un suministro de noventa (90) días de algunos de sus medicamentos de mantenimiento, a través de las farmacias participantes de dicho programa.
22. **PROGRAMA DE ENVÍO DE MEDICAMENTOS POR CORREO:** Es un programa voluntario que le permite al participante recibir algunos de sus medicamentos de mantenimiento a través del Servicio Postal de los Estados Unidos.
23. **RECETA:** Significa una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.

### CUBIERTA DENTAL

1. **BENEFICIO MÁXIMO:** Cantidad máxima de beneficios a pagarse por vida o por año contrato.
2. **DENTISTA:** Odontólogo legalmente autorizado a practicar la profesión de dentista.
3. **DENTISTA NO PARTICIPANTE:** Dentista que no haya firmado contrato con First Medical para prestar servicios dentales.
4. **DENTISTA PARTICIPANTE:** Dentista con licencia expedida por la entidad gubernamental designada para estos propósitos y miembro *bona fide* del Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico, que haya firmado contrato con First Medical para prestar servicios dentales.
5. **COASEGURO:** Por ciento establecido de acuerdo a las tarifas que pagará la persona participante directamente al dentista al momento de recibir los servicios.
6. **LÍMITE MÁXIMO:** Cantidad máxima de beneficios a pagarse por año contrato.
7. **ORTODONCIA:** Rama de la odontología relacionada con el diagnóstico y tratamiento necesario para prevenir y corregir la mala oclusión.
8. **PERIODONCIA:** Rama de la odontología relacionada con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las encías y otros tejidos que forman parte del soporte de los dientes.
9. **PLAN DE TRATAMIENTO:** Significa un informe detallado de los procedimientos recomendados por el médico o cirujano-dentista para el tratamiento de las necesidades médicas o dentales del paciente, encontradas en el examen físico hecho por el mismo médico o cirujano-dentista.
10. **PREDETERMINACIÓN DE BENEFICIOS:** Evaluación del plan de tratamiento sugerido por el cirujano-dentista antes de la prestación de los servicios, para determinar los gastos que First Medical cubrirá.
11. **SERVICIO DE EMERGENCIA:** Servicios prestados debido a la presentación súbita e imprevista de una condición que requiera asistencia dental. Dicha asistencia debe ser recibida inmediatamente después de presentarse la condición, o lo más pronto que sea posible.
12. **TARIFAS:** Significa la cantidad fija utilizada por First Medical para pagar a sus médicos o proveedores participantes por los servicios cubiertos prestados a los participantes cuando éstos no se retribuyen mediante otro método de pago.

## Resumen de Deducibles, Copagos y Coaseguros - Plan A

Servicios	Deducible/Copago/ Coaseguro
Cirugía Bariátrica	40% de coaseguro
Emergencia médico aguda (enfermedad)	\$50/\$0 copago en facilidades Metro Pavia Health y Metro Pavia Clinics
Emergencia traumática (accidente)	\$25
Esterilización y Vasectomía	20% de coaseguro
Litotricia (ESWL)	\$50
Mamoplastía Terapéutica	50% de coaseguro
Visitas Médicas	
Consulta médico generalista	\$10
Consulta médico especialista	\$10
Consulta médico sub-especialista	\$10
Consultas a optómetras	\$10
Consultas a podiatras	\$10
Consultas a quiroprácticos	\$10
Consultas a siquiátras y sicólogos	\$10
Consultas pre y post natales	\$10
Manipulaciones de quiroprácticos	\$10
Visitas del médico al hogar	\$20
Servicios Ambulatorios	
Cirugía Ambulatoria	\$50
Densitometría Ósea	\$0
Electrocardiogramas (EKG) y Electroencefalogramas (EEG)	\$0
Endoscopías gastrointestinales y colonoscopías	\$0
Laboratorios clínicos y Rayos X	25% de coaseguro/\$0 coaseguro en facilidades Metro Pavia Health y Metro Pavia Clinics
Medicina Nuclear	20% de coaseguro
Perfil Biofísico	20% de coaseguro
PET Scan y PET CT	20% de coaseguro
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$0
Resonancia magnética (MRI & MRA)	30% de coaseguro/ 0%

	coaseguro en facilidades Metro Pavia Health y Metro Pavia Clinics
Terapia física y respiratoria	\$10
Thin Prep Pap Test	\$0
Tomografías computadorizadas, sonogramas y sonomamografía	25% de coaseguro/ 0% coaseguro en facilidades Metro Pavia Health y Metro Pavia Clinics
Vacuna contra el virus del Papiloma Humano, tales como, Gardasil y Cervarix	\$0
Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial (Synagis ®)	\$0
<b>Major Medical</b>	
Coaseguro y desembolso máximo	20% hasta \$2,500 por suscriptor
Deducible por individuo	\$100 por año contrato
Deducible por familia	\$300 por año contrato
<b>Cubierta de Farmacia</b>	
<b>Despacho "retail"</b>	
Medicamentos bioequivalentes (Mandatorio)	\$8.00 por medicamento; \$0.00 por medicamentos bioequivalentes de mantenimiento a través de <i>Alivia Home Delivery</i>
Medicamentos de marca	25% mínimo \$10, máximo \$75
Productos Especializados	25% máximo \$100
Biosimilares Especializado	0%
Medicamentos <i>Over The Counter</i> (OTC), según el Programa OTC de First Medical.	\$0
<b>Medicamento de mantenimiento por correo y suplido de 90 días</b>	
Medicamentos bioequivalentes (Mandatorio)	\$8.00 por medicamento; \$0.00 por medicamentos bioequivalente de mantenimiento a través de <i>Alivia Home Delivery</i> .
Medicamento de marca	25% mínimo \$10, máximo \$75
Productos Especializados	No pueden ser despachados a través de correo ni en suplido a 90 días.

**Nota:** Esta tabla solo resume los deducibles, coaseguros y copagos aplicables, para los límites y frecuencias, debe referirse específicamente al detalle de la cubierta en este documento.

---

## PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO

---

### ACCESO A LOS SERVICIOS

El **Programa de Ayuda al Empleado (PAE)**, disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, le ofrece asistencia confidencial para ayudar a resolver situaciones que impactan el diario vivir. Los empleados elegibles de la AEE pueden acceder a los servicios del PAE para solicitar asesoría, servicios clínicos y orientación legal y/o financiera, a través del número libre de cargos 1-877-955-9554 o al 787-522-4616 (8:00 a.m. -5:00 p.m.). Un equipo compuesto por personal clínico licenciado en salud mental atenderá su llamada y le brindará ayuda con un enfoque preventivo, proactivo y confidencial.

### ACCESO A LOS SERVICIOS A TRAVÉS DE INTERNET

Como líder en la prestación de servicios de salud, nos preocupamos por su bienestar. Mientras que muchos avances se han producido en los últimos años, el estigma que rodea a la atención de salud mental sigue siendo un tema central, y como resultado directo, muchas personas en necesidad de servicios no tienen acceso a la atención o información sobre el cuidado.

A través de la página electrónica [www.apshealth.com](http://www.apshealth.com) podrá solicitar los servicios que le ofrece el Programa de Ayuda al Empleado (PAE) con tan solo completar una solicitud en línea. También tendrá acceso a información educativa que puede ser de gran ayuda para usted y su familia, tales como, boletines dirigidos a estilos de vida más saludables; herramientas para el manejo del estrés, la depresión, la ansiedad; temas de crecimiento personal, incluyendo manejo del tiempo y cómo hacer frente al cambio; y otros temas de salud y bienestar relacionados a dieta, nutrición y el ejercicio, entre otros.

### RESUMEN DE SERVICIOS

SERVICIOS DISPONIBLES	ESPECIFICACIONES
<i>Servicios Clínicos Directos</i>	<i>12 visitas al año para cada Empleado y 12 visitas para cada dependiente o familiar que viva bajo su mismo techo.</i>
<i>Referidos</i>	<i>Voluntarios Dirigidos Mandatorios</i>
<i>Orientación Legal/Financiera</i>	<i>1 legal y 1 financiera para el empleado y dependientes que vivan bajo su mismo techo</i>
<i>Talleres psicoeducativos (charlas)</i>	<i>100 horas por año contrato (presencial o virtual)</i>
<i>Orientaciones y Beneficios</i>	<i><b>Ilimitados</b> según sean coordinadas</i>
<i>Manejo de Crisis</i>	<i><b>Ilimitados</b> según sea necesario</i>
<i>Boletines</i>	<i>Mensuales y Trimestrales</i>
<i>Línea 24/7</i>	<i><b>Ilimitado</b></i>
<i>Extensa Red de Proveedores Especializados</i>	<i>Disponibles a través de toda la isla</i>
<i>Clínicas Multidisciplinarias</i>	<i>18 APS Clinics alrededor de toda la isla</i>

DIRECTORIO METRO PAVIA CLINICS



HOSPITALES



**COPAGO/COASEGURO**  
EN LA MAYORÍA DE LOS SERVICIOS

- Hospitalización
- Sonografía
- Densitometría Ósea
- Rayos X
- CT Scan
- Mamografía
- Laboratorio\*



**HOSPITAL PAVIA ARECIBO**  
787-650-7272  
\$0 en: Rayos X / Hospitalización / CT Scan\*\* / Sonografía / Mamografía / Laboratorio\* / Densitometría Ósea / MRI\*\* / Medicina Nuclear\*\*



**HOSPITAL METROPOLITANO DR. SUJONI, ARECIBO**  
787-650-1030  
\$0 en: Hospitalización / Laboratorios\* / Rayos X / Sonografía / Densitometría ósea / Mamografía Digital / CT Scan\*\* / MRI\*\* / Medicina Nuclear\*\*



**HOSPITAL METROPOLITANO CABO ROJO**  
787-851-2025  
787-851-2025 ext. 229 ó 230 | Orientación y Ayuda 787-851-0833  
\$0 en: Sala de Emergencia / Hospitalización Psiquiátrica / Hospitalización Parcial / Laboratorio\* / Mamografía / Sonografía / Radiología EKG



**HOSPITAL PAVIA HATO REY**  
787-641-2323  
\$0 en: Hospitalización / Laboratorios\* / Rayos X / Sonografía / Mamografía Digital / CT Scan\*\* / MRI\*\* / Medicina Nuclear\*\* / Cirugía ambulatoria\*



**HOSPITAL PEREA, MAYAGÜEZ**  
787-834-0101  
\$0 en: Hospitalización / Laboratorios\* / Rayos X / Sonografía / Densitometría ósea / Mamografía Digital / CT Scan\*\* / MRI\*\* / Medicina Nuclear\*\*



**HOSPITAL SAN FRANCISCO, RÍO PIEDRAS**  
787-767-5100  
\$0 en: Hospitalización / Laboratorios\* / Rayos X / Mamografía / Sonomamografía / CT Scan\*\* / MRI\*\* / Cirugía ambulatoria\*  
VISITA NUESTRA FARMACIA DENTRO DEL HOSPITAL



**HOSPITAL METROPOLITANO, SAN JUAN**  
787-782-9999  
\$0 en: Hospitalización / Laboratorios\* / Rayos X / Sonografía / Mamografía / Densitometría ósea / CT Scan\*\* / MRI\*\* / Medicina Nuclear\*\* / Endoscopia / Cirugía ambulatoria\*  
VISITA NUESTRA FARMACIA DENTRO DEL HOSPITAL



**HOSPITAL PAVIA SANTURCE**  
787-641-1616  
\$0 en: Hospitalización / Laboratorios\* / Rayos X / Sonografía / Mamografía Digital / Densitometría ósea / CT Scan\*\* / MRI\*\* / Medicina Nuclear\*\* / Cirugía ambulatoria\*



**HOSPITAL METROPOLITANO SAN GERMÁN**  
787-892-5300  
\$0 en: Sala de Emergencia / Hospitalización / Laboratorios\* / Rayos X / Mamografía / Sonografía / CT Scan\*\* / MRI\*\* / Eco Doppler



**HOSPITAL METROPOLITANO DE LA MONTAÑA, UTUADO**  
787-933-1100  
\$0 en: Hospitalización / Rayos X / Laboratorios\* / CT Scan\*\* / Sonografía



**HOSPITAL PAVIA YAUCO**  
787-856-1000  
\$0 en: Sala de Emergencia / Hospitalización / Hospitalización psiquiátrica / Laboratorios\* / Rayos X / Mamografía / Sonografía / Densitometría ósea, CT Scan\*\* / MRI\*\* / Medicina Nuclear\*\* / Terapia Física



**HOSPITAL METROPOLITANO DR. PILA, PONCE** 787-848-5600  
\$0 en: Sala de Emergencia / Hospitalización / Laboratorios\* / Laboratorio Vascular / Rayos X / Mamografía / Sonomamografía / Densitometría ósea, CT Scan\*\* / MRI\*\* / EKG

\*en la mayoría de las pruebas, según aplique

\*\*se paga por fármaco en caso de CT y MRI se paga por el contraste si es requerido

\*Aplica deducible en procedimiento de especialistas y subespecialistas



# CLÍNICAS

# First MEDICAL

HEALTH PLAN, INC.



**METRO PAVIA CLINIC, AGUADILLA**  
**787-296-9778**  
**\$0 en:** Sala de Emergencia / Laboratorio\* / Rayos X / EKG / Sonografía / Mamografía / EKG / Cirugía General / Dermatología / Endocrinología / Gastroenterología / Pediatría / Ginecología / Medicina Interna / Neurología / Ortopedia / Quiropráctico / Vacunación / Psicología



**METRO PAVIA CLINIC, ARECIBO**  
**787-650-0018 / 650-0020**  
**\$0 en:** Sala de Emergencia / Laboratorio\* / Rayos X / EKG / Sonografía / CT Scan / MRI / Mamografía Digital / Alergista\*\* / Cardiología / Pediatría / Certificados de Salud / Cirugía Ambulatoria / Cirugía General\*\* / Clínica Control de Peso\*\* / Dermatología / Generalista / Ginecología / Hematólogo Oncólogo\*\* / Medicina Interna\*\* / Neurología / Oftalmología\*\* / Ortopedia\*\* / Ortopedia Pediátrica\*\* / Pediatría / Quiropráctico\*\* / Vacunación / Endocrinología

**Centro Multidisciplinario de Manejo de Diabetes**  
 Educador en Salud / Endocrinología / Medicina Familiar / Nutrición / Trabajador Social



**METRO PAVIA CLINIC, BAYAMÓN**  
**787-787-2387 / 787-300-2815**  
**\$0 en:** Sala de Emergencia / Laboratorio\* / Rayos X / EKG / Sonografía / Mamografía Digital / Dental\*\*\* / Dermatología / Ginecología / Nutrición / Vacunación / Endocrinología / Reumatología / Neurología



**METRO PAVIA CLINIC, BELLA VISTA, BAYAMÓN**  
**787-710-9867**  
**\$0 en:** Sala de Emergencia / Laboratorio / Rayos X / Dermatología / Endocrinología



**METRO PAVIA CLINIC, CAROLINA**  
**787-993-4990**  
**\$0 en:** Sala de Emergencia / Laboratorio\* / Rayos X / Sonografía / CT Scan / EKG / Generalista / Cirugía General / Dermatología / Gastroenterología / Ginecología / Hematólogo Oncólogo / Nutrición / Ortopedia Adulto y Pediátrico / Quiropráctico / Reumatología / Vacunación / Pediatría / Endocrinología

**Centro Multidisciplinario de Manejo de Diabetes**  
 Educador en Salud / Endocrinología / Medicina Familiar / Nutrición / Trabajador Social



**METRO PAVIA CLINIC, CAGUAS**  
**787-746-2606**  
**\$0 en:** Sonografía / EKG / Generalista / Dental\*\*\* / Dermatología / Endocrinología\*\* / Ginecología / Pediatría / Quiropráctico / Reumatología / Vacunación



**METRO PAVIA CLINIC, GUAYAMA**  
**787-592-7180**  
**\$0 en:** Sala de Emergencia / Laboratorio\* / Rayos X / Mamografía / Dermatología / Quiropráctico / Reumatología / Vacunación / \*\*Clínica de Control de Peso



**METRO PAVIA CLINIC, CUPEY**  
**787-302-5100**  
**\$0 en:** Sala de Emergencias 24/7 / Laboratorios\* / Radiología / Sonografía / CT Scan\* /



**METRO PAVIA CLINIC, HATO REY**  
**787-641-3052 / 787-759-6389**  
**\$0 en:** Sala de Emergencia / Laboratorio\* / Rayos X / EKG / Alergista\* / Dental\*\*\* / Dermatología / Endocrinología / Gastroenterología\*\* / Generalista / Ginecología / Quiropráctico / Reumatología / Vacunación



**METRO PAVIA CLINIC, HUMACAO**  
**939-220-2100**  
**\$0 en:** Dermatología / Generalista / Nutrición / Quiropráctico / Reumatología / Vacunación



**METRO PAVIA CLINIC, LUQUILLO**  
**787-355-0056**  
**\$0 en:** Laboratorio Clínico / Generalista / Nutrición / Quiropráctico / Vacunación



**METRO PAVIA CLINIC, PONCE**  
**787-651-2858**  
**\$0 en:** Sala de Emergencia / Laboratorio\* / Rayos X / Sonografía / Mamografía Digital / CT Scan / Densitometría Ósea / Endocrinología / Vacunación



**METRO PAVIA CLINIC, TOA BAJA**  
**787-784-1782**  
**\$0 en:** Sala de Emergencia / Laboratorio\* / Rayos X / Sonografía / Dental / Dermatología / Endocrinología / Gastroenterología / Neurología / Pediatría / Quiropráctico / Reumatología / Vacunación



**METRO PAVIA CLINIC, FAJARDO**  
**787-534-8905**  
**\$0 en:** Dermatología / Generalista / Hematólogo Oncólogo / Quiropráctico / Reumatología / Vacunación



**CLÍNICA YAGÜEZ, INC., MAYAGÜEZ**  
**787-832-8444**  
**\$0 en:** Sala de Emergencia / Laboratorio Clínico\* / Rayos X / Sonografía / Mamografía Digital / Densitometría Ósea / CT Scan / MRI  
 VISITA NUESTRA FARMACIA AL LADO DE LA CLÍNICA



**METRO PAVIA CLINIC, SABANA GRANDE**  
**787-873-1755**  
**\$0 en:** Sala de Emergencias 24/7 / Laboratorios Clínicos\* / Centro de Imágenes\*

\$0.00 (Cero) Copago y coaseguro en la mayoría de los servicios \*en la mayoría de las pruebas, según aplique \*\*aplica costo \*\*\* servicios básicos

rev. 11/30/21

## CLÍNICAS MULTI-ESPECIALISTAS

Incluimos para su disponibilidad nuestra red exclusiva de clínicas multi-especialistas integradas en un solo lugar. En ellas podrás disfrutar de una amplia gama de especialistas con cero copagos. Aquí tienen disponibles servicios de Cardiología, Endocrinología, Neumologías, Neurología, Urología, Psicología, Dermatología, Gastroenterología y muchos más. Localizadas alrededor de la isla para su mejor conveniencia puede coordinar su visita contactándonos a través de:

- 1-866-333-5470, libre de cargos
- 1-866-333-5469 para audio impedidos
- [CoordinaTuCita@mmmhc.com](mailto:CoordinaTuCita@mmmhc.com)

### Integración de Clínicas y Hospitales



Estos servicios están disponibles a través de la Clínicas de Especialistas de:

- **APS Clinics** tiene a su disposición el sistema de clínicas especializadas en salud mental y manejo de adicción más completo en Puerto Rico. Contamos con modernos centros de cuidado ambulatorio en toda la Isla.

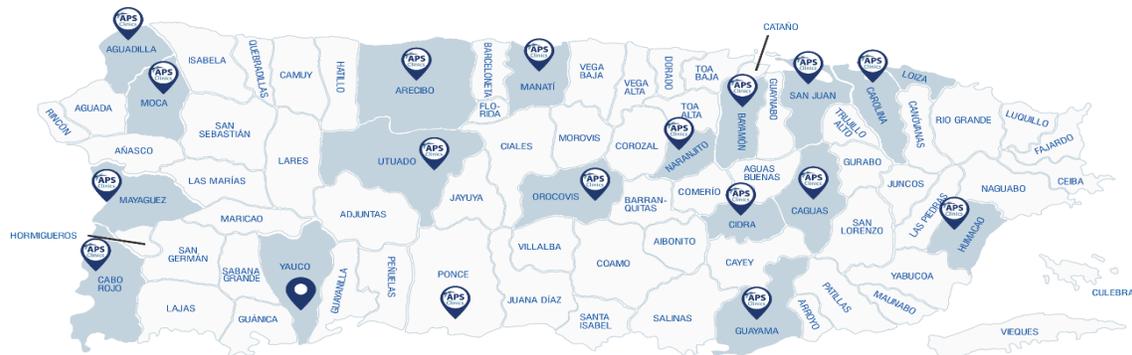
Nuestro equipo multidisciplinario incluye, Psiquiatra de Adultos, Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Psicólogo, Consejero en Adicción, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, Enfermero y Médico Generalista.

Contamos con 18 clínicas alrededor de la isla, que operan de lunes a viernes, de 7:00am a 4:00pm. Un equipo multidisciplinario compuesto por más de 220 profesionales de la salud está listo para ofrecerle servicios especializados:

- Evaluación y Tratamiento Psiquiátricos
- Terapia Psicológica (individual, de pareja, familiar y grupal)
- Apoyo Psico-Social (consejería y coordinación con Agencias)
- Terapia con Medicamentos Recetados
- Grupos de Apoyo
- Coordinación de otros Servicios de Salud
- Tratamiento para Abuso de Sustancias

Para la coordinación de servicios de Salud Mental u orientación sobre los servicios disponibles para suscriptores del grupo AEE podrán comunicarse con un Representante de Servicio de APS a través del **1-866-337-3338**.

Servicios de Salud Mental a través de **APS Clinics** localizadas a través de toda la isla



<b>FACILIDADES AMBULATORIAS &amp; TELÉFONOS</b>	<b>SERVICIOS</b> \$0.00 Copago en la mayoría de los servicios que se ofrecen en los Hospitales y las facilidades Metro Pavía, Clínicas Castellana, PHM y Todo Salud.	
<b>Metro Pavía Clinic, Aguadilla</b> <b>787-296-9778</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• Laboratorios *</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Sonografía</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Cirugía General</li> <li>• Medicina Interna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatología</li> <li>• Ortopedia</li> <li>• Endocrinología</li> <li>• Ginecología</li> <li>• Mamografía</li> <li>• Quiropráctico</li> </ul>
<b>Metro Pavía Clinic, Arecibo</b> <b>787-650-0018 / 650-0020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• Laboratorios *</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Sonografía</li> <li>• CT Scan</li> <li>• MRI</li> <li>• Mamografía Digital</li> <li>• EKG</li> <li>• Cirugía Ambulatoria</li> <li>• Dental ***</li> <li>• Certificado de Salud</li> <li>• Vacunación Privada y Gobierno</li> <li>• Reumatología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urología **</li> <li>• Medicina Interna **</li> <li>• Cardiología Pediátrica</li> <li>• Clínica de Control de Peso **</li> <li>• Endocrinología</li> <li>• Dermatología</li> <li>• Generalista</li> <li>• Neurología Pediátrica</li> <li>• Oftalmología **</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Psicología</li> <li>• Pulmonología Pediátrica</li> </ul>

<b>FACILIDADES AMBULATORIAS &amp; TELÉFONOS</b>	<b>SERVICIOS</b> \$0.00 Copago en la mayoría de los servicios que se ofrecen en los Hospitales y las facilidades Metro Pavía, Clínicas Castellana, PHM y Todo Salud.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedia **</li> <li>• Ortopedia Pediátrica**</li> <li>• Cirugía General **</li> <li>• Nutrición</li> <li>• Quiropráctico **</li> <li>• Alergista **</li> <li>• Oncólogo Hematóloga **</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Manejo de Diabetes Multidisciplinario               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Educador de Salud</li> <li>○ Nutrición</li> <li>○ Trabajador Social</li> <li>○ Endocrinología</li> <li>○ Medicina Familiar</li> </ul> </li> </ul>
<b>Metro Pavía Clinic, Bayamón</b> <b>787-787-2387</b> <b>787-300-2815</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• Laboratorios *</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Sonografía</li> <li>• Mamografía Digital</li> <li>• Vacunación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dental ***</li> <li>• Nutrición</li> <li>• Ginecología</li> <li>• EKG</li> <li>• Cirugía General</li> <li>• Dermatología</li> </ul>
<b>Metro Pavía Clinic, Bella Vista, Bayamón</b> <b>787-710-9867</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Laboratorios *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ginecología</li> <li>• Dermatología</li> </ul>
<b>Metro Pavía Clinic, Carolina</b> <b>787-710-9867</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• Laboratorios *</li> <li>• Pulmonología Pediátrica</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Sonografía</li> <li>• CT Scan</li> <li>• Mamografía Digital</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Generalista</li> <li>• Endocrinología **</li> <li>• Cirugía General</li> <li>• Ginecología</li> <li>• Nutrición</li> <li>• EKG</li> <li>• Quiropráctico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastroenterología **</li> <li>• Neurología Pediátrica</li> <li>• Reumatología</li> <li>• Dermatología</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Oncólogo Hematóloga</li> <li>• Ortopedia Pediátrica y Adulto</li> <li>• Centro de Manejo de Diabetes Multidisciplinario               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Salud</li> <li>○ Educador en Nutrición</li> <li>○ Trabajador Social</li> <li>○ Endocrinología</li> <li>○ Medicina Familiar</li> </ul> </li> </ul>
<b>Metro Pavía Clinic, Caguas</b> <b>787-746-2606</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalista</li> <li>• Sonografía</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Ginecología</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Dental ***</li> <li>• Nutrición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatología</li> <li>• Endocrinología **</li> <li>• Reumatología</li> <li>• Neurología **</li> <li>• Quiropráctico</li> <li>• EKG</li> </ul>

<b>FACILIDADES AMBULATORIAS &amp; TELÉFONOS</b>	<b>SERVICIOS</b> \$0.00 Copago en la mayoría de los servicios que se ofrecen en los Hospitales y las facilidades Metro Pavía, Clínicas Castellana, PHM y Todo Salud.	
<b>Metro Pavía Clinic, Guayama 787-592-7180</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• Laboratorios *</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Sonografía</li> <li>• Mamografía</li> <li>• Vacunación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG</li> <li>• Reumatología</li> <li>• Dermatología</li> <li>• Pulmonología Pediátrica</li> <li>• Estudio Vascular</li> </ul>
<b>Metro Pavía Clinic, Hato Rey 787-641-3052 787-759-6389</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• Laboratorios *</li> <li>• Sonografía</li> <li>• Dental ***</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Dermatología</li> <li>• Ginecología</li> <li>• Alergista *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatología</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Gastroenterología **</li> <li>• Reumatología</li> <li>• EKG</li> <li>• Generalista</li> <li>• Nutrición</li> <li>• Cirugía Colorrectal</li> </ul>
<b>Metro Pavía Clinic, Humacao 787-656-0270</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalista</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Dermatología</li> <li>• Dental ***</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutrición</li> <li>• Quiropráctico</li> <li>• Reumatología **</li> </ul>
<b>Metro Pavía Clinic, Luquillo 787-355-0056</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalista</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Quiropráctico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutrición</li> <li>• Laboratorios Clínicos</li> </ul>
<b>Metro Pavía Clinic, Ponce 787-651-2858</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• Laboratorios *</li> <li>• MRI</li> <li>• CT Scan</li> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• Sonografía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamografía Digital</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Neurología Pediátrica</li> <li>• Endocrinología</li> </ul>
<b>Metro Pavía Clinic, Toa Baja 787-784-1782</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• Laboratorios *</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Dental</li> <li>• Quiropráctico</li> <li>• Vacunación Privada y Gobierno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatología</li> <li>• Neurología Pediátrica</li> <li>• Reumatología</li> <li>• Endocrinología</li> <li>• Gastroenterología</li> <li>• Sonografía</li> </ul>
<b>Metro Pavía Clinic, Fajardo 1-855-380-4380</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalista</li> <li>• Quiropráctico</li> <li>• Ginecología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunación</li> <li>• Dermatología</li> </ul>
<b>Clínica Yagüez, Mayagüez 787-832-8444</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• Laboratorios *</li> <li>• Sonografía</li> <li>• CT Scan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Mamografía Digital</li> <li>• MRI</li> </ul>

<b>FACILIDADES AMBULATORIAS &amp; TELÉFONOS</b>	<b>SERVICIOS</b> \$0.00 Copago en la mayoría de los servicios que se ofrecen en los Hospitales y las facilidades Metro Pavía, Clínicas Castellana, PHM y Todo Salud.	
<b>Cabo Rojo Metropolitan 787-851-2025</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X</li> <li>• Laboratorios *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• EKG</li> </ul>
<p>* \$0 copago en la mayoría de las pruebas.            ** Puede aplicar copago.            *** Servicios básicos.</p>		
<b>FACILIDADES DE HOSPITAL Y TELÉFONOS</b>	<b>ADMISIÓN DE HOSPITAL Y OTROS SERVICIOS</b> \$0.00 Copago en la mayoría de los servicios que se ofrecen en los Hospitales y las facilidades Metro Pavía, Clínicas Castellana, PHM y Todo Salud.	
<b>HOSPITAL PAVIA ARECIBO 787-650-7272</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• CT Scan</li> <li>• Sonografía</li> <li>• Mamografía</li> <li>• Rayos X</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorios *</li> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• MRI</li> <li>• Medicina Nuclear**</li> </ul>
<b>HOSPITAL METROPOLITANO DR. SUSONI, ARECIBO 787-650-1030</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• CT Scan</li> <li>• Sonografía</li> <li>• Laboratorios *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X</li> <li>• Mamografía Digital</li> <li>• MRI</li> </ul>
<b>HOSPITAL METROPOLITANO CABO ROJO 787-851-2025 / ext. 229 &amp; 230 Orientación y Ayuda 787- 851-0833</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización Psiquiátrica</li> <li>• Laboratorios</li> <li>• Rayos X</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG</li> <li>• Hospitalización Parcial</li> </ul>
<b>HOSPITAL PAVIA HATO REY 787-641-2323</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• CT Scan</li> <li>• Sonografía</li> <li>• Laboratorios *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X</li> <li>• Mamografía Digital</li> <li>• MRI</li> </ul>
<b>HOSPITAL PEREA MAYAGÜEZ 787-834-0101</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• CT Scan</li> <li>• Sonografía</li> <li>• Laboratorios *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X</li> <li>• Mamografía Digital</li> <li>• Medicina Nuclear**</li> </ul>
<b>HOSPITAL SAN FRANCISCO RÍO PIEDRAS 787-767-5100</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• CT Scan</li> <li>• Sono-Mamografía</li> <li>• Laboratorios *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X</li> <li>• Mamografía</li> <li>• MRI</li> </ul>

<b>FACILIDADES AMBULATORIAS &amp; TELÉFONOS</b>	<b>SERVICIOS</b> \$0.00 Copago en la mayoría de los servicios que se ofrecen en los Hospitales y las facilidades Metro Pavía, Clínicas Castellana, PHM y Todo Salud.	
<b>HOSPITAL METROPOLITANO, SAN JUAN</b> <b>787-782-9999</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• CT <i>Scan</i></li> <li>• Sonografía</li> <li>• Laboratorios *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X</li> <li>• Mamografía</li> <li>• MRI</li> <li>• Densitometría ósea</li> </ul>
<b>HOSPITAL PAVIA SANTURCE</b> <b>787-641-1616</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• CT <i>Scan</i></li> <li>• Sonografía</li> <li>• Laboratorios *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X</li> <li>• Mamografía Digital</li> <li>• MRI</li> <li>• Densitometría ósea</li> </ul>
<b>HOSPITAL METROPOLITANO SAN GERMÁN</b> <b>787-892-5300</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• CT <i>Scan</i></li> <li>• Sonografía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorios *</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Mamografía</li> </ul>
<b>HOSPITAL METROPOLITANO DE LA MONTAÑA, UTUADO</b> <b>787-933-1100</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• CT <i>Scan</i></li> <li>• Sonografía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X</li> <li>• Laboratorios *</li> </ul>
<b>HOSPITAL PAVIA YAUCO</b> <b>787-856-1000</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Emergencias</li> <li>• Hospitalización</li> <li>• CT <i>Scan</i></li> <li>• Sonografía</li> <li>• Laboratorios *</li> <li>• Rayos X</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamografía</li> <li>• MRI</li> <li>• Medicina Nuclear</li> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• Terapia Física</li> </ul>
<b>DR. PILA, PONCE</b> <b>787-848-5600</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• CT <i>Scan</i></li> <li>• Sonografía</li> <li>• Laboratorios *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X</li> <li>• Mamografía Digital</li> <li>• MRI</li> </ul>
* \$0 copago en la mayoría de las pruebas.		
**CT & MRI puede requerir pago para los medicamentos y contraste.		

---

## ENDOSO AL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL VIAJERO A través de Redbridge

---

Los beneficios provistos bajo el Programa de Asistencia al Viajero estarán disponibles para cada persona suscrita bajo el plan. Los beneficios del programa son independientes a los del Plan de Salud First Medical Health Plan y serán pagaderos por indemnización (reembolso) y/o asignación de beneficios para pagarle directamente a la facilidad.

Este programa ofrece servicios de asistencia debido a situaciones que ocurran mientras la persona suscrita se encuentra de viaje fuera de Puerto Rico y durante la vigencia de la cubierta. El programa será responsable de gestionar y coordinar los servicios cubiertos que se describen en esta sección.

Para recibir los servicios bajo este programa es requisito obtener previa autorización de First Medical Health Plan o su representante autorizado al teléfono 1-833-950-4377, antes o durante la prestación de los servicios. De no cumplir con el requisito de autorización, los servicios no estarán cubiertos y First Medical Health Plan no se hará responsable del pago al proveedor que prestó los servicios a la persona suscrita.

- **Periodo Máximo de Cubierta:** Los servicios de asistencia al viajero y los beneficios bajo el programa estarán cubiertos para viajes del suscriptor que no excedan los 60 días consecutivos por cada viaje. Los servicios cesarán automáticamente a partir del día 60<sup>1</sup>, incluyendo aquellos casos iniciados, y en curso al momento, excepto los servicios de hospitalización ya iniciados en los cuales los servicios de asistencia continuarán prestándose por un periodo complementario de hasta diez (10) días adicionales. Una vez finalizado este periodo, el suscriptor es responsable del pago de los servicios prestados por la facilidad hasta la fecha en que fue dado de alta por servicios aplicables al programa de asistencia al viajero.
- **Beneficio Máximo de Cubierta:** Todos los gastos incurridos por, o en relación con los servicios médicos-hospitalarios y de asistencia, incluyendo los medicamentos y servicios dentales están sujetos a un máximo de beneficios pagadero de \$15,000.00 por persona, por año póliza. Aplican beneficios máximos adicionales por servicios específicos según establecidos en la Tabla de Beneficios Cubiertos a continuación.

**Beneficios Cubiertos:** Los siguientes beneficios y servicios estarán cubiertos hasta el beneficio máximo establecido en el Programa de Asistencia al Viajero.

**Beneficio máximo de \$15,000 para empleados activos y jubilados menores de 65 años de AEE**

<b>I</b>	<b>SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA</b>	<b>LÍMITES EXPUESTOS EN DÓLARES DE EE. UU.</b>
1	Servicios hospitalarios para la estabilización y tratamiento de una Emergencia Médica incluyendo, pero sin estar limitados a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de emergencia para pacientes ambulatorios o recluidos;</li> <li>• Anestesia, transfusión de sangre, oxígeno;</li> <li>• Yesos, vendajes, cabestrillos, etc.</li> <li>• Telemedicina</li> <li>• Médico a Domicilio</li> </ul>	Hasta la cantidad máxima por persona, según se indica a continuación:  LIMITE: \$15,000  (Los servicios serán únicamente provistos hasta que cese la emergencia médica)
2	Condiciones Médicas Pre-Existentes	Hasta un máximo de \$500 por persona.
3	Servicios médicos por COVID-19	Hasta el límite seleccionado en el Inciso 1
4	Servicios prestados por médicos para la atención, tratamiento o cirugía requerido por una Emergencia Médica.	Hasta el límite seleccionado en el Inciso 1
5	Medicamentos de urgencia prescritos por el médico tratante para el tratamiento de la Emergencia Médica.	Hasta un máximo de \$750 por persona.
6	Pruebas de diagnóstico y procedimientos requeridos por una Emergencia Médica.	Hasta el límite seleccionado en el Inciso 1.
7	Emergencia dental	Hasta un máximo de \$500 por persona.
<b>II</b>	<b>SERVICIOS DE ASISTENCIA</b>	<b>LIMITES EXPUESTOS EN DÓLARES DE EE. UU.</b>
<b>Los siguientes beneficios están dentro del tope máximo</b>		
1	Traslado médico de emergencia.	Hasta un máximo de \$15,000 por persona.
2	Repatriación por Emergencia Médica.	Hasta un máximo de \$15,000 por persona.
3	Estadía en hotel por resultado positivo de la prueba Covid-19 en el extranjero, limitado a:	Hasta \$ 100 diarios, hasta un máximo de 14 días.
4	Estadía en hotel por convalecencia prescrita como resultado de una Emergencia Médica.	Hasta \$100 diarios, hasta un máximo de 14 días.
5	Traslado de un acompañante por hospitalización superior a cinco (5) días.	Hasta un máximo de \$1,000
6	Estadía en hotel del acompañante.	Hasta \$100 diarios, hasta un máximo 10 días
7	Garantía de regreso (fecha diferente a la prevista)	Hasta un máximo de \$500 - diferencia en el costo o penalidad del pasaje.
8	Regreso de acompañante de 15 años o menos.	Hasta un máximo de \$5,000
9	Repatriación de restos mortales	Hasta un máximo de \$10,000
10	Asistencia legal por accidente de tránsito.	Hasta un máximo de \$1,500

11	Gastos por fianza por accidente de tránsito.	Hasta un máximo de \$1,500
12	Servicio de grúa para vehículo alquilado.	Hasta un máximo de \$100
13	Gastos por vuelo demorado o cancelado.	Hasta un máximo de \$300 por persona - artículos de primera necesidad.
14	Compensación por equipaje no localizado por 72 horas.	\$150 por persona - artículos de primera necesidad.
15	Compensación por demora de equipaje superior a 12 días.	\$200 por persona - artículos de primera necesidad.
16	Indemnización por pérdida definitiva de equipaje.	Hasta un máximo de \$1,000 - \$20 por kilogramo (1kg=2.2 libras) de equipaje.
17	Regreso por fallecimiento de un familiar cercano.	Hasta un máximo de \$500 - diferencia en el costo o penalidad del pasaje.
18	Regreso por incidencia urgente en el domicilio de residencia.	Hasta un máximo de \$500 - diferencia en el costo o penalidad del pasaje.
19	Pérdida de conexión aérea.	\$150 por persona – para artículos de primera necesidad.
20	Pérdida de pasaporte.	Hasta un máximo de \$500 - limitado al costo de la gestión consular.
<b>Otros Servicios</b>		
1	Localización de equipaje	Asistencia en la localización y gestión de entrega.

---

### EXCLUSIONES PROGRAMA DE ASISTENCIA AL VIAJERO

---

**Este Programa no cubre los siguientes servicios o tratamientos:**

1. Cualquier tratamiento por complicación asociada a una condición preexistente excepto como se dispone en el inciso 1 de servicios de asistencia.
2. Cirugía cosmética o servicios relacionados.
3. Tratamientos de salud mental, condiciones emocionales.
4. Consultas y exámenes físicos de rutina; tratamientos ginecológicos, trasplantes de órganos y tejidos, y cualquier servicio relacionado.
5. Cirugía que requiera el implante o reparación de prótesis, ostosis o síntesis, implantes y otros equipos artificiales.
6. Atención médica y hospitalaria requerida por el tratamiento o incidentes que sufre una persona asegurada como resultado de su participación en deportes extremos, actos terroristas o desastres naturales.