First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.

CUBIERTA DE BENEFICIOS 2025

CLASSIC ELA - RUBÍ

PREMIUM ELA - RUBÍ

UNIFORME - ORO

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

48 AÑOS DE SALUD

ANUNCIO AUTORIZADO POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado(a) Suscriptor(a):

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

Durante los pasados cuarenta y ocho (48) años, hemos sido la Organización de Servicios de Salud que ha presentado diferentes cubiertas de beneficios, diseñadas especialmente para los Servidores Públicos y sus familias. *First Medical Health Plan, Inc.*, le ofrece una excelente alternativa, al alcance de su bolsillo.

Contamos con una amplia y robusta Red de Proveedores, distribuida convenientemente a través de toda la Isla para proveerle accesibilidad y calidad en los servicios de atención médica, hospitalarios y preventivos a través de la Libre Selección, donde usted puede escoger el médico de su preferencia.

A través de nuestra página electrónica www.firstmedicalpr.com, disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, usted puede obtener acceso a información adicional. También, puede comunicarse con un Representante de Servicio al Cliente llamando al 1-888-318-0274, libre de cargos o visitar cualquiera de las Oficinas de Servicio, en horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Recuerde que First Medical Health Plan, Inc., es el plan de salud que estará hoy, mañana y siempre para servirle. Gracias por seleccionarnos, porque con First Medical siempre serás primero.

Cordialmente,

First Medical Health Plan, Inc.

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN 3

II. ELEGIBILIDAD 4

1. DEPENDIENTES ELEGIBLES 4

2. CAMBIOS DE ASEGURADOR DURANTE EL AÑO DE CONTRATO 6

3. CAMBIOS DURANTE EL AÑO 7

III. PROCESO DE PREAUTORIZACIÓN 13

IV. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) 13

V. CONVERSIÓN 22

VI. RESUMEN DE SUS BENEFICIOS MÉDICOS BÁSICOS 25

1. DISPOSICIONES DEL PLAN 25

2. CUBIERTA MÍNIMA REQUERIDA 30

VII. EXCLUSIONES APLICABLES A LA CUBIERTA BÁSICA: 34

VIII. CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS 40

1. DISPOSICIONES GENERALES 40

2. BENEFICIOS CUBIERTA TRASPLANTE DE ÓRGANOS 41

IX. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES EN LA CUBIERTA DE TRASPLANTES 42

X. CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES 42

1. DEDUCIBLES 43

2. ELEGIBILIDAD 43

XI. EXCLUSIONES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES 44

XII. RESUMEN DE LA CUBIERTA DE FARMACIA 46

XIII. EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA 49

XIV. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE VISIÓN (Incluido) 70

1. CÓMO SE RECIBEN LOS BENEFICIOS 70

XV. CUBIERTA DENTAL (Incluido) 70
XVI. SEGURO DE VIDA (Opcional) 70
1. RESUMEN DE CUBIERTA 70
2. TABLA DE REDUCCIÓN DE BENEFICIO 71
3. PROCESO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS 71
XVII. PROGRAMA DE VALORES AÑADIDOS 73
XVIII. HERRAMIENTAS 78
XIX. NUESTROS PROVEEDORES 78
XX. RED DE SERVICIOS 78
XXI. PROCESO DE QUERELLAS, APELACIONES Y RECLAMACIONES 78
XXII. NOTIFICACIONES IMPORTANTES 90
XXIII. DEFINICIONES 91
CUBIERTA BÁSICA 91
CUBIERTA DE FARMACIA 99
XXIV. CUBIERTA DE BENEFICIOS 102

I. INTRODUCCIÓN

Esta Guía del Suscriptor establece sus derechos y obligaciones como suscriptor o persona cubierta. Es importante que usted lea su guía cuidadosamente y se familiarice con sus términos y condiciones.

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

Es esencial que usted mantenga el pago de sus primas al día. Su cubierta podría ser cancelada por falta de pago. El costo de su plan puede ser contributario y el pago de primas puede que sea compartido entre usted y su agencia, o patrono. En cualquiera de los casos, asegúrese de que su patrono o agencia hagan las correspondientes asignaciones de aportación patronal y los descuentos de nómina que pudiesen aplicarle a usted, según sea el plan que usted escoja. Esa es una responsabilidad primordialmente suya como suscriptor y beneficiario del plan. Recuerde, usted puede constatar esta información examinando sus talonarios de pago cada mes. De igual forma, si usted estuviese bajo algún tipo de licencia, usted es igualmente responsable por velar que sus primas estén al día, incluyendo el pago de las aportaciones patronales que le correspondan. Asegúrese de estos importantes detalles contactando la División de Nóminas de su agencia o patrono siempre que esto sea necesario. De esta forma usted disfrutará de la continuidad de su cubierta. First Medical Health Plan, Inc., acuerda con los:

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

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

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

La Cubierta comenzará su vigencia en la fecha especificada y continuará vigente mediante el pago de las primas requeridas a la fecha de su vencimiento, sujeto a la terminación de la cubierta, según establecido. La cubierta bajo el contrato comenzará el **1 de septiembre de 2024** a las 12:01 a.m. y terminará el **31 de agosto de 2025** a 12:00 de la medianoche, hora local (de Puerto Rico). El Contrato objeto de esta cubierta se proveerá en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Hasta donde la Ley del Estado Libre Asociado de Puerto Rico aplique, esta cubierta se regirá por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
Esta Guía del Suscriptor quedará registrada en la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), juntamente con el Contrato una vez el mismo quede firmado entre las partes.

II. ELEGIBILIDAD

1. DEPENDIENTES ELEGIBLES

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

a. Cualquier persona que adquiera la condición de elegible con posterioridad a la fecha en que comience este contrato, deberá someter su solicitud de ingreso al Plan dentro de treinta (30) días a partir de la fecha que tenga conocimiento de elegibilidad. La cubierta en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la solicitud, siempre que la persona someta la solicitud antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después del día diez (10) del mes, la cubierta tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

b. Los empleados que no soliciten cubierta, según se establece en el punto anterior, no podrán ingresar al Plan durante el resto del año de contrato. First Medical Health Plan, Inc., no está autorizado a realizar cambios en las cubiertas durante el año contrato sin la

autorización de la Administración de Seguros de Salud, con excepción de los especificados en este contrato.

c. En todos los casos, la inclusión de dependientes solo se podrá hacer al momento de acogerse el empleado a los beneficios de este contrato o en la fecha de renovación de este.

Administración de Seguros de Salud – Plan Vital

a. Aquellos empleados o pensionados que opten por el Plan de Salud del Gobierno, Vital como Entidad Contratante no podrán utilizar la aportación patronal otorgada por la Ley Núm. 95 para ningún otro plan que no sea el Plan Vital.

b. Si el empleado, funcionario o pensionado o su cónyuge escoge un plan médico de los contratados por el Secretario de Hacienda y no informa que tiene el Plan Vital, este último será pagado con la aportación patronal y el otro plan será descontado por nómina del cheque del empleado o de la pensión.

c. Aquellos empleados o pensionados que estén activos en el Plan Vital e interesen acogerse a uno de los contratados por la Administración de Seguros de Salud deberán solicitar su baja previa a llenar una solicitud al plan de salud seleccionado. Para esto deberá presentar una certificación (MA-10) que indique que no pertenece al Plan Vital al plan seleccionado.

d. A aquellos que no hayan solicitado su baja en el tiempo requerido por la Administración de Seguros de Salud a la cubierta del Plan Vital y a la misma vez se acojan algún plan de beneficios de salud bajo la Ley Núm. 95 la aportación patronal será pagada al Plan Vital.

e. El empleado o pensionado deberán reponer al Gobierno todo el dinero por concepto de aportación patronal recibida de forma indebida.

f. Cuando un empleado o pensionado médico indigente que esté en el Plan Vital y en su revisión no cualifica como médico indigente y esto ocurre durante el periodo de contrato que no sea el periodo de cambio o suscripción, la Oficina de Asistencia Médica del Departamento de Salud vendrá obligada a orientar al empleado de este interesar en continuar con la aportación patronal, solicite el Plan de Salud del Gobierno (ELA Puro)

hasta el periodo de cambio o suscripción que establece ASES. Para esto, deberá presentar una certificación (MA-10) que indique que no pertenece al Plan Vital y tendrá que pagar la diferencia en costo. En estos casos, el Plan de Salud de Gobierno le facturará a la agencia la aportación patronal de dichos empleados. Dicho plan se cancelará automáticamente el 31 de diciembre del año en curso.

g. Si al empleado o pensionado no médico indigente le interesa seguir con el (ELA Puro) u otro plan de servicio de salud contratado por la Administración de Seguros de Salud, llenará una solicitud en el periodo de suscripción establecido para este propósito. Las agencias serán responsables de orientar al personal sobre este requerimiento.

h. Si el empleado durante el año de contrato quiere cambiar de un plan de salud contratado por la Administración de Seguros de Salud al Plan Vital de ASES, (ELA Puro) o viceversa, tendrá que seguir las disposiciones de cancelación que se indican en esta Carta Normativa.

i. El empleado público que se acoja al Plan de Salud del Gobierno (ELA Puro) le aplican todas las disposiciones establecidas por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

2. CAMBIOS DE ASEGURADOR DURANTE EL AÑO DE CONTRATO

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

a. El empleado entregará copia de la solicitud por escrito de la terminación y copia de la solicitud de ingreso al coordinador de planes médicos de la Oficina de Recursos Humanos de su agencia o municipio.

b. El empleado deberá cumplir con las siguientes condiciones:

    i. No tener deudas con el Plan al cual estaba acogido.

ii. No podrá hacer cambios en la cubierta ni podrá incluir dependientes adicionales que no estaban incluidos en el Plan del cual se dio de baja.

iii. El empleado o pensionado deberá autorizar por escrito al Plan al cual estaba acogido a intercambiar información con el nuevo plan al momento de presentar la solicitud de cancelación.

3. CAMBIOS DURANTE EL AÑO

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

a. Casamiento

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

b. Recién Nacidos

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

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

El asegurado o suscriptor deberá solicitar el ingreso de un hijo adoptivo, hijastro, cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del asegurado principal, haya vivido

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

d. Por Divorcio o Muerte

Los hijos de un asegurado o suscriptor que se divorcie o muera tienen derecho a continuar bajo el Plan del asegurado o suscriptor por un periodo de cubierta extendida de 36 meses, aunque no vivan bajo el mismo techo. El cónyuge divorciado o viudo que no fuera asegurado o suscriptor principal es elegible a continuar como asegurado o suscriptor, si se acoge al derecho de conversión, de acuerdo con lo establecido más adelante en la sección de Conversión del contrato entre ASES y First Medical Health Plan, Inc. Si un dependiente directo u opcional muere durante el año contrato el Asegurado o suscriptor deberá notificar a First Medical Health Plan, Inc., dentro de los treinta (30) días siguientes a la muerte para el cambio o ajuste, si alguno, de la prima correspondiente.

e. Por Separación del Servicio para Acogerse al Retiro

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

i. Ingresar

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

del día diez (10), el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.

ii. Interesa Continuar Sin Interrupción de Servicios

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

iii. Decida No Continuar Con Su Plan

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

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

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

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

g. Por Doble Cubierta

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

h. Cancelación de la Cubierta en Otro Plan Médico

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

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

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

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

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

j. Licencia Sin Sueldo

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

- Si determina continuar con el contrato tendrá derecho al pago de la aportación patronal por un periodo que no excederá de doce (12) meses, siempre y cuando se reintegre al servicio al finalizar dicho periodo. De no reintegrarse finalizado dicho periodo, este vendrá obligado a reembolsar al Secretario de Hacienda los desembolsos incurridos para el pago de las aportaciones patronales. Sin embargo, el Secretario de Hacienda podrá excluir de la obligación de reembolsar las aportaciones mencionadas a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios del retiro por una condición de salud.

- Un empleado que esté en licencia sin sueldo y no puede cubrir las primas del contrato vigente, podrá modificar dicha cubierta para reducir las mismas. Dicho cambio lo hará

directamente con la entidad aseguradora y no está sujeto a las fechas límite para hacer cambios.

- Si el plan de servicios de salud es mancomunado, notificará a la Oficina de Recursos Humanos de la agencia donde trabaje el cónyuge mancomunado.

- Si el asegurado se reintegra al servicio público luego de terminada la licencia sin sueldo y no está acogido a un plan de servicios de salud, este tendrá hasta setenta (60) días calendarios siguientes a la fecha del reingreso para solicitar ingresar a uno de los planes médicos contratados por la Administración de Seguros de Salud.

- Si la licencia sin sueldo fue concedida bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, la cual entró en vigor el 5 de agosto de 1993 (*Public Law 103-3*) y el empleado determina continuar con el contrato, la cubierta podrá continuar en vigor por un periodo que no excederá de doce (12) semanas y tendrá derecho al pago de la aportación patronal correspondiente por el referido periodo.

- Cuando un militar suscrito a un plan de beneficios de salud se acoge a una licencia militar sin sueldo y determina continuar con el contrato de seguros, deberá notificarle a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia. La licencia militar sin sueldo es hasta que la persona regrese y no tiene que devolver la aportación patronal siempre y cuando sea activado para una necesidad específica.

- Las licencias sin sueldo deben ser solicitadas por el empleado a la agencia, no se concederán automáticamente.

- Cuando una agencia otorga una licencia sin sueldo a un empleado para que trabaje en otra agencia la aportación patronal le corresponde pagarla a la agencia para la cual este presta sus servicios.

III. PROCESO DE PREAUTORIZACIÓN

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

1. First Medical Health Plan, Inc., informará por escrito al asegurado o suscriptor en el término de dos (2) días laborables o de lo contrario se considerará que la solicitud de preautorización ha sido aprobada.

2. El término máximo que se concederá al asegurado o suscriptor para recibir ese servicio no será menor de treinta (30) días calendario.

3. El oficial médico o representante autorizado de First Medical Health Plan, Inc., que decida no autorizar el servicio hará constar su decisión por escrito, no más tarde de dos (2) días laborables de la solicitud.

4. Se considerará autorizado el servicio que el médico participante considere que es un servicio de emergencia.

5. Si el asegurado solicita una reconsideración, First Medical Health Plan, Inc., tendrá cinco (5) días laborables para contestar su decisión por escrito.

IV. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

La disposición de Coordinación de Beneficios (COB) aplica cuando una persona está cubierta por dos (2) o más planes.

El orden de las reglas de determinación de beneficios gobierna el orden en el que el Plan pagará por las reclamaciones por beneficios. El plan que paga primero es llamado el Plan Primario. El Plan primario deberá pagar los beneficios de acuerdo con los términos de la cubierta sin tener en cuenta la posibilidad que exista otro Plan que pueda cubrir algunos gastos. El Plan que paga

después del Plan Primario es el Plan Secundario. El Plan Secundario podría reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los Planes no excedan el 100% de los Gastos Permitidos.

Definiciones:

1. Un Plan es cualquiera de los siguientes que proveen beneficios o servicios médicos, dentales o tratamiento. Si contratos separados son utilizados para proveer cubierta coordinada para los suscriptores de un grupo, los contratos separados serán considerados como parte del mismo plan y no habrá COB entre esos contratos separados.
    a. Plan incluye: contratos de seguros grupales y no grupales, contratos de organizaciones de seguros de salud, planes de panel cerrado u otra forma de cubiertas tipo grupo o grupales (ya sean aseguradas o no aseguradas); componentes de cuidado médico de un contrato de cuidado prolongado, como lo es el cuidado de enfermería diestro; beneficios médicos bajo un contrato grupal o individual de automóvil; y Medicare o cualquier plan federal gubernamental, según permitido por ley.

    b. Plan no incluye: cubierta de indemnización hospitalaria u otra cubierta de indemnización fija; cubierta solo de accidentes, cubierta de enfermedad específica o accidente específico; cubierta de beneficios de salud limitados, según definido por la ley estatal; cubierta de tipo de accidente escolar; beneficios por componentes no médicos de una cubierta de cuidado prolongado; cubierta suplementaria de Medicare; cubierta Medicaid; o cubierta bajo cualquier otro plan gubernamental, a menos que sea permitido bajo ley.

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

2. Este plan significa, en una disposición de COB, la parte del contrato que provee los beneficios de cuidado de salud al cual le aplica la disposición de COB y al que puede verse reducido por los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que provea beneficios de cuidado de salud es separada de este plan. A un contrato le puede aplicar

una disposición de COB a cierto beneficio, como beneficios dentales, coordinando solamente con beneficios similares y podría aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.

3. El orden de la regla para determinar beneficios dispone si este Plan es un Plan Primario o Plan Secundario cuando la persona tiene cubierta de cuidado de salud bajo más de un (1) Plan. Cuando este plan es primario, este determina el pago por sus beneficios primero, antes de los de cualquier otro Plan, sin tomar en consideración los beneficios del otro Plan. Cuando este plan es secundario, este determina sus beneficios después de aquellos del otro Plan y podría reducir los beneficios que paga de modo que los beneficios de todos los Planes no excedan el cien por ciento (100%) de total de gastos permitidos.

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

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

   a. La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada y una privada no es un Gasto permitido, a menos que uno (1) de los Planes provea cubierta para gastos de habitación privada.

   b. Si una persona está cubierta por dos (2) o más Planes que computan el pago de sus beneficios en base a tarifas usuales y habituales (*usual and customary)* o al valor relativo de la metodología de reembolso de honorarios o cualquier otra metodología de reembolso similar, no es un Gasto permitido.

c. Si una persona está cubierta por dos (2) o más Planes que proveen beneficios o servicios en la base de tarifas negociadas, la cantidad en exceso de la tarifa negociada no es un Gasto permitido.

d. Si una persona cubierta por un (1) Plan que calcula sus beneficios o servicios en base de tarifas usuales y habituales (*usual and customary) o* al valor relativo de la metodología de reembolso de honorarios o cualquier otra metodología de reembolso similar y otro Plan que provee sus beneficios o servicios en base a tarifas negociadas, el acuerdo de pago del Plan Primario será el Gasto permitido de todos los Planes. Sin embargo, si el proveedor ha contratado con el Plan Secundario para proveer el beneficio o servicio por una (1) tarifa específica negociada o cantidad pagada que es diferente al acuerdo de pago del Plan Primario y si el contrato del proveedor lo permite, la tarifa negociada o pago deberá ser el Gasto permitido usado por el Plan Secundario para determinar sus beneficios.

e. La cantidad reducida de cualquier beneficio por el Plan Primario porque una persona cubierta haya dejado de cumplir con las disposiciones del Plan no es un Gasto permitido. Ejemplo de estos tipos de disposiciones incluyen segundas opiniones de procedimientos quirúrgicos, preautorizaciones de admisiones y acuerdos de proveedor preferido.

5. Plan de panel cerrado es un plan que provee beneficios de cuidado de salud a una persona cubierta primariamente en forma de servicios, a través de un panel de proveedores que han contratado con o son empleados del Plan y que excluye cubierta por servicios provistos por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o por referido de un miembro del panel.

6. Progenitor custodio es aquel padre al cual se le haya otorgado la custodia por una orden del tribunal o en ausencia de orden del tribunal, es el padre con el cual el menor reside más de la mitad del año calendario excluyendo cualquier visita temporal.

Regla del Orden de Determinación de Beneficios

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

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

2. Otras disposiciones:

    a. Salvo por lo que se dispone más adelante en el párrafo dos (2), un Plan que no haya dispuesto un orden de coordinación de beneficios consistente con esta sección se considerará como un (1) Plan Primario, salvo que por otra disposición contractual se disponga lo contrario.

    b. Una cubierta que es obtenida por virtud de una membresía en un grupo, que está diseñado para suplementar una parte del paquete básico de beneficios y provee que esta cubierta suplementaria será el exceso de cualesquiera otras partes del Plan provisto por el mantenedor del contrato. Un ejemplo de esto son las cubiertas de gastos médicos mayores que son sobreimpuestas sobre los beneficios base de hospital, quirúrgicos y las cubiertas específicamente diseñadas para cubrir servicios provistos por proveedores no participantes en un plan de panel cerrado.

3. Un Plan puede tomar en consideración los beneficios pagados o provistos por otro Plan para calcular los beneficios, solo cuando bajo estas reglas sea un pagador secundario ante dicho otro Plan.

4. Cada plan determina sus beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que le aplique:

    a. No dependiente o dependiente. El Plan que cubre a la persona que no sea dependiente, por ejemplo, un empleado, miembro, suscriptor o retirado, es el Plan Primario y el Plan que cubre a la persona como dependiente es el Plan Secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare, y como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al Plan que cubre a la persona como dependiente; y primario al Plan que cubre a la persona como no dependiente. Entonces, el orden de beneficios entre los dos (2) Planes se revierte, de tal manera que el plan que cubre a la persona como no dependiente (empleado, miembro, suscriptor o retirado) será el

Plan Secundario, y el otro Plan que cubre a la persona como dependiente será el Plan Primario.

b. Hijo(a) Dependiente Cubierto(a) Bajo Más de Un (1) Plan. A menos que exista una orden de un tribunal que diga lo contrario, cuando un(a) hijo(a) dependiente está cubierto por más de un Plan, el orden de beneficios se determina como sigue:

   i. En el caso de un(a) hijo(a) dependiente cuyos progenitores estén casados o estén viviendo juntos, aunque nunca se hayan casado:

      - El Plan del progenitor cuyo cumpleaños sea primero dentro de un año natural será el Plan Primario; o

      - Si ambos progenitores comparten el mismo cumpleaños, el Plan que haya cubierto a uno (1) de los progenitores por el mayor periodo de tiempo será el Plan Primario.

   ii. En el caso de un(a) hijo(a) dependiente cuyos progenitores estén divorciados o separados o no estén viviendo juntos, aunque nunca se hayan casado:

      - Si una orden de un tribunal dispone que uno de los progenitores será responsable por los gastos médicos del hijo(a) dependiente o por proveerle al hijo(a) de un plan médico, y el Plan de dicho progenitor tiene conocimiento de dicho decreto, ese plan será el Plan Primario. Si el progenitor con dicha responsabilidad no tiene un plan médico que cubra los gastos del hijo(a) dependiente, pero el cónyuge de dicho progenitor si tiene tal plan, el plan del cónyuge del progenitor con la responsabilidad será el Plan Primario. Esta disposición no aplicará con respecto a cualquier año plan durante el cual los beneficios son pagados o provistos antes de que a dicho plan se le ponga en conocimiento de la orden judicial correspondiente.

La responsabilidad de pagar primero bajo este párrafo comenzará de forma prospectiva a partir de la notificación de la orden judicial al plan.

- Si una orden de un tribunal dispone que ambos progenitores son responsables por los gastos médicos del hijo(a) dependiente o de proveerle un plan médico, las reglas dispuestas en el Subpárrafo (a) de este párrafo determinarán el orden de los beneficios.

- Si una orden de un tribunal dispone que los progenitores tienen custodia compartida sin especificar que uno de ellos será responsable de los gastos médicos del hijo(a) dependiente o de proveerle un plan médico, las reglas dispuestas en el Subpárrafo (a) de este párrafo determinarán el orden de los beneficios.

- Si no existiere una orden de un tribunal asignando responsabilidad a uno (1) de los progenitores por los gastos médicos del hijo(a) dependiente o de proveerle un plan médico, entonces el orden de los beneficios se determinará de la siguiente forma:
  - El Plan que cubra al progenitor custodio;
  - El Plan que cubra al cónyuge del progenitor custodio;
  - El Plan que cubra al progenitor no custodio; y, por último;
  - El Plan que cubra al cónyuge del progenitor no custodio.

iii. En el caso de un menor de edad cubierto como dependiente bajo más de un (1) plan de personas que no sean progenitores de dicho menor, el orden de los beneficios se determinará bajo los subpárrafos (a) o (b) de este párrafo, según aplique, como si tales personas fueran los progenitores de dicho menor.

2. Empleado Activo o Retirado o Ex-Empleado. El Plan que cubre a una persona como empleado activo, esto es un empleado que nunca ha sido despedido o retirado, o como

dependiente de un empleado activo será el Plan primario. El Plan que cubra a una persona como empleado retirado o ex empleado, o como dependiente de un empleado retirado o un ex empleado, será el Plan Secundario. Si el otro Plan no tiene esta regla, y como resultado, los Planes no se ponen de acuerdo en el orden en que deban pagarse los beneficios, esta regla será ignorada. Esta regla no aplicará si la regla en el Párrafo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

3. COBRA o Extensiones de Cubierta Bajo Ley Estatal. Si una persona que tiene una cubierta extendida bajo la Ley COBRA o una cubierta extendida bajo otra ley federal o estatal similar también tiene cubierta bajo otro Plan, el Plan que cubra a dicha persona como empleado, miembro, suscriptor o retirado, o que cubra a dicha persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o retirado será el Plan Primario, y el plan que cubra a esa persona bajo la Ley COBRA o bajo una extensión de cubierta bajo otra ley federal o estatal similar será el Plan Secundario. Si el otro Plan, no tiene esta regla, y los Planes no se ponen de acuerdo sobre el orden en que se deban pagar los beneficios, esta regla será ignorada. Esta regla no aplicará si la regla en el Párrafo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

4. Tiempo de Cubierta Más Largo o Corto. El Plan que cubre a la persona como un empleado, miembro, tenedor de cubierta, suscriptor o retirado por más tiempo es el Plan Primario y el Plan que cubre a la persona por el periodo de tiempo más corto es el Plan Secundario.

5. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los Gastos permitidos serán compartidos por los Planes que comparte la definición de Plan en partes iguales. Además, este plan no pagará más de lo que pagaría si fuera el Plan Primario.

6. Si usted está cubierto por más de un (1) plan médico, usted debe someter todas sus reclamaciones ante cada uno (1) de sus planes.

Efecto de los Beneficios en este Plan

1. Cuando este plan es secundario, podría reducir sus beneficios de modo que, el total de beneficios pagados o provistos por todos los Planes durante un año contrato no son

mayores a los Gastos permitidos. Al determinar la cantidad a ser pagada por una reclamación, el Plan Secundario calculará los beneficios que pagaría en ausencia de la otra cubierta de cuidado de salud y aplicará esa cantidad calculada a cualquier Gasto permitido bajo su Plan que no fue pagada por el Plan Primario. El Plan Secundario podrá reducir sus pagos por la cantidad a modo que cuando combinados con la cantidad pagada por el Plan Primario, el total de beneficios pagados o provistos por todos los Planes por las reclamaciones no excedan el Gasto permitido por dicha reclamación. Además, el Plan secundario deberá acreditar a su deducible cualquier cantidad que hubiere acreditado a su deducible en ausencia de otra cubierta de cuidado de salud.

2. Si la persona cubierta está afiliada a dos (2) o más planes de panel cerrados y si, por cualquier razón, incluyendo la disposición de servicios por un proveedor fuera del panel, los beneficios no son pagados por uno de los planes de panel cerrados, no se aplicará la COB entre ese Plan y los otros planes de panel cerrados.

Derecho a recibir y divulgar información necesaria

Ciertos hechos acerca de su cubierta de cuidado de salud y servicios son necesarios para aplicar estas reglas de Coordinación de Beneficios y para determinar los beneficios a ser pagados para este Plan y otros Planes.

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

Facilidad de Pago

Un pago realizado bajo otro Plan podría incluir una cantidad que debió haber sido pagada bajo este Plan. De ser así, First Medical Health Plan, Inc., podrá pagar esa cantidad a la organización que hizo ese pago. Esa cantidad será tratada como si fuera un beneficio pagado bajo este Plan. First

Medical Health Plan, Inc., no tendrá que pagar esa cantidad nuevamente. El término "pago realizado" incluye los beneficios provistos en la forma de servicios en los cuales el "pago realizado" significa el valor razonable en efectivo de los beneficios provistos en forma de servicios.

Derecho de recobro

Si la cantidad de los pagos realizados por First Medical Health Plan, Inc., es más de los que debió haber pagado bajo esta disposición de Coordinación de Beneficios, podrá recobrar el exceso que ha pagado de una (1) o más personas o de cualquier persona u organización que podría ser responsable de los beneficios o servicios provistos a la persona cubierta. La cantidad de los pagos realizados incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio provisto en la forma de servicios.

V. CONVERSIÓN

Derecho a Convertir

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

1. Su cubierta cesa por razón de finalizar su empleo.

2. Su cubierta cesa porque deja de pertenecer a la clasificación que lo hacía elegible.

3. El Plan termina por cualquier causa, incluyendo expiración, terminando la cubierta para todos los suscriptores.

4. El Plan se enmienda de tal forma que termina la cubierta para la categoría de suscriptores a la que pertenece la persona.

Extensión del Derecho de Conversión

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

1. Si ocurre la muerte del asegurado o suscriptor principal.

2. Cuando la cubierta del cónyuge y/o dependientes cese porque deje de cualificar por edad u otra razón como miembro del grupo familiar, aunque el suscriptor continúe cubierto por el Plan.

3. **Término Para Ejercer El Derecho de Conversión**

   La solicitud por escrito para el contrato individual de pago directo se someterá, y la primera prima se pagará a First Medical Health Plan, Inc., en o antes de treinta (30) días después de ocurrir la terminación de la cubierta por alguna de las razones indicadas en la Sección Derecho a Convertir del contrato entre ASES y First Medical Health Plan, Inc.

4. **Obligación de Notificar**

   First Medical Health Plan, Inc., se compromete a notificar a toda persona cubierta por este contrato, cuya protección termine, de su derecho a convertir a un contrato de pago directo, sin que tenga que someter evidencia de asegurabilidad, sujeto a que solicite y pague la primera prima dentro del periodo de treinta (30) días después de ocurrir la terminación de la cubierta por alguna de las razones en la Sección, Derecho a Convertir, del contrato entre ASES y First Medical Health Plan, Inc.

5. **Extensión del Término Para Ejercer Derecho a Conversión**

   Si No Se Notifica: Si la persona no recibe notificación de su derecho a convertir por lo menos quince (15) días antes de la fecha de expiración del término indicado en la Sección de Obligación de Notificar del contrato entre ASES y First Medical Health Plan, Inc., tendrá un periodo adicional durante el cual podrá ejercer su derecho. El periodo adicional expirará quince (15) días después de habérsele notificado, pero en ningún caso se extenderá el término para ejercer el derecho a conversión luego de haber transcurrido más de un (1) año desde la fecha de la terminación de la cubierta.

6. **Características del Contrato Individual/Tipo de Contrato**

   El contrato individual de pago directo será, a opción de la persona con derecho a convertir, cualquiera de las formas que, para esa fecha sean emitidas corrientemente por First Medical Health Plan, Inc., para el tipo de cubierta de que se trate, y estará

sujeta a los términos y condiciones de dicho contrato individual. El contrato individual se emitirá sin requisito de asegurabilidad y sin utilizar la condición de salud de la persona al momento de la conversión como base para la clasificación de riesgo.

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

Prima

La prima a cobrar en el contrato individual o familiar de este pago directo a ofrecer será igual a la tarifa contratada con la Administración de Seguros de Salud. Dicho contrato será hasta la fecha de vigencia según establecida por la Administración de Seguros de Salud. En el momento que se extienda el contrato grupal a la persona con derecho a convertir; se deberá cobrar, mediante pago directo, la prima según contratada con la Administración de Seguros de Salud y que corresponda a este contrato. En ningún momento se requerirá al asegurado o suscriptor el pago por adelantado de prima por más de un (1) mes.

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

Personas Cubiertas

El contrato individual de pago directo tendrá que cubrir a todas las personas que estaban cubiertas por el plan grupal a la fecha de terminación de este, incluyendo al suscriptor, cónyuge, hijos dependientes y dependientes opcionales, con excepción de aquellos que opten por no ejercer el derecho que les dá la cláusula de conversión. Si algunos de los integrantes del grupo familiar,

incluyendo dependientes opcionales, continuarán cubiertos bajo el plan grupal, se emitirá uno (1) o más contratos individuales de pago directo, según lo requieran las circunstancias, para cubrir a aquellos miembros del grupo que han perdido su cubierta bajo el plan grupal y que opten por convertir a un plan individual.

Fecha de Efectividad

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

Extensión de Cubierta Bajo el Contrato Grupal

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

VI. RESUMEN DE SUS BENEFICIOS MÉDICOS BÁSICOS

1. DISPOSICIONES DEL PLAN

ACCESO CUBIERTAS PARA DEPENDIENTES EN COMBINACIÓN CON COMPLEMENTARIA DE MEDICARE

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

ACCIONES CIVILES

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

CANCELACIÓN INDIVIDUAL

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

- Haya presentado o haya hecho presentar una reclamación falsa o fraudulenta, para el pago de una reclamación bajo este contrato, o

- Cuando el asegurado o suscriptor denota patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por el plan.

- Cuando el asegurado o suscriptor adeude el pago de la prima.

- La cancelación se hará mediante aviso por escrito entregado al asegurado o suscriptor, o enviado por correo a su última dirección, según demuestren los archivos de First Medical Health Plan, Inc. El aviso, que también será enviado al patrono, indicará la fecha en que será efectiva la cancelación, la que será mayor de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha del matasellos del correo postal que aparece en la carta.

DERECHOS PERSONALES

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

INTERPRETACIÓN LIBERAL

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

RECLAMACIONES DE REEMBOLSOS

En caso de que el asegurado o suscriptor de un (1) plan de libre selección reciba servicios cubiertos de proveedores de servicios no participantes en Puerto Rico, los pagos que haya que hacer por estos servicios cubiertos en este contrato se regirán por las siguientes disposiciones:

a. El asegurado o suscriptor dará aviso por escrito de cualquier reclamación a First Medical Health Plan, Inc., tan pronto le sea razonablemente posible, sin exceder de seis (6) meses contados a partir de la fecha en que recibió el servicio.

b. First Medical Health Plan, Inc., suministrará al asegurado o suscriptor los formularios correspondientes para la presentación de evidencias de servicios dentro de un (1) periodo de quince (15) días después de que se haya dado el aviso de reclamación. Si estos formularios no, se suministran dentro de dicho periodo, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este contrato, en cuanto a la prueba de servicios y bastará con que, este someta original de la factura por los servicios recibidos que le suministre el proveedor del servicio al recibir el pago del asegurado o suscriptor.

c. El asegurado o suscriptor deberá someter evidencia escrita de los servicios dentro de noventa (90) días contados a partir de haber recibido los formularios correspondientes para la presentación de evidencia de servicios o tan pronto como sea razonablemente posible, pero en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un (1) año contados a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la evidencia.

d. Los pagos que haya que hacer al amparo de esta sección, se harán inmediatamente después de que se reciba evidencia escrita fehaciente de los servicios, según se describe a continuación:

   i. First Medical Health Plan, Inc., reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base del cien por ciento (100%) de las cantidades que First Medical Health Plan, Inc., hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos.

   ii. No se descontará de la cantidad a rembolsar al asegurador cualquier cantidad que el asegurado o suscriptor hubiera tenido que pagar a un proveedor participante por concepto de deducibles o coaseguros.

   iii. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, First Medical Health Plan, Inc., no será responsable de pagar por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiera recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. First Medical Health Plan, Inc., compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y este vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la contratada con los

proveedores a su vez contratados por First Medical Health Plan, Inc., para ofrecer los mismos servicios, según la Ley 194 del 25 de agosto de 2002.

PAGO DE GASTOS POR SERVICIOS DE EMERGENCIA MIENTRAS EL ASEGURADO O SUSCRIPTOR ESTÉ DE VIAJE EN ESTADOS UNIDOS Y SUS TERRITORIOS.

Los gastos por servicios de sala de emergencia y/o hospitalización recibidos por el suscriptor o sus dependientes mientras se encuentren viajando fuera de Puerto Rico, en Estados Unidos y sus territorios serán cubiertos al ochenta por ciento (80%) basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio o las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores en Estados Unidos siempre que se cumplan con los siguientes requisitos:

a. que la principal razón de viaje no sea procurar servicios médico-hospitalarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una condición de salud existente a la fecha de comienzo del viaje.
b. en el caso de gastos por servicios de emergencias que se incurran como resultado de un accidente de tránsito mientras el paciente o suscriptor se encuentra viajando en Estados Unidos o sus territorios, First Medical Health Plan, Inc. recobrará conforme a la cláusula de subrogación en el caso que exista un seguro que sea pagador primario, según se define en la Cláusula de Coordinación de Beneficios (COB). Esto incluye servicios en sala de emergencia, servicios médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y servicios de hospitalización.

SERVICIOS PARA EL EMBARAZO Y PARA LA MATERNIDAD

Los cuidados prenatales, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para la suscriptora principal, el cónyuge y toda mujer que cualifique como dependiente directo, incluida en el contrato. A la madre, y su(s) hijo(s) recién nacido(s) se les proveerá una cubierta mínima de 48 horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias en partos naturales sin complicaciones y, de 96 horas si requirió cesárea, según lo establecido en la Ley Núm. 248 del 15 de agosto de 1999, conocida como “Ley para Garantizar un Cuidado Adecuado para las Madres y su Recién Nacido Durante el Periodo Postparto”. El cuidado del niño(a) en el hospital estará cubierto durante la estadía de la madre en el hospital. Cualquier otro cuidado médico necesario estará cubierto solo si el niño(a) es asegurado de acuerdo con las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este Contrato. El servicio de esterilización estará disponible solamente para el suscriptor principal o su cónyuge.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN ("ID")

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

VENCIMIENTOS DE PRIMA - PERIODO DE GRACIA

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

TIEMPO PARA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

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

En conformidad con la Ley Núm. 162 de 30 de diciembre de 2020, First Medical Health Plan, Inc., emitirá la evidencia de cubierta para cada suscriptor. En el caso de suscriptores no videntes la evidencia de cubierta y la tarjeta de identificación se emitirán en el sistema Braille. Esta cubierta establece sus derechos y obligaciones como suscriptor o persona cubierta. Es importante que usted LEA SU CUBIERTA CUIDADOSAMENTE y se familiarice con sus términos y condiciones. Es esencial que usted MANTENGA EL PAGO DE SUS PRIMAS AL DÍA. Luego de culminar el periodo
de gracia, su cubierta será cancelada por falta de pago.

2. CUBIERTA MÍNIMA REQUERIDA

BENEFICIOS

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

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

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

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

SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

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

a. Los servicios médicos cubiertos incluirán servicios de diagnóstico, tratamientos, cirugías, administración de anestesia y consultas de especialistas.

b. Ningún asegurado o suscriptor que se hospitalice en una habitación privada o semiprivada del hospital vendrá obligado a pagar diferencia alguna a un médico participante por los servicios que el médico le preste que están cubiertos por el Plan.

SERVICIOS DE SALA DE EMERGENCIA

Una emergencia es la presentación súbita o imprevista de una condición de salud a raíz de la cual, la persona cubierta por este contrato entiende que se pone en peligro su vida o cualquiera de sus funciones vitales y que requiere asistencia médica o quirúrgica inmediata para lograr estabilizar dicha condición. Los servicios de emergencia están disponibles durante las veinticuatro (24) horas del día, los 365 días del año. El copago aplicable será según el negociado.

Se presume que las siguientes condiciones se consideran ejemplos de situaciones de emergencia:

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

- Pérdida súbita de la visión por cualquiera de los ojos o ambos
- Dolor agudo en el pecho
- Emergencias de condiciones mentales
- Otros de acuerdo con el protocolo establecido en servicios de emergencias

SERVICIOS DE AMBULANCIA

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

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

DISPOSICIONES GENERALES

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

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

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

VII. EXCLUSIONES APLICABLES A LA CUBIERTA BÁSICA:

1. Tratamientos que los hospitales se nieguen a ofrecer de acuerdo con los reglamentos sanitarios

2. Servicios que se presten mientras el contrato no está en vigor.

3. Servicios que se puedan cubrir, se estén cubriendo, o pudiesen haber sido cubiertos de no haber mediado una renuncia del suscriptor, bajo las Leyes de Compensación por Accidente del Trabajo o Gastos por accidentes en cualquier tipo de vehículo impulsado por motor cubiertos por ACAA o bajo las disposiciones de la Ley Núm. 45, aprobada el 18 de abril de 1935, conocida como la Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo.

4. Servicios suministrados y/o cubierto con arreglo a legislación ESTATAL o FEDERAL (incluyendo servicios rendidos por la Administración de Veteranos y gastos médicos cubiertos en la cantidad que estuviesen cubiertos por el Título XVIII de la Ley de Seguro Social) por los cuales la persona cubierta no está legalmente obligada a pagar. Se excluyen los servicios que sean denegados por las agencias gubernamentales concernidas por razón de incumplimiento y/o violación de requisitos y/o disposiciones de las leyes aplicables, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.

5. Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras o condiciones de motín. Condiciones que resulten de daños recibidos mientras la persona cubierta participa de manifestaciones o conmociones civiles. Servicios para personas en servicio militar activo o servicios que se reciben como resultado de guerras (declaradas o no declaradas) en cualquier país.

6. Servicios relacionados a incapacidad a raíz de haber estado en servicio militar activo.

7. Servicios necesarios para atender condiciones que surjan a raíz de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes de Puerto Rico o de cualquier otro país por parte de la persona cubierta.

8. Servicios gratuitos o que son sufragados mediante donativos. Servicios no solicitados por el suscriptor.

9. Gastos por aparatos ortopédicos y órganos artificiales, **excepto** marcapasos, válvulas, *stents*, desfibriladores o dispositivos para *shock* eléctricos y cualquier otro incluido en la cubierta.

10. Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta por este contrato haga a un proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlo.
11. Facturación por servicios prestados por el cónyuge, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.

12. Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos por el patrono o para certificados médicos independientemente del propósito, excepto los servicios requeridos por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000, mejor como "Ley Para la Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico."

13. Servicios no requeridos de acuerdo con las normas aceptadas en la práctica médica.

14. Servicios que no sean razonables ni médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.

15. Hospitalizaciones por procedimientos que se puedan practicar en forma ambulatoria.

16. Servicios de hospitalización (incluyendo servicios ancilares) para realizar procedimientos y/o cirugías que están excluidos de cubierta.

17. Procedimientos y servicios experimentales o investigativos no aprobados por el Plan, excepto el Artículo 9 de la Ley 194 del 25 de agosto de 2000.

18. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos que surjan durante el año contrato no considerados experimentales o investigativos y no determinada su inclusión en la cubierta vigente, excepto en aquellos casos en que el suscriptor opte por utilizar tal metodología o servicio nuevo, en cuyo caso el plan reembolsará el equivalente de lo que hubiese costado el servicio o procedimiento bajo el método convencional existente, según las tarifas vigentes en ese momento.

19. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología excepto los especificados en el contrato.

20. Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos por el patrono o para certificados, excepto el requerido por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000.

21. Gastos en hospital por cuidado personal, teléfono, *Admission Kits* y otros similares.

22. Hospitalización para fines puramente diagnósticos.

23. Servicios, tratamiento y cirugía para aumentar o bajar de peso en Centros de Programas de Control de Peso.

24. Liposucción.

25. Cirugía para aumento del seno.

26. Tratamiento con fines estéticos de celulitis.

27. Cirugía para corregir condiciones, deformidades o enfermedades y tratamiento de acné con fines estéticos.

28. Gastos por Inyecciones en tendones puntos de gatillo y por remoción de papilomas cutáneos (*skin tags*). De igual manera, se excluye de cubierta, gastos por los siguientes tres servicios en casos de causa cosmética (que no haya sido por afección fisiológica o que no exista incertidumbre de ser benigno o maligno, por lo que deberá ser corroborado por un estudio de

patología): a) escisión de otras lesiones benignas; b) reparación de ptosis palpebral y c) escisión de uñas.

29. Servicios necesarios para el tratamiento de la disfunción temporomandibular (*TMJ*).

30. Servicios de escalonetomía, división de músculo escaleno anticus sin resección de la costilla cervical, cuando sea por fines cosméticos.

31. Gastos por servicios de descanso, convalecencia y cuidado custodial.

32. Gastos por servicios de cuidado de enfermería diestro, servicios de custodia, hospicio y visitas médicas y cuidados en el hogar.

33. Exámenes de laboratorios que requieren inoculación animal.

34. Gastos por aparatos ortopédicos y órganos artificiales, excepto marcapasos y válvulas.

35. Audiogramas, excepto lo requerido por la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.

36. Gastroplastías.

37. Tratamiento de diálisis o hemodiálisis y procedimientos relacionados, después de los primeros 90 días.

38. Tratamientos de fertilidad o Inseminación artificial, fertilización “in vitro” y todo tipo de tratamientos para la condición de infertilidad, incluyendo la maternidad delegada y/o vientres de alquiler.

39. Remisión de vasectomía y esterilizaciones, tuboplastías, vasovasostomías y otras operaciones y tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.

40. Hiperalimentación. Alimentación enteral y servicios que sirven o actúan como suplementos nutricionales.

41. Estudios genéticos.

42. Rinoplastías.

43. Microcirugía, con fines estéticos.

44. Gastos de enfermeras especiales.

45. Aparatos auditivos

46. Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías de refracción. El beneficio debe estar negociado en Cubierta, de lo contrario estará excluido.

47. Medicina deportiva, musicoterapia. Medicina natural, homeopática, acupuntura, acupresión, hipnotismo, aromaterapia, masajes, musicoterapia, psicocirugía y otras formas de medicina alternativa.

48. Medicamentos que no sean recetados como medicina terapéutica. 'Medicinas de leyenda y *over the counter* a nivel ambulatorio, excepto como se provee bajo la cubierta de medicinas. Suplidos tales como jeringuillas, vendajes, medias elásticas y suplidos para diabéticos a nivel ambulatorio.

49. Vacunas para viajar.

50. Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras o condiciones de motín. Condiciones que resulten de daños recibidos mientras la persona cubierta participa de manifestaciones o conmociones civiles. Servicios para personas en servicio militar activo o servicios que se reciben como resultado de guerras (declaradas o no declaradas) en cualquier país.

51. Servicios necesarios para atender condiciones que surjan a raíz de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes de Puerto Rico o de cualquier otro país por parte de la persona

cubierta, excepto en aquellos casos donde la persona agredida miembro del contrato no es responsable de la comisión del delito.

52. Servicios de visitas a domicilio.

53. Servicio de *Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation* (*TENS*)

54. Gastos por servicios cubiertos por pólizas de seguros misceláneos.

55. Los implantes, prótesis y tratamientos para la impotencia.

56. Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta por este contrato, haga a un proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlo.

57. Prótesis o implantes excepto para cáncer en el seno o material ortopédico como son los tornillos, placas, clavos y cualquier otro material o aditamento.

58. First Medical Health Plan, Inc., debe proveer el endoso de cualquier otro beneficio adicional a este plan el cual se hará formar parte de esta cubierta.

59. Servicios de hospitalización, tratamientos o exámenes de laboratorios realizados fuera de Puerto Rico para condiciones cubiertas en este contrato, excepto en condiciones presentadas en casos de emergencias mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje en Estados Unidos. En el caso de servicios de emergencia prestados en Estados Unidos cuando el suscriptor esté de viaje serán cubiertos basado en un cargo usual y acostumbrado de la zona geográfica donde se ofrece el servicio.

60. Métodos anticonceptivos para hombres, excepto la esterilización masculina (vasectomía).

61. Gastos por implantes y órganos artificiales, excepto por los listados en la cubierta, esto incluye la exclusión de lentes intraoculares. Estos servicios están cubiertos bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores.

62. Servicios prestados por proveedores no participantes en Puerto Rico y en Estados Unidos, excepto en casos de emergencia o según se disponga en la Sección de Beneficios de esta cubierta.

63. Cirugía maxilofacial, excepto según se dispone en la sección de Servicios Médico-Quirúrgicos.

64. Rayos láser, excepto en oftalmología. (Según se describe en cubierta).

65. Pruebas de embarazo, excepto por orden médica.

66. Aborto provocado no terapéutico.

67. Mamoplastías, (solo estará cubierta en Gastos Médicos Mayores, siempre que haya una necesidad médica válida).

68. Compra o alquiler de equipo médico, aparatos y zapatos ortopédicos, equipos de comodidad personal tales como humidificadores, **excepto ventiladores mecánicos vía traqueotomía, según lo requerido por la Ley Número 125 del 21 de septiembre de 2007,** y aparatos para mejorar la actividad física.

69. First Medical Health Plan, Inc., pagará cualquier otro servicio que no esté expresamente excluido del Plan, siempre y cuando esté sujeto, a necesidad médica comprobable y de acuerdo con las tarifas que First Medical Health Plan, Inc.,
pagaría a un proveedor contratado.

70. No están cubiertos los medicamentos excluidos en la sección de las Exclusiones de la Cubierta de Farmacia de esta cubierta.

VIII. CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

1. DISPOSICIONES GENERALES

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

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

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

2. BENEFICIOS CUBIERTA TRASPLANTE DE ÓRGANOS

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

Trasplante de Órganos	Provisiones
<u>Trasplante de órganos:</u> Riñón, Páncreas, Riñón-Páncreas, Hígado, Corazón, Pulmón (unilateral o bilateral), Corazón-Pulmón, Intestino. **<u>Trasplante de tejidos:</u> Médula Ósea, Córnea.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de $1,000,000.00 por vida por suscriptor.

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

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

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

Médula Ósea

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

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

IX. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES EN LA CUBIERTA DE TRASPLANTES

Esta cubierta excluye los siguientes gastos:

1. Trasplantes experimentales o investigativos o que no sean de efectividad médica comprobada.

2. Todos aquellos servicios y beneficios excluidos de la cubierta básica o de la cubierta de Gastos Médicos Mayores aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.

3. Trasplantes realizados fuera de las facilidades designadas por el plan para ese propósito.

   Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos prestados o recibidos sin una preautorización de First Medical Health Plan, Inc., o su representante autorizado para cada una de las fases.

X. CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1. DEDUCIBLES

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

2. ELEGIBILIDAD

a. Dependientes Directos

i. El cónyuge, marido o mujer respecto al empleado, del sexo opuesto, casados entre sí.

ii. Los hijos solteros del empleado, incluyendo los adoptivos, menores de veintiséis (26) años.

iii. Los hijastros y los hijos naturales reconocidos del empleado, menor de veintiséis (26) y cualquier otro familiar que esté bajo la custodia legal, que vivan con el empleado en una relación corriente de padre e hijo(a).

iv. Cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del asegurado principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho asegurado principal. Deberá presentar evidencia que confirme esta relación. (Ejemplos: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos, planillas, etc.).

v. Cualquier menor no emancipado, cuyo abuelo o abuela u otro familiar que sea asegurado o suscriptor principal de este contrato, siempre y cuando se le presente

a First Medical Health Plan, Inc., copia certificada de la sentencia final y firme del Tribunal, en la que se le adjudica la custodia de dicho menor no emancipado a abuelo, abuela o familiar.

vi. Cualquier incapacitado cuyo abuelo o abuela, u otro familiar que sea asegurado o suscriptor principal de este contrato, siempre y cuando se le presente a First Medical Health Plan, Inc., copia certificada de la sentencia final y firme del Tribunal, mediante la cual se declare incapaz a dicho incapacitado, así como la tutela o el documento oficial judicial que autoriza a dicho abuelo, abuela o familiar actual como tutor de dicho incapacitado.

vii. Cualquier hijo/a, independientemente de su edad, que esté física o mentalmente incapacitado(a), si dicha incapacidad comenzó antes de que dicho(a) hijo(a) cumpliera diecinueve (19) años y la misma no le permite desempeñar ningún empleo. Para efectos de la elegibilidad al plan, la determinación de la incapacidad se basará en opinión médica.

viii. Los hijos mencionados en las categorías (b), (c) y (d) precedentes, que a la fecha de la efectividad del ingreso estén dentro del marco de edad de veinticinco (25) años y no hayan cumplido veintiséis (26) años.

b. Dependientes Opcionales

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

XI. EXCLUSIONES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1. Los servicios excluidos en las Exclusiones y Limitaciones de la Cubierta Básica que no estén específicamente incluidos en esta cubierta.

2. Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de, o en el curso del empleo, de la persona asegurada;

3. Servicios que se puedan cubrir bajo leyes de compensaciones por accidente del trabajo o gastos por accidentes de automóviles (según definido en seguro de automóvil).

4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.

5. Servicios que sean recibidos gratuitamente.

6. Servicios no solicitados por el suscriptor.

7. Servicios prestados a la persona suscrita por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.

8. Los gastos que se incurran por refracciones visuales o para el ajuste de espejuelos.

9. Los gastos que sean incurridos en artículos de comodidad personal.

10. Los gastos que sean incurridos por tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular.

11. Los deducibles y/o coaseguros aplicables a la Cubierta Básica, así como aquellos aplicables a cubiertas Opcionales, excepto los que estén expresamente cubiertos en esta cubierta.

12. Cuidado de salud en el hogar.

13. Terapias de rehabilitación, ocupacionales y del habla.

14. Asistente quirúrgico.

15. Servicios de cirugía para corregir la condición de miopía, astigmatismo o hipermetropía o la queratotomía radial o queratoplastia lamelar.

XII. RESUMEN DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

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

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

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

Esta cubierta de medicamentos cubre medicamentos especializados en su presentación original (producto de referencia) y medicamentos especializados en su presentación biosimilar cuando exista una alternativa disponible. El beneficio, requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos biosimilares como primera opción. De haber un medicamento biosimilar disponible en el mercado y la persona prefiere que se le despache el medicamento especializado, esta será responsable de pagar la diferencia entre el costo del medicamento especializado y el biosimilar, además del copago del medicamento de especializado, siempre y cuando el medicamento especializado no esté en el listado de exclusiones categóricas de esta cubierta. Si el medicamento especializado se encuentra dicha lista First Medical no proveerá la cubierta.

1. DESPACHO

Limitaciones en la Cantidad del Despacho

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

Dispensación

- Quince (15) días de medicación para medicinas recetada.
- Treinta (30) días de medicación para las drogas psicoterapéuticas.
- Treinta (30) días de medicación para las vitaminas prenatales con leyenda, no tienen repeticiones.
- Treinta (30) días de medicación por vez para medicamentos de mantenimiento. Se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito con una misma receta, para hasta tres (3) periodos de treinta (30) días consecutivos.

2. MEDICAMENTOS CUBIERTOS

- Medicamentos que posean la leyenda federal "*Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription".*
- Medicinas compuestas en las cuales, por lo menos, un ingrediente posee la leyenda federal
- Vitaminas prenatales
- Medicamentos de mantenimiento
- Insulina
- Medicamentos inyectables
- Quimioterapias inyectables y agentes inmunosupresores requieren preautorización previo al despacho
- Quimioterapias orales
- Vacunas y agentes inmunizantes con leyenda federal para usar en oficina de médicos
- Drogas psicoterapéuticas (tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos, productos de litio, otros)
- *Anti-Rho (D)*

- Medicamentos bioequivalentes aceptados por la *FDA*, se cubrirán bajo los mismos términos y condiciones de la categoría terapéutica a la cual corresponda.
- Medicamentos biosimilares aprobados por la *FDA*, se cubrirán bajo los mismos términos y condiciones de la categoría terapéutica a la cual corresponda.

3. MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO; ENTRE OTROS

- Tratamientos para Parkinson
- Antidepresivos
- Antimicóticos
- Estabilizadores de ánimo y ansiolíticos
- Alzheimer
- Terapia Respiratoria (Beta agonista, anticolinérgicos, xantinas, cromolyn, esteroides inhalados, simpaticomiméticos)
- Cardiovascular (digital y derivados, nitroglicerina, antiartríticos, vasodilatadores, agentes antiarrítmicos, beta bloqueadores, bloqueadores del canal de calcio, etc.)
- Diuréticos
- Tratamiento para la diabetes
- Hormonas de sexo
- Tiroides y sus derivados
- Sinusitis
- Osteoporosis (Ejemplos: Evista, Fosamax o relacionados)
- Antihiperlipidémicos
- Reguladores de calcio (calcitonina, etidronate)
- Anticonvulsivos
- Medicamentos para condiciones de gastritis, úlcera y hernia
- Medicamentos para el tratamiento de adicción a sustancias controladas y alcoholismo
- Medicamentos para HIV/SIDA
- Glaucoma
- Anticoagulantes
- Antiplaquetarios
- Antinflamatorios no esteroidales

- Agentes gastrointestinales para condiciones inflamatorias del colon
- Agentes y tratamientos para cáncer (en la oficina del médico)
- Antihemofílico (en hospitalización)
- Tratamientos para anemia
- Medicamentos nuevos que no son experimentales
- *Anti-Rho (D)*
- Esclerosis múltiple

XIII. EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

1. Medicamentos con leyenda federal que no han sido recomendados en una prescripción por un médico.

2. Cualquier fármaco, medicina o medicamento que tenga en la etiqueta "Precaución: Limitado por Ley Federal para uso de investigación" o cualquier fármaco, medicina o medicamento experimental o para investigación, aun cuando se le cobre un cargo por este, tales como: Gefapixant (Para tratar el catarro crónico. No está aprobado por la FDA), Glepaglutida (Análogo de péptido-2 similar al glucagón (GLP-2) de acción prolongada en desarrollo para el tratamiento del síndrome de intestino corto. No está aprobado por la FDA), Kresladi (Terapia génica investigacional diseñada para tratar la deficiencia de adhesión leucocitaria tipo I. No está aprobado por la FDA), Ligelizumab (Tratamiento de la urticaria crónica espontánea (UCE), también conocida como urticaria idiopática crónica (UIC). Bajo investigación. No está aprobado por la FDA).

3. Extractos de alérgenos y/o dispositivos con fines de diagnósticos, los cuales están cubiertos bajo el beneficio médico o la cubierta básica, tales como: Antígenos (Extractos de antígenos para pruebas y diagnósticos), Kit oral de prueba diagnóstica de dexametasona (Utilizado en pruebas diagnósticas para evaluar la función adrenal) y otros.

4. Dispositivos o equipo terapéuticos, entre ellos:

    a. Prendas de soporte;
    b. Reactivos para pruebas;
    c. Bombas mecánicas para la administración prolongada de medicamentos; y

d. Otras sustancias no médicas.

5. Productos nutricionales y Suplementos dietéticos tales como, y entre otras: Lypasyn, Fructosa, L-Carnitina, Triptofano, Cardiovid Plus, Glutamine. L-methylfolate, L-Methylfolate, Cysteine Hydrochloride, pancrelipase, suplementación de trazas de minerales en TPN, triheptanoin (*medium-chain triglyceride (MCT) products*), enzimas pancreáticas, aminoácidos en dextrosa, amino acids/dextrose/electrólitos, fat emulsion: omegaven, onasemnogene abeparvovec-xioi, l-methylfolate, intravenous emulsión, flavocoxid, arginina, cysteine, lipase, viokace, Alanicem (Alanyl-glutamine), Hylenex (Hyaluronidase).

6. Minerales tales como y entre otras: Sodium chloride: Calcium, Potassium Phosphate
copper, zinc, chromium, selenium, manganese, molybdenum, iron, Iodine
cobalt, boron, nickel, silicon, fluorine, and vanadium

7. Vitaminas tales como y entre otras: cyanocobalamin, niacina, ácido ascorbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B-biotina D ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C - ácido fólico, flavonoides bioflavonoides), Ácido ascórbico (Ascorbic acid), Amphadase (Hyaluronidase), Arginina HCl (Arginine hydrochloride), Cardiovid Plus (Cardiovascular support), Cerefolin (L-methylfolate calcium), Complejo vitamina B con vitamina C (Vitamin B complex with vitamin C), Flavonoides (Flavonoids), Flavonoides bioflavonoides (Bioflavonoids), Folbalin Plus (Folic acid), Foltx (Folic acid), Fructosa (Fructose), Glucosamina-condroitina-PABA-vit E y ácido alfa lipoico (Glucosamine-chondroitin-PABA-vitamin E and alpha lipoic acid), Glucosamina-condroitina-PABA-vit. E y ácido alfalipoico (Glucosamine-chondroitin-PABA-vitamin E and alpha lipoic acid), Glutamina (Glutamine), Limbrel (Flavocoxid), Metanx (L-methylfolate calcium), Muérdago europeo (Mistletoe), Múltiples vitaminas con hierro (Multivitamins with iron), Piridoxina (Pyridoxine), Raíz de valeriana (Valerian root), Riboflavina (Riboflavin), Tiamina (Thiamine), Triptófano (Tryptophan), Vitamina E (Vitamin E), excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal. Las vitaminas prenatales están cubiertas, así como la dosis de ácido fólico cubierto por disposición de la Ley Federal ACA de Servicios Preventivos.

8. Medicamentos para perder el apetito o cualquier otro para controlar el peso tales como y entre otras: Phentermine Hydrochloride, Diethylpropion Hydrochloride, Benzphetamine Hydrochloride, Phendimetrazine Tartrate, Phentermine-topiramate (Qsymia), naltrexone-bupropion (Contrave), liraglutide (Saxenda), tirzepatide (Zepbound o cualquier presentación para

estos fines), semaglutide (Wegovy o cualquier presentación para estos fines), Lorcaserina (Lorcaserin), Mazanor (Mazindol), Orlistat (Alli, Xenical o cualquier presentación para estos fines), Setmelanotide (Imcivree), Sibutramina (Meridia).

9. Cualquier medicamento con fines cosméticos tales como y entre otras: Onabotulinum toxin A (Botox cosmético), Ácido glicólico (Glycolic acid), Bálsamos (Balms), Bimatoprost (Latisse), Podofilox (Condylox), Dihidroxiacetona (Jergens Natural Glow, St. Tropez Self Tan, etc.), Dimeticona-alantoína (Dimethicone-allantoin), Eflornitina (Vaniqa), Finasterida (Propecia), Hidroquinona (Lustra, Solaquin, Eldoquin Forte, Melquin HP o cualquier presentación para estos fines), Minoxidil (Rogaine o cualquier presentación para estos fines), LetibotulinumtoxinA (Letybo).

10. Cualquier fármaco o medicamento que se puede adquirir legalmente sin receta, excepto insulina, ácido fólico, aspirina, hierro para niños menores de 1 año y los que sean requeridos por ley federal o estatal.

11. Cristales o polvo de progesterona, en cualquier forma de dosis compuesta.

12. Medicamentos para la inducción del aborto o utilizados para estos fines tales como y entre otras: Mifepristone (RU-486, Korlym), Misoprostol

13. Medicamentos para la infertilidad, o utilizados para estos fines tales como y entre otras: Citrato de clomifeno, **inhibidores de la aromatasa, utilizados para la inducción de la ovulación (off-label use):** Letrozol, **Gonadotropinas, utilizadas para la estimulación ovárica en combinación con /IIU o FIV**: Hormona del folículo estimulante: FSH urinaria (Bravelle) folitropina beta recombinante (Follistim); folitropina alfa recombinante (Gonal-F), LH: luteotropina alfa recombinante (Luveris), Gonadotropina menopáusica humana: Menopur, Repronex, Gonadotropina coriónica humana (hCG), utilizada como desencadenante ovulatorio en los ciclos de inducción de la ovulación y de hiperestimulación ovárica, HCG recombinante (Ovidrel), HCG urinaria (Pregnyl, Novarel), Agonistas de GnRH, utilizados para la regulación negativa de la hipófisis y como desencadenante de la ovulación durante los ciclos de hiperestimulación ovárica, Acetato de leuprolida (inyección de Lupron: 0,5 a 1 mg sc), Acetato de nafarelina (Synarel), Antagonistas de GnRH, utilizados para la regulación negativa de la hipófisis durante los ciclos de hiperestimulación ovárica, Ganirélix; Acetato de Cetrorelix (Cetrotide), Terapia pulsátil con GnRH, utilizada para la inducción de la ovulación en pacientes

con amenorrea hipotalámica. Terapia con GnRH, Agonistas de la dopamina, para el tratamiento de la anovulación hiperprolactinémica (titulados para normalizar los niveles séricos de prolactina), Bromocriptina (Parlodel), Cabergolina (Dostinex), Progesterona Crinona 8% gel vaginal, Endometrina, tableta vaginal de 100 mg, Progesterona intramuscular en aceite (Inyección 50 mg al día para fines de infertilidad), Menotropinas (Tratamiento de la infertilidad en mujeres y hombres), Urofollitropina (Tratamiento de la infertilidad en mujeres).

14. Medicamentos para tratar deseos hiposexuales y/o libido tales como y entre otros: Addyi (Tratamiento del trastorno de deseo sexual hipoactivo (TDSH) adquirido y generalizado en mujeres premenopáusicas), Vyleesi (Tratamiento del trastorno de deseo sexual hipoactivo (TDSH) adquirido y generalizado en mujeres premenopáusicas) y otras para estos fines.

15. Cualquier medicamento recetado para la impotencia y/o la disfunción sexual fines tales como y entre otras: sildenafil (aprobado bajo diagnóstico de hipertensión pulmonar), tadalafil (aprobado bajo diagnóstico de hipertensión pulmonar y BPH), Avanafil (Stendra, Spedra), Sildenafil (Viagra), Tadalafil (Cialis solamente), Tadliq (Tadalafil), Vardefanil (Levitra, Staxyn), Yohimbina (Erex, Testomar, Yocon, Yohimar y Yohimbe).

16. Hormonas de crecimiento, tales como somatropina (Norditropin, Genotropin, Humatrope Nutroprin, Omnitrope, Saizen, Serostim, Somatropin, Zomacton, Tev-tropin), somatrem (Protropin, Ritropin, etc.), Geref Diagnostic (Sermorelin), Macimorelina (Macimorelin), Ngenla (Somatrogon), Skytrofa (Lonapegsomatropin), Somapacitan (Somapacitan), Somatrem (Somatrem), Somatrogon (Somatrogon), y el acetato de tesamorelina (Egrifta).

17. Se excluyen los siguientes medicamentos especializados, excepto que la cubierta de estos sea requerida por la Ley 79-2020, Ley 275-2012 o alguna otra ley estatal, federal o expresamente requerida por la OCS: Actemra (para Artritis idiopática juvenil poliarticular, Enfermedad pulmonar con esclerosis sistémica, Artritis reumatoide, Artritis crónica juvenil de inicio sistémico, Arteritis temporal), Acthar (para Espondilitis anquilosante, Trastorno del ojo, Eritema multiforme, Exacerbación de la esclerosis múltiple, Espasmos infantiles, Síndrome nefrótico, Polimiositis, Artritis psoriásica, Artritis reumatoide, Sarcoidosis sintomática, Síndrome de Stevens-Johnson, lupus eritematoso sistémico, Reacción transfusional debida a reacción de proteínas séricas), Adcirca (para Hipertensión pulmonar), Altabax (para Impétigo, debido a Staphylococcus aureus (solo sensible a meticilina) o Streptococcus pyogenes), Aponvie (para

Profilaxis de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, Profilaxis de náuseas y vómitos posoperatorios), Aranesp (para Anemia debida a la quimioterapia y después de ella - Enfermedad neoplásica no mieloide, Anemia de insuficiencia renal crónica), Banzel (para Síndrome de Lennox-Gastaut), Benlysta (para Nefritis lúpica, lupus eritematoso sistémico), Beovu (para Degeneración macular senil exudativa, Edema macular debido a diabetes mellitus), Butenafine HCl (para Pitiriasis versicolor, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea pedis interdigital), Bydureon (para Diabetes mellitus tipo 2), Byooviz (para Degeneración macular senil exudativa, Edema macular de retina, Neovascularización coroidea miópica), Cafergot (para migraña), Cambia (para migraña, dolor), Ciclopirox Treatment (para Onicomicosis por dermatofito, Dermatitis seborreica del cuero cabelludo, Tinea Superficial), Cimerli (para Degeneración macular senil exudativa, Edema macular de retina, Neovscularización coroidea miópica), Colazal (para Colitis ulcerosa), Condylox (para Condiloma acuminado de la región anogenital), Cordran ointment(para Trastorno de la piel, dermatosis sensibles a corticosteroides), Cosentyx (para Espondilitis anquilosante, Hidradenitis supurativa, Artritis reumatoide juvenil idiopática, Espondiloartritis axial no radiológica, Psoriasis en placas, Artritis psoriásica), Cuvrior (para Enfermedad de Wilson, pacientes con enfermedad estable, sin cobre y tolerantes a la penicilamina), Desferal (para Toxicidad aguda y crónica por hierro), Dificid (para Diarrea por Clostridium difficile), Dulera (para Asma), Emsam (para Trastorno depresivo mayor), Enbrel (para Espondilitis anquilosante, artritis idiopática juvenil, Artritis psoriásica juvenil, psoriasis en placas, artritis psoriásica, artritis reumatoide), Entresto (para Fallo cardiaco crónico), Entyvio IV (para Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), Esbriet (para Fibrosis pulmonar idiopática), Exjade (para Toxicidad aguda y crónica por hierro), Exoderm (para Tinea versicolor), Eylea (para Degeneración macular exudativa asociada a la edad, Edema macular debido a diabetes mellitus, Edema macular de retina, Retinopatía debida a diabetes mellitus, Retinopatía del prematuro), Fasenra (para Asma grave en pacientes con fenotipo eosinofílico), Ferriprox (para Toxicidad aguda y crónica por hierro), Glydo(para Anestesia de la membrana mucosa), Gocovri (para Enfermedad de Parkinson, parkinsonismo, discinesia inducida por levodopa en la enfermedad de Parkinson, Enfermedad extrapiramidal - Trastorno del movimiento inducido por fármacos), Hemangeol (para Hemangioma infantil), Inpefa (para Trastorno del sistema cardiovascular en diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica o insuficiencia cardíaca), Invokamet (para Diabetes mellitus tipo 2), Invokana (para Diabetes mellitus tipo 2), Jadenu (para Toxicidad aguda y crónica por hierro), Juxtapid (para Hipercolesterolemia familiar), Kevzara (para Polimialgia reumática, artritis reumatoide), Kineret (para Neurológico infantil crónico, Deficiencia del antagonista del receptor de interleucina-1, Artritis reumatoide), Kombiglyze XR (para Diabetes mellitus tipo 2), Krystexxa (para gota), Latuda (para Trastorno bipolar, esquizofrenia), Leqembi(para enfermedad de alzheimer), Letairis (para Hipertensión arterial pulmonar, Grupo I de la OMS),

Levulan Kerastick (para Queratosis actínica), Litfulo (para Alopecia areata), Lotrimin Ultra (para Pitiriasis versicolor, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea pedis interdigital), Lucentis (para Degeneración macular senil exudativa, Edema macular debido a diabetes mellitus, Edema macular de retina, Neovascularización coroidea miópica, Retinopatía por diabetes mellitus), Macugen (para Degeneración macular exudativa asociada a la edad), Mentax (para Pitiriasis versicolor, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea pedis interdigital), Mestinon (para Miastenia gravis, Reversión del bloqueo neuromuscular), Miebo (para Síndrome del ojo seco), Myrbetriq (para Hiperactividad neurogénica del detrusor, Vejiga urinaria hiperactiva), Neulasta (para profilaxis de Neutropenia febril, En neoplasias malignas no mieloides, Subsíndrome hematopoyético del síndrome de radiación aguda), Neupogen (para profilaxis de Neutropenia febril, En neoplasias malignas no mieloides y En pacientes con leucemia mieloide aguda que reciben quimioterapia, Movilización de células madre hematopoyéticas, Subsíndrome hematopoyético del síndrome de radiación aguda, trastorno neutropénico sintomático), Nucynta (para Manejo del dolor), Nyamyc (para Vulvovaginitis por Candida, Candidiasis de la piel, Candidiasis gastrointestinal, Candidiasis no esofágica, Candidiasis orofaríngea), Onglyza (para Diabetes mellitus tipo 2), Orilissa (para dolor asociado con la endometriosis), Otezla (para Síndrome de Behcet - Úlcera en la boca, Psoriasis en placas, Artritis psoriásica), Oxiconazole Nitrate (para Pitiriasis versicolor, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea pedis interdigital, Tinea superficial), Ozempic (para Diabetes mellitus tipo 2), Panzyga (para Trombocitopenia inmune, Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria, trastorno de inmunodeficiencia primaria), Praluent (para Profilaxis de trastornos del sistema cardiovascular, hipercolesterolemia familiar, hipercolesterolemia familiar heterocigótica primaria, hipercolesterolemia primaria), Pramosone (para Hemorroides), Procrit (para Anemia debida a quimioterapia y después de ella, mielosupresora - enfermedad neoplásica, neoplasias malignas no mieloides, Anemia - Infección por VIH, Anemia en enfermedad renal crónica, En pacientes en diálisis y no en diálisis, Profilaxis en procedimiento quirúrgico, electivo, no cardíaco, no vascular - Transfusión alogénica de hemoderivados), Proctosol HC (para Hemorroides), Pylera (para Infección del tracto gastrointestinal por Helicobacter pylori), Qtern(para Diabetes mellitus tipo 2), Rectiv (para Fisura anal, crónica), Remicade (para Espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, psoriasis en placas, artritis psoriásica, artritis reumatoide, Colitis ulcerosa), Renflexis (para Espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, psoriasis en placas, artritis psoriásica, artritis reumatoide, Colitis ulcerosa), Rezzayo (para Candidemia, candidiasis invasiva), Rinvoq (para Espondilitis anquilosante, Dermatitis atópica, Enfermedad de Crohn, Espondiloartritis axial no radiográfica, Artritis idiopática juvenil poliarticular, Artritis psoriásica, Artritis reumatoide, Colitis ulcerosa), Rystiggo (para Miastenia gravis), Segluromet(para Diabetes mellitus tipo 2), Simponi Aria (para Espondilitis anquilosante, Artritis idiopática juvenil poliarticular, Artritis

psoriásica, Artritis reumatoide, Colitis ulcerosa), Skyrizi (para Enfermedad de Crohn, Psoriasis en placas, Artritis psoriásica), Soliris (para Síndrome urémico hemolítico atípico, miastenia gravis, trastorno del espectro de neuromielitis óptica, Hemoglobinuria paroxística nocturna), Sotyktu (para Psoriasis en placas), Steglatro (para Diabetes mellitus tipo 2), Steglujan (para Diabetes mellitus tipo 2), Toviaz (para Hiperactividad neurogénica del detrusor, Vejiga urinaria hiperactiva), Tremfya (para Psoriasis en placas, Artritis psoriásica), Uroxatral (para Hiperplasia benigna de la próstata), Vabysmo (para Degeneración macular exudativa asociada a la edad, Edema macular debido a diabetes mellitus, Edema macular de retina), Veozah (para Menopausia - Síntomas vasomotores), Viibryd (para Trastorno depresivo mayor), Vowst (para Prevención de la recurrencia de la infección por Clostridioides difficile), Vyvgart (para Miastenia gravis), Zavpret (para migraña), Zegerid (para Esofagitis erosiva, enfermedad por reflujo gastroesofágico, Úlcera gástrica, acidez de estómago, Úlcera del duodeno, hemorragia digestiva alta), Zeposia (para Colitis ulcerosa), Zilbrysq (para Miastenia gravis), Zirgan (para Retinitis por citomegalovirus en el SIDA, Profilaxis de la infección por citomegalovirus, Queratitis por herpes simple), Acetato de tesamorelina (Reducción del exceso de grasa abdominal en pacientes adultos infectados con VIH con lipodistrofia), Ácido aminolevulínico (Tratamiento de queratosis actínica y visualización de glioma durante la cirugía), Adbry (Tratamiento de la dermatitis atópica moderada a severa en pacientes adultos cuya enfermedad no está adecuadamente controlada con terapias tópicas recetadas o cuando estas terapias no son aconsejables), Adempas (Tratamiento de la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) persistente/recurrente después del tratamiento quirúrgico o inoperable para mejorar la capacidad de ejercicio y la clase funcional de la OMS), Adlyxin (Tratamiento complementario a la dieta y el ejercicio para mejorar el control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 2), Agamree (Tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne (DMD) en pacientes de 2 años de edad y mayores), Aimovig (Tratamiento preventivo de la migraña en adultos), Ajovy (Tratamiento preventivo de la migraña en adultos), Alvaiz (Anemia aplásica grave (AAA) en adultos cuando otros medicamentos para tratar la AAS no han funcionado lo suficientemente bien), Ampyra (Mejorar la capacidad de caminar en pacientes con esclerosis múltiple), Amvuttra (Tratamiento de la amiloidosis hereditaria mediada por transtiretina (hATTR) en adultos), Aranesp (Tratamiento de la anemia asociada con insuficiencia renal crónica y anemia inducida por quimioterapia), Aubagio (Tratamiento de la esclerosis múltiple remitente-recurrente), Austedo (deutetrabenazine) (Tratamiento de la corea asociada con la enfermedad de Huntington y la discinesia tardía), Avonex (Tratamiento de la esclerosis múltiple remitente-recurrente), Bafiertam (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple, incluyendo síndrome clínicamente aislado, enfermedad recurrente-remitente y enfermedad progresiva secundaria activa en adultos), Beqvez (Hemofilia B), Betaseron Inj (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple para reducir la frecuencia de recaídas

clínicas), Bimzelx (Tratamiento de la psoriasis en placas moderada a severa en adultos que son candidatos para terapia sistémica o fototerapia), Blujepa (gepotidacina) (Tratamiento de infecciones urinarias no complicadas (uUTIs)), Bronchitol (Tratamiento de la fibrosis quística para mejorar la función pulmonar en pacientes de 18 años y mayores), Buprenorfina subdermal (Tratamiento del trastorno por uso de opioides en pacientes que han sido clínicamente estabilizados en buprenorfina), Butorphanol (Opioide, Alivio del dolor moderado a severo en pacientes que requieren un opioide analgésico), Byetta (Tratamiento complementario a la dieta y el ejercicio para mejorar el control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 2), Bylvay (Tratamiento de la colestasis pruriginosa en pacientes con colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC)), Cabtreo (Acné), Cafergot (Tratamiento de los ataques agudos de migraña con o sin aura), Cerdelga (Tratamiento a largo plazo de adultos con enfermedad de Gaucher tipo 1), Cibinqo (Tratamiento de la dermatitis atópica moderada a severa en pacientes adultos cuya enfermedad no está adecuadamente controlada con terapias tópicas recetadas), Cimzia (Tratamiento de la artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn y psoriasis en placas), Copaxone (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple), Crenessity (crinecerfont) (Tratamiento complementario para controlar los andrógenos en hiperplasia suprarrenal congénita clásica (CAH)), Cuprimine (Tratamiento de la enfermedad de Wilson, cistinuria y artritis reumatoide severa y activa en pacientes que no han respondido a una prueba adecuada de terapia convencional), Daybue (Tratamiento del síndrome de Rett en pacientes adultos y pediátricos de 2 años de edad y mayores), Dihidrotaquisterol (Tratamiento de la hipocalcemia), Doptelet (Tratamiento de la trombocitopenia), Dupixent (Tratamiento de la dermatitis atópica moderada a severa, asma eosinofílica severa, y rinosinusitis crónica con pólipos nasales), Duvyzat (Distrofia muscular de Duchenne), Elyxib (NSAID, Manejo de dolor), Emflaza (Tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne), Emgality (Tratamiento preventivo de la migraña en adultos), Empaveli (Tratamiento de la hemoglobinuria paroxística nocturna), Emtricitabina (Tratamiento de la infección por VIH), Enspryng (Tratamiento de la neuromielitis óptica. Administración SC), Eohilia (Esofagitis eosinofílica), Crotamitón (Tratamiento tópico de la escabiosis y el prurito), Exblifep (Infección del tracto urinario), Filspari (Nefropatía por Inmunoglobulina A), Fumarato de disoproxilo de tenofovir (Tratamiento de la infección por VIH), Galafold (Tratamiento de la enfermedad de Fabry), Gel de Cortrophin (Tratamiento de condiciones inflamatorias y alérgicas), Gilenya (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple), Givlaari (Tratamiento de la porfiria hepática aguda), Humira (Tratamiento de la artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, psoriasis en placas y hidradenitis supurativa), Ilaris (Tratamiento de síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS), enfermedad de Still, y artritis gotosa), Ilumya (Tratamiento de la psoriasis en placas moderada a severa en adultos), Impavido (Tratamiento de la leishmaniasis),

Ingrezza (Tratamiento de la discinesia tardía), Isturisa (Tratamiento del síndrome de Cushing), Ivermectina (Tratamiento de infecciones parasitarias), Jesduvroq (Tratamiento de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica), Joenja (Tratamiento de la inmunodeficiencia primaria asociada con la deficiencia de fosfoinositida 3-quinasa del tipo delta (PI3Kδ)), Kalydeco (Tratamiento de la fibrosis quística), Keveyis (Tratamiento de la parálisis periódica), Latuda (Tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno bipolar), Lebrikizumab (Ezcema, dermatitis atópica), Leqvio (Tratamiento de la hipercolesterolemia), Lindano (Tratamiento de la escabiosis y la pediculosis), Liqrev (Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar), Litfulo (Tratamiento de alopecia areata), Livdelzi (Seladelpar) (Para tratar la colangitis biliar primaria), Livmarli (Tratamiento de la colestasis pruriginosa en pacientes con colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC)), Lumryz (Tratamiento de narcolepsia), Lupkynis (Tratamiento de la nefritis lúpica), Lyfgenia (Terapia génica para el tratamiento de sickle cell disease), Malatión (Tratamiento de la pediculosis), Miplyffa (Tratamiento combinado para las manifestaciones neurológicas de la enfermedad de Niemann-Pick tipo C), Monobenzona (Tratamiento del vitiligo), Mounjaro (Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2), Mulpleta (Tratamiento de la trombocitopenia en pacientes con enfermedad hepática crónica que se someten a procedimientos médicos), Nalpbuphine (Alivio del dolor moderado a severo), Niacina (Tratamiento de la dislipidemia), Nplate (Tratamiento de la trombocitopenia inmune), Nucala (Tratamiento de mantenimiento en asma severa de fenotipo eosinofílico, EGPA, CRSwNP, y síndrome hipereosinofílico), Nurtec ODT (Tratamiento agudo de la migraña), Ocaliva (Tratamiento de la colangitis biliar primaria), Ofev (Tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática), Olumiant (Tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide moderada a severamente activa que han tenido una respuesta inadecuada a uno o más bloqueadores del TNF, la alopecia areata severa y el COVID-19 en ciertos pacientes), Opsumit (Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar), Opvee (Tratamiento de la sobredosis de opioides), Opzelura (Tratamiento de la dermatitis atópica y el vitiligo), Orencia (Tratamiento de la artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil y artritis psoriásica), Orenitram (Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar), Orkambi (Tratamiento de la fibrosis quística en pacientes con dos copias de la mutación F508del en el gen CFTR), Oxbryta (Tratamiento de la anemia falciforme), Oxlumo (Tratamiento de la hiperoxaluria primaria tipo 1), Palopegteriparatide (Terapia de reemplazo de hormonas para hipoparatiroidismo), Piritionato de zinc 1% (Tratamiento de la dermatitis seborreica), Plegridy (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple), Ponvory (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple), Promacta (Tratamiento de la trombocitopenia inmune y la anemia aplásica), Pulmozyme (Tratamiento de la fibrosis quística), Pyrunkynd (Tratamiento de la deficiencia de piruvato quinasa), Qulipta (Tratamiento preventivo de la migraña en adultos), Radicava ORS (Tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica), Ravicti (Tratamiento de

trastornos del ciclo de la urea), Rebif (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple), Rebyota (Tratamiento de la infección recurrente por Clostridioides difficile), Relyvrio (Tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica), Remodulin (Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar), Revatio (Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar), Reyvow (Tratamiento agudo de la migraña), Rezdiffra (Tratamiento de la esteatohepatitis no alcohólica (NASH) con fibrosis hepática), Rezurock (Tratamiento de la enfermedad injerto contra huésped crónica), Rilutek (Tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica), Rivfloza (Para reducir los niveles urinarios de oxalato), Romvimza (Tratamiento de tumor de células gigantes tenosinovial (TGCT) sintomático), Rybelsus (Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2), Signifor (Tratamiento de la enfermedad de Cushing y acromegalia), Skyclarys (Tratamiento de la ataxia de Friedeich), Sohonos (Retinoide que reduce la cantidad de crecimiento óseo anormal nuevo en personas con fibrodisplasia osificante progresiva (FOP)), Somryst (Tratamiento del insomnio crónico), Spinosad (Tratamiento de la pediculosis), Stadol (Opioide, Alivio del dolor moderado a severo), Stelara (Tratamiento de la psoriasis en placas, artritis psoriásica, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa), Sulfuro de selenio (Tratamiento de la dermatitis seborreica), Symdeko (Tratamiento de la fibrosis quística en pacientes con dos copias de la mutación F508del en el gen CFTR), Syprine (Tratamiento de la enfermedad de Wilson), Tafamidis (Tratamiento de la amiloidosis mediada por transtiretina), Taltz (Tratamiento de la psoriasis en placas y la artritis psoriásica), Tanzeum (Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2), Tarpeyo (Tratamiento de la nefropatía por IgA), Tascenso (Tratamiento de esclerosis múltiple), Tavalisse (Tratamiento de la trombocitopenia inmune), Tecfidera (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple), Testosterona (Tratamiento de la deficiencia de testosterona), Testosterone undecanoate (Tratamiento de la deficiencia de testosterona), Tezspire (Tratamiento del asma severa), Tracleer (Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar), Trikafta (Tratamiento de la fibrosis quística en pacientes con al menos una mutación F508del en el gen CFTR), Trudhesa (Tratamiento agudo de la migraña), Tryvio (Antagonista de los receptores de endotelina que se puede usar para tratar la presión arterial alta), Tysabri (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple y enfermedad de Crohn), Tyvaso (Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar), Ubrelvy (Tratamiento agudo de la migraña), Uptravi (Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar), Vafseo (Tratamiento de anemia a causa de la enfermedad renal crónica), Vanrafia (Reducción de la proteinuria en nefropatía por IgA primaria (IgAN)), Velsipity (Tratamiento de colitis ulcerosa moderada a severa), Ventavis (Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar), Verquvo (Tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica), Voxzogo (Tratamiento de la acondroplasia en pacientes pediátricos), Voydeya (Tratamiento complementario para tratar la hemólisis extravascular (EVH) en adultos con hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH)), Vuity (Tratamiento de la presbicia), Vumerity (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis

múltiple), Vyndamax (Tratamiento de la amiloidosis mediada por transtiretina), Vyndaquel (Tratamiento de la amiloidosis mediada por transtiretina), Wainua (Oligonucleótido antisentido dirigido por transtiretina que se usa para el tratamiento de la amiloidosis mediada por transtiretina), Wakix (Tratamiento de la narcolepsia), Winrevair (Para tratar hipertensión arterial pulmonar), Xdemvy (Tratamiento de la blefaritis), Xenazine (Tratamiento de la corea asociada con la enfermedad de Huntington), Xolair (Tratamiento del asma alérgica severa, urticaria crónica espontánea y rinosinusitis crónica con pólipos nasales), Mavorixafor (Para el tratamiento del síndrome WHIM (warts, hypogammaglobulinemia, infections y myelokathexis)), Xuriden (Tratamiento de la deficiencia de uridina monofosfato sintasa), Xyrem (Tratamiento de la narcolepsia), Xywav (Tratamiento de la narcolepsia y la cataplejía), Zavesca (Tratamiento de la enfermedad de Gaucher tipo 1), Zavzpret (Tratamiento agudo de la migraña), Zelsuvmi (Para el tratamiento tópico del molusco contagioso (MC)), Zokinvy (Tratamiento de la progeria y el síndrome de progeroides), Zymfentra (Tratamiento de colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn), Mavenclad (Para tratamiento de esclerosis múltiple),excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.

18. Agentes esclerosantes tales como el talco intrapleural (Sclerosal, Sclerosof, Steritak") (para derrame pleural maligno), etanolamina (para várices esofágicas sangrantes), polidocanol (para venas varicosas de las extremidades inferiores) y tetradecil de sodio (para varices esofágicas).

19. Inmunoglobulinas, las cuales están cubiertas por el beneficio médico o cubierta básica, tales como: Alyglo (Immune globulin, human-stwk), Globulina inmune (Immune globulin), Globulina inmune Rho D (Rho(D) immune globulin), Immune globulin.

20. Medicamentos inyectables cubiertos bajo el beneficio médico, tales como: Acetato de secretina (Utilizado para diagnosticar trastornos pancreáticos y estimular la secreción de gastrina para ayudar en el diagnóstico de gastrinoma), Adenosina (Conversión a ritmo sinusal de la taquicardia supraventricular paroxística (TSVP), incluyendo la asociada con el síndrome de Wolff-Parkinson-White), Aduhelm (Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer mediante la reducción de placas de beta amiloide), Adzynma (Terapia de reemplazo enzimático (ERT) profiláctica o bajo demanda en pacientes adultos y pediátricos con púrpura trombocitopénica trombótica congénita (cTTP)), Afamelanotide acetate (Aumentar la exposición a la luz sin dolor en pacientes adultos con antecedentes de reacciones fototóxicas debido a protoporfiria eritropoyética (EPP)), Albúmina humana (Restauración y mantenimiento del volumen sanguíneo circulante donde se

ha demostrado la deficiencia de volumen y el uso de un coloide es apropiado), Aldurazyme (Indicado para el tratamiento de la mucopolisacaridosis tipo I (MPS I), también conocida como síndrome de Hurler), Allocord (Uso en procedimientos de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas de donantes no relacionados, en conjunto con un régimen preparatorio adecuado para la reconstitución hematopoyética e inmunológica en pacientes con trastornos que afectan el sistema hematopoyético que son heredados, adquiridos o resultan de tratamiento mieloablativo), Almohadilla de plata (Para el manejo de heridas con propiedades antimicrobianas), Alprostadil (Tratamiento de disfunción eréctil), Amondys 45 (Tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne (DMD) en pacientes que tienen una mutación confirmada del gen DMD que es susceptible a omisión del exón 45), Aponvie (Para el tratamiento y prevención de náuseas y vómitos), Artesunato (Tratamiento de la malaria grave), Atidarsagene autotemcel (Tratamiento de terapia génica para la leucodistrofia metacromática (MLD)), Basiliximab (Profilaxis del rechazo de trasplante renal en pacientes adultos y pediátricos, en combinación con ciclosporina y corticosteroides), Belatacept (Profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos que reciben un trasplante de riñón, en combinación con inducción de basiliximab, micofenolato mofetil y corticosteroides), Beovu (Tratamiento de la degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad), Onabotulinumtoxin A (Tratamiento de la espasticidad, distonía cervical, hiperhidrosis axilar primaria, vejiga hiperactiva, migraña crónica, y líneas faciales), Brineura (Tratamiento de la lipofuscinosis neuronal ceroide tipo 2 (CLN2), una forma de enfermedad de Batten, en pacientes pediátricos), Briumvi (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple en adultos), Byooviz (Tratamiento de la degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad), Cablivi (Tratamiento de adultos con púrpura trombocitopénica trombótica adquirida (aTTP) en combinación con plasmaféresis y terapia inmunosupresora), Calfactante (Tratamiento de la enfermedad de membrana hialina (síndrome de dificultad respiratoria) en recién nacidos prematuros), Casgevy (Terapia génica para sickle cell disease y beta talasemias), Ceredase (Tratamiento de la enfermedad de Gaucher tipo 1), Cerezyme (Tratamiento de la enfermedad de Gaucher tipo 1), Cimerli (Tratamiento de la degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad), Cinqair (Tratamiento complementario de mantenimiento en pacientes adultos con asma eosinofílica severa), Clevecord (Terapia con células progenitoras hematopoyéticas indicada para su uso en el trasplante de células madre progenitoras hematopoyéticas de donantes no emparentados), Cloruro de Sodio (Utilizado para la reposición de líquidos y electrolitos en diversas condiciones médicas), Coagadex (Tratamiento y control de episodios hemorrágicos, manejo perioperatorio y profilaxis rutinaria para reducir la frecuencia de episodios hemorrágicos en pacientes con deficiencia hereditaria del factor X), Coenzimas (No se encontró una indicación específica de la FDA), Colágeno (Mejorar la salud de la piel, articulaciones y hueso), Condrocitos autólogos (Tratamiento de defectos

sintomáticos del cartílago del fémur en pacientes adultos), Condrocitos cultivados autólogos para implantación (Tratamiento de defectos sintomáticos del cartílago del fémur en pacientes adultos), Corifact (Tratamiento de la deficiencia congénita del factor XIII), Cosyntropina (Utilizado como un fármaco diagnóstico en la evaluación de pacientes presuntamente con insuficiencia adrenocortical), Desferal (Tratamiento de la intoxicación aguda por hierro y de la sobrecarga crónica de hierro debido a anemias dependientes de transfusiones), Dextrosa (Utilizado para la reposición de líquidos y electrolitos en diversas condiciones médicas), Diatrizoato (Utilizado como medio de contraste en procedimientos radiológicos), Dipiridamol IV 5mg/ml (Utilizado como agente de estrés en pruebas de perfusión miocárdica), Donanemab (Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer), Ducord (Terapia alogénica de células progenitoras hematopoyéticas de sangre de cordón umbilical indicada para su uso en células progenitoras hematopoyéticas de donantes no relacionados), Eladocagene exuparvovec (Tratamiento de la deficiencia de decarboxilasa de L-aminoácidos aromáticos (AADC)), Elaprase (Tratamiento de la mucopolisacaridosis tipo II (síndrome de Hunter)), Elelyso (Tratamiento de la enfermedad de Gaucher tipo 1), Elevidys (Tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne), Elfabrio (Tratamiento de la enfermedad de Fabry), Enjaymo (Tratamiento de la hemoglobinuria paroxística nocturna), Entereg (Tratamiento de la obstrucción intestinal postoperatoria), Entyvio IV (Tratamiento de la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn), Etanolamina (Utilizado en productos para el cuidado de la piel), Evkeeza (Tratamiento de la hipercolesterolemia familiar homocigótica), Evrysdi (Tratamiento de la atrofia muscular espinal), Exondys 51 (Tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne), Extavia (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple), Eylea (Tratamiento de la degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad), Fabhalta (Tratamiento de la nefropatía por Inmunoglobulina A), Fabrazyme (Tratamiento de la enfermedad de Fabry), Fendimetrazina (Tratamiento a corto plazo de la obesidad exógena), Fibryga (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con deficiencia de fibrinógeno), Filsuvez (Tratamiento de heridas de espesor parcial asociadas con epidermólisis bullosa distrófica y unión), Fordadistrogene (Tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne), Fosfato de histamina intradérmica (Utilizado en pruebas de alergia), Fracciones de proteínas plasmáticas (No se encontró una indicación específica de la FDA), Gadodiamida (Utilizado como medio de contraste en procedimientos de resonancia magnética), Gadopentetato (Utilizado como medio de contraste en procedimientos de resonancia magnética), Gadoterato (Utilizado como medio de contraste en procedimientos de resonancia magnética), Gintuit (Terapia celular utilizada para el tratamiento de afecciones mucogingivales), Glydo (Manejo de dolor), Gonadorelina HCl (Utilizado en pruebas diagnósticas de deficiencia de hormona luteinizante), Hemacord (Uso en procedimientos de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas), Hemina (Tratamiento de la porfiria aguda intermitente), Hetastarch 6%/nacl

IV (Utilizado como expansor de volumen plasmático), Hialuronano (Utilizado en productos para el cuidado de la piel), Hialuronato de sodio (Tratamiento de la osteoartritis), Hilano (Tratamiento de la osteoartritis), Histamina (Utilizado en pruebas de alergia), Iheezo (Anestésico ocular), Implante intravítreo de dexametasona (Tratamiento de la inflamación ocular), Implante intravítreo de fluocinolona acetonida (Tratamiento de la inflamación ocular), Implante nasal de furoato de mometasona (Tratamiento de la rinitis alérgica), Implante subdérmico de buprenorfina hcl (Tratamiento del trastorno por uso de opioides), Implante subdérmico de etonogestrel (Anticoncepción), Indigotindisulfonato de sodio (Utilizado como medio de contraste en procedimientos médicos), Inyección Cardio-Green (Utilizado como medio de contraste en procedimientos médicos), Iohexol (Utilizado como medio de contraste en procedimientos radiológicos), Iomervu (Agente de contraste radiográfico para varios procedimientos intraarteriales e intravenosos), Iopoamidol (Utilizado como medio de contraste en procedimientos radiológicos), Iopromida (Utilizado como medio de contraste en procedimientos radiológicos), Iothalamate (Agente de radiocontraste que contiene yodo, para procedimientos), Izervay (Tratamiento de la atrofia geográfica, degeneración macular), Kcentra (Tratamiento de la deficiencia de factores de coagulación), Kit de inyección diagnóstica de glucagón 1 MG (Utilizado en pruebas diagnósticas para evaluar la función del páncreas), Korsuva (Tratamiento del prurito asociado con la enfermedad renal crónica en pacientes en hemodiálisis), Krystexxa (Tratamiento de la gota crónica refractaria), Lamzede (Tratamiento de la alfa-manosidosis), Laviv (Terapia celular autóloga utilizada para el tratamiento de arrugas nasolabiales moderadas a severa. Cosméticos), Lemtrada (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple), Lenmeldy (Terapia génica utilizada para tratar tipos de leucodistrofia metacromática en niños), Leqembi (Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer), Lidodixanol (Para procedimientos de contraste en angiografías), Limpiadores o vendajes de heridas (Manejo y cuidado de las heridas de la piel), Lyposyn (Emulsión de grasa. Producto nutricional), Loversol (Utilizado como medio de contraste en procedimientos radiológicos), Lucentis (Tratamiento de la degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad), Lucentis intravítreo (Tratamiento de la degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad), Lumisight (Para estudios de imágenes y diagnósticos), Lumizyme (Tratamiento de la enfermedad de Pompe), Luxturna (Tratamiento de la distrofia retiniana asociada a mutaciones en el gen RPE65), Lymphazurin (Utilizado como medio de contraste en procedimientos médicos), Maci (Tratamiento de defectos sintomáticos del cartílago del fémur en pacientes adultos), Macugen (Tratamiento de la degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad), Manitol (Utilizado como diurético osmótico), Metacolina (Utilizado en pruebas diagnósticas para evaluar la hiperreactividad bronquial), Metirapona (Utilizado en pruebas diagnósticas para evaluar la función adrenal), Nexviazyme (Tratamiento de la enfermedad de Pompe), Niktimvo

(Tratamiento de la enfermedad crónica de injerto contra huésped (cGVHD)), Nubain (Alivio del dolor moderado a severo), Nulibry (Tratamiento de la deficiencia de molibdeno cofactor tipo A), Nusinersen (Tratamiento de la atrofia muscular espinal), Ocrevus (Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple y esclerosis múltiple primaria progresiva), Omidubicel-Onlv (Terapia alogénica con células progenitoras para pacientes con neoplasias malignas hematológicas que necesitan un alo-HCT), Omisirge (EE.UU.) (Terapia alogénica con células progenitoras para pacientes con neoplasias malignas hematológicas que necesitan un alo-HCT), Omisirge (Terapia alogénica con células progenitoras para pacientes con neoplasias malignas hematológicas que necesitan un alo-HCT), Omisirge CF (EE.UU.) Omidubicel-Onlv (Terapia alogénica con células progenitoras para pacientes con neoplasias malignas hematológicas que necesitan un alo-HCT), Omisirge NF (EE.UU.) Omidubicel-Onlv (Terapia alogénica con células progenitoras para pacientes con neoplasias malignas hematológicas que necesitan un alo-HCT), Omvoh (Tratamiento de colitis ulcerosa moderada a severa), Onpattro (Tratamiento de la amiloidosis hereditaria mediada por transtiretina (hATTR)), Panhematin (Tratamiento de la porfiria aguda intermitente), Panzyga (Tratamiento de deficiencias inmunitarias y enfermedades autoinmunes), Pegademase bovine (Para tratar la deficiencia de adenosina desaminasa (ADA)), Pentetato de indio (Utilizado como medio de contraste en procedimientos médicos), Polidocanol (Tratamiento de las venas varicosas), Polilisina de benzilpeniciloil (Para identificar o diagnosticar alergias a las penicilinas), Pombiliti (Terapia de reemplazo de enzimas para el tratamiento de la enfermedad de Pompe), Poractante alfa (Tratamiento de la enfermedad de membrana hialina en recién nacidos prematuros), Prademagene zamikeracel (Terapia celular autóloga en desarrollo para el tratamiento de pacientes con epidermólisis bullosa distrófica recesiva), Prolastin-c (Tratamiento de la deficiencia de alfa-1 antitripsina), Prueba de tolerancia a la glucosa (Utilizado en pruebas diagnósticas para evaluar la tolerancia a la glucosa), Qalsody (Oligonucleótido antisentido para el tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica (ALS)), Radicava (Tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica), Recarbrio (Antibiótico combinado que contiene imipenem, cilastatina y relebactam para infecciones intraabdominales complicadas, infecciones del tracto urinario complicadas y neumonía adquirida en el hospital), Regadenoson (Utilizado como agente de estrés en pruebas de perfusión miocárdica), Remicade (Tratamiento de la artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y psoriasis en placas), Renflexis (Tratamiento de la artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y psoriasis en placas), Rethymic (Tratamiento tisular para la atimia congénita), Rezzayo (Un antifúngico equinocandina que se usa para tratar infecciones fúngicas graves por Candida llamadas candidemia y candidiasis invasiva), Rheomacrodex IV (Para aumentar el volumen del plasma y aumentar el flujo de sangre), Rhophylac (Prevención de la enfermedad hemolítica del recién nacido), RiaSTAP

(Tratamiento de la deficiencia de fibrinógeno), Roxadustat (Tratamiento de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica), Ryplazim (Tratamiento de la deficiencia de plasminógeno tipo 1), Sabatolimab HR-MDS (Para tratar síndromes mielodisplásicos de alto riesgo (HR-MDS) y leucemia mieloide aguda (AML) recién diagnosticada. No está aprobado por la FDA), Saphnelo (Tratamiento del lupus eritematoso sistémico), Scenesse (Tratamiento de la protoporfiria eritropoyética), Simponi Aria (Tratamiento de la artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante), Sincalide (Utilizado en pruebas diagnósticas para evaluar la función de la vesícula biliar), Skysona (Tratamiento de la adrenoleucodistrofia cerebral), Soliris (Tratamiento de la hemoglobinuria paroxística nocturna, síndrome hemolítico urémico atípico, miastenia gravis generalizada y neuromielitis óptica), Spinraza (Tratamiento de la atrofia muscular espinal), StrataGraft (Tratamiento de quemaduras térmicas profundas parciales), Sulfacetamida sódica (Tratamiento de infecciones bacterianas de la piel), Sulfato de bario (Utilizado como medio de contraste en procedimientos radiológicos), Syfovre intravítreo (Tratamiento de la degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad), Synagis (Prevención de infecciones graves por virus sincitial respiratorio (VSR) en niños de alto riesgo), Talco intrapleural (Tratamiento del derrame pleural maligno), Tecnecio (Utilizado como medio de contraste en procedimientos médicos), Tepezza (Tratamiento de la enfermedad de Graves), Terlivaz (Tratamiento de la insuficiencia hepática), Tetradecil de sodio (Tratamiento de las venas varicosas), Tirotropina (Utilizado en pruebas diagnósticas para evaluar la función tiroidea), Tretten (Tratamiento de la deficiencia de factor XIII), Tricophyton (No se encontró una indicación específica de la FDA. Género de hongos), Triflutato de corticorelina ovina (Utilizado en pruebas diagnósticas para evaluar la función adrenal), Tropicamida (Utilizado como midriático en exámenes oftalmológicos), Tuberculina (Utilizado en pruebas diagnósticas para evaluar la exposición a la tuberculosis), Tzield (Tratamiento de la diabetes tipo 1 en etapa temprana), Ultomiris (Tratamiento de la hemoglobinuria paroxística nocturna, síndrome hemolítico urémico atípico y miastenia gravis generalizada), Uplinza (Tratamiento de la neuromielitis óptica), Vabysmo (Tratamiento de la degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad), Veletri (Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar), Vendajes o limpiadores de heridas (Para el manejo de heridas en la piel), Veopoz (Tratamiento de la enfermedad de CHAPLE), Verde de indocianina (Utilizado como medio de contraste en procedimientos médicos), Viltepso (Tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne), Vimpat IV (Tratamiento de las convulsiones parciales en pacientes con epilepsia), Vonvendi (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con enfermedad de von Willebrand), Vpriv (Tratamiento de la enfermedad de Gaucher tipo 1), Vyepti (Tratamiento preventivo de la migraña en adultos), Vyondys 53 (Tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne en pacientes que tienen una mutación confirmada del gen DMD que es susceptible a

omisión del exón 53), Vyvgart (Tratamiento de la miastenia gravis generalizada), Xacduro (Tratamiento de infecciones bacterianas complicadas), Xenpozyme (Tratamiento de la deficiencia de esfingomielinasa ácida), Xiaflex (Tratamiento de la contractura de Dupuytren y la enfermedad de Peyronie), Zevtera (Tratamiento de infecciones bacterianas complicadas), Ziconotida (Tratamiento del dolor crónico severo), Zolgensma (Tratamiento de la atrofia muscular espinal), Zynrelef (Tratamiento del dolor postoperatorio), Zynteglo (Tratamiento de la beta-talasemia dependiente de transfusiones).

21. Los siguientes medicamentos inyectables:

    a. Agentes de inmunización, excepto las vacunas, las cuales están cubiertas bajo cubierta básica, tales como: Abhayrab (Vacuna para la prevención de la rabia), Abrysvo (Vacuna para la prevención de infecciones por virus sincitial respiratorio), ActHIB (Vacuna para la prevención de infecciones por Haemophilus influenzae tipo b), Adacel (Vacuna para la prevención de la Diphtheria, Tetanus y Pertussis), Afluria (Vacuna para la prevención de la influenza), Arexvy (Vacuna para la prevención de infecciones por virus sincitial respiratorio), Bexsero (Vacuna para la prevención de infecciones por Neisseria meningitidis (B)), Boostrix (Vacuna para la prevención de la Diphtheria, Tetanus y Pertussis), Capvaxive (Vacuna para la prevención de infecciones por Streptococcus pneumoniae), DAPTACEL (Vacuna para la prevención de la Diphtheria, Tetanus y Pertussis), Dukoral (Vacuna para la prevención del cólera en adultos que viajan a áreas endémicas), Euvichol/Euvichol-Plus (Vacuna para la prevención del cólera en adultos que viajan a áreas endémicas), Fiebre amarilla (Vacuna para la prevención de la fiebre amarilla), Fluad (Vacuna para la prevención de la influenza), Fluarix (Vacuna para la prevención de la influenza), Flublok (Vacuna para la prevención de la influenza), Flucelvax (Vacuna para la prevención de la influenza), FluLaval (Vacuna para la prevención de la influenza), FluMist (Vacuna para la prevención de la influenza), Fluzone (Vacuna para la prevención de la influenza), Fluzone High-Dose (Vacuna para la prevención de la influenza), Gardasil (Vacuna para la prevención de infecciones por virus del papiloma humano (VPH)), Hiberix (Vacuna para la prevención de infecciones por Haemophilus influenzae tipo b), IMOVAX POLIO (Vacuna para la prevención de la poliomielitis), Imovax Rabies (Vacuna para la prevención de la rabia), Indirab (Vacuna para la prevención de la rabia), Infanrix (Vacuna para la prevención de la Diphtheria, Tetanus y Pertussis), IPOL (Vacuna para la prevención de la poliomielitis), Ixiaro (Vacuna para la prevención de encefalitis japonesa), Kinrix (Vacuna para la prevención de la Diphtheria, Tetanus y

Pertussis), Menactra (Vacuna para la prevención de infecciones por Neisseria meningitidis), MenQuadfi (Vacuna para la prevención de infecciones por Neisseria meningitidis), Menveo (Vacuna para la prevención de infecciones por Neisseria meningitidis), MMR II (Vacuna combinada contra el sarampión, las paperas y la rubéola), MMRV (Vacuna combinada contra el sarampión, las paperas, la rubéola y la varicela), Mumpsvax (Vacuna específica contra las paperas), Nimenrix (Vacuna para la prevención de infecciones por Neisseria meningitidis), Orimune (Vacuna para la prevención de la poliomielitis), Pediarix (Vacuna para la prevención de la Diphtheria, Tetanus y Pertussis), PedvaxHIB (Vacuna para la prevención de infecciones por Haemophilus influenzae tipo b), Pentacel (Vacuna para la prevención de infecciones por Haemophilus influenzae tipo b), Plaga (Vacuna para la prevención de la peste), Pneumovax (Vacuna para la prevención de infecciones por Streptococcus pneumoniae), Prevnar 13 (Vacuna para la prevención de infecciones por Streptococcus pneumoniae), Prevnar 20 (Vacuna para la prevención de infecciones por Streptococcus pneumoniae), Priorix (Vacuna combinada contra el sarampión, las paperas y la rubéola), ProQuad (Vacuna combinada contra el sarampión, las paperas, la rubéola y la varicela), Quadracel (Vacuna para la prevención de la Diphtheria, Tetanus y Pertussis), RabAvert (Vacuna para la prevención de la rabia), Rabipur (Vacuna para la prevención de la rabia), Rabivax (Vacuna para la prevención de la rabia), Rotavirus (Vacuna para la prevención de la gastroenteritis por rotavirus), Shingrix (Vacuna para la prevención del herpes zóster), SPEEDA (Vacuna para la prevención de la rabia), TBE Vaccine (Vacuna para la prevención de la encefalitis transmitida por garrapatas), Tenivac (Vacuna para la prevención de la Diphtheria y Tetanus), Tifoidea (Vacuna para la prevención de la fiebre tifoidea), Toxoide tetánico (Vacuna para la prevención del tétanos), Trumenba (Vacuna para la prevención de infecciones por Neisseria meningitidis (B)), Twinrix (Vacuna para la prevención de la hepatitis A y B), Varivax (Vacuna para la prevención de la varicela), Vaxchora (Vacuna para la prevención del cólera en adultos que viajan a áreas endémicas), Vaxelis (Vacuna para la prevención de infecciones por Haemophilus influenzae tipo b), Vaxirab-N (Vacuna para la prevención de la rabia), Vaxneuvance (Vacuna para la prevención de infecciones por Streptococcus pneumoniae), Verorab (Vacuna para la prevención de la rabia), VLA15 Lyme Vaccine (Vacuna para la prevención de la enfermedad de Lyme), Zostavax (Vacuna para la prevención del herpes zóster).

b. Sueros biológicos, Sangre y/o Plasma sanguíneo, los cuales están cubiertos bajo el beneficio médico, tales como y entre otros: Hemlibra (Tratamiento de la hemofilia A), Hympavzi (Anticuerpo monoclonal para tratar hemofilia A y B), Stephage lyphates (No se encontró una indicación específica de la FDA), Advate (Tratamiento y prevención de

episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A, manejo perioperatorio y profilaxis rutinaria para reducir la frecuencia de episodios hemorrágicos), Adynovate (Tratamiento y control de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A, manejo perioperatorio y profilaxis rutinaria para reducir la frecuencia de episodios hemorrágicos), Afstyla (Tratamiento y control de episodios hemorrágicos, profilaxis rutinaria para reducir la frecuencia de episodios hemorrágicos y manejo perioperatorio de hemorragias en adultos y niños con hemofilia A), Alphanate (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A, manejo perioperatorio y profilaxis rutinaria para reducir la frecuencia de episodios hemorrágicos), Alphanate/VWF Complex/Human (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A, manejo perioperatorio y profilaxis rutinaria para reducir la frecuencia de episodios hemorrágicos), Alphanine SD (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia B), Alprolix (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia B), Altuviiio (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Bebulin (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia B), Benefix (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia B), Eloctate (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Esperoct (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Feiba (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A y B), Feiba NF (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A y B), Fidanacogene (Terapia génica para tratar Hemofilia B), Helixate FS (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Hemgenix (Tratamiento de la hemofilia B), Hemofil M (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Hemofil-M (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Humate-P (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Idelvion (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia B), Ixinity (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia B), Jivi (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Koate (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Koate-DVI (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Kogenate FS (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Kogenate FS Bio-Set (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Kovaltry (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A),

Monoclate-P (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Mononine (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia B), Novoeight (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), NovoSeven RT (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A y B), Nuwiq (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Obizur (Tratamiento de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia adquirida), Profilnine (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia B), Profilnine SD (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia B), Rebinyn (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia B), Recombinate (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Refacto (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Rixubis (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia B), Roctavian (Tratamiento de la hemofilia A), Sevenfact (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A y B), Solofuse (Tratamiento de la hemofilia A), Wilate (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A y enfermedad de von Willebrand), Xyntha (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Xyntha Solofuse (Tratamiento y prevención de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A), Qfitlia (Profilaxis rutinaria para prevenir o reducir la frecuencia de episodios hemorrágicos en hemofilia A o B), Alhemo (Profilaxis rutinaria para prevenir o reducir la frecuencia de episodios de sangrado en pacientes con hemofilia A o B con inhibidores).

22. Repeticiones de recetas:

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

23. Cualquier parte de una receta o repetición de receta que exceda un suplido para 30 días, recibida por una farmacia al detal que no participe en nuestro programa de despacho a 90 días, la cual le permita al suscriptor recibir un suplido de medicamentos para 90 días en una receta o repetición.

24. Cualquier porción de un medicamento de especialidad o medicamento inyectable auto administrado, recibido por una farmacia al detal o una farmacia especializada que exceda un suplido para 30 días.

25. Cualquier medicamento para el cual se requiere una autorización previa, que no haya sido obtenida.

26. Cualquier medicamento normalmente libre de cargos.

27. Cualquier fármaco, medicina o medicamento recibido por el suscriptor:

    a. Antes del inicio de la cubierta; o
    b. Después de la fecha en que la cubierta ha terminado.

28. Cualquier receta o repetición de receta por medicamentos que hayan sido perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados.

29. Más de una receta o repetición de receta para el mismo medicamento o para un medicamento terapéutico equivalente, recetado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias, hasta que el suscriptor haya usado por lo menos el 75% de la receta (o repetición de receta) anterior.

30. Cualquier copago que el suscriptor realizó por una receta que haya sido despachada, sin importar que esta sea rechazada o cambiada a causa de reacciones adversas o cambios en la dosis o la receta.

31. Medicamentos especializados nuevos que sean aprobados por la FDA, excepto aquellos que sea requerido por ley local o federal o la Oficina del Comisionado de Seguros.

32. Medicamentos nuevos que están aprobados por FDA que aparecen disponibles luego de la fecha de efectividad de esta póliza a menos que sean requeridos por una ley local o federal.

33. Medicamentos comprados u obtenidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios no están cubiertos bajo el Beneficio de Farmacia.

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

XIV. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE VISIÓN (Incluido)

Esta cubierta se ofrece en el contrato sin pago de prima adicional a través de *I VISION INTERNATIONAL, INC.*, y aplica para las siguientes cubiertas: (UNIFORME (ORO), PREMIUM ELA - RUBÍ, CLASSIC ELA - RUBÍ).

1. CÓMO SE RECIBEN LOS BENEFICIOS

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

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

XV. CUBIERTA DENTAL (Incluido)

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

XVI. SEGURO DE VIDA (Opcional)

1. RESUMEN DE CUBIERTA

Esta cubierta se ofrece en el contrato bajo el pago de una tarifa adicional, a través de ***Universal Life Insurance***. Para ser Elegible la persona tiene que suscribirse a este beneficio en o antes de los **65 años** de edad. Así mismo deberá solicitar la forma de Designación de Beneficiarios y enviarla a Universal Life. De no hacerlo los reclamantes deberán presentar una declaratoria de herederos.

La organización ofrece un Seguro de Vida (bajo el pago de una tarifa adicional) al suscriptor principal. El beneficio de seguro de vida es de $5,000.00 (diez mil dólares) por muerte natural o accidental. Este beneficio estará sujeto a las cláusulas y disposiciones que Universal Life establezca al respecto.

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

2. TABLA DE REDUCCIÓN DE BENEFICIO

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

3. PROCESO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

Si el suscriptor desea realizar un cambio en sus beneficiarios puede hacerlo en cualquier momento, utilizando la forma de Designación de Beneficiarios de Universal Life Insurance. Esta debe ser entregada en cualquiera de nuestras Oficinas de Servicio. Es importante que este formulario esté completado en todas sus partes.

Se digitaliza y se envía a Universal Life Insurance al Departamento de Suscripción para que se oficialice el cambio, a la siguiente dirección electrónica: serviciogrupal@universalpr.com

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

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

XVII. PROGRAMA DE VALORES AÑADIDOS

First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

HOSPITALS

Afiliado a: METRO PAVIA HEALTH SYSTEM

$0 COPAYMENTS AND COINSURANCE IN MOST OF THE SERVICES

• Hospitalization • Sonogram • Bone Densitometry
• X Rays • CT Scan • Mammogram • Laboratory Testing*

Benefits that apply according to the Selected Coverage

HOSPITAL PAVIA, ARECIBO
787-650-7272
$0 on: X Rays / Hospitalization / CT scan** Sonogram / Mammogram / Laboratory Testing *** Bone Densitometry / Nuclear Medicine**

HOSPITAL METROPOLITANO DR. SUSONI, ARECIBO
787-650-1030
$0 on: Hospitalization / Laboratory Testing*** X Rays / Sonogram / Bone Densitometry CT scan** / Nuclear Medicine**

HOSPITAL METROPOLITANO, CABO ROJO
787-851-2025
787-851-2025 ext.239 o 230 | Orientación y Ayuda 787-851-0833
100% A MENTAL HEALTH HOSPITAL

HOSPITAL PAVIA, CAGUAS
787-653-3434
$0 on: Hospitalization / CT scan** / X Rays Sonogram / Digital Mammogram / Laboratory Testing*** Bone Densitometry

HOSPITAL PAVIA, HATO REY
787-641-2323
100% A MENTAL HEALTH HOSPITAL
$0 on: Stabilizing Room 27/7 / Adult Behavioral Medicine Clinic / Psychological and Psychiatric Evaluation
Help Line: 787-545-8008

HOSPITAL PEREA, MAYAGÜEZ
787-834-0101
$0 on: Hospitalization / Laboratory Testing*** / X Rays Sonogram / Bone Densitometry / Digital Mammogram CT scan** / Nuclear Medicine**

HOSPITAL SAN FRANCISCO, RÍO PIEDRAS
787-767-5100
$0 on: Hospitalization / Laboratory Testing*** / X Rays Sonogram / Digital Mammogram / CT scan** Ambulatory Surgery*
VISIT OUR PHARMACY INSIDE THE HOSPITAL

HOSPITAL METROPOLITANO, SAN JUAN
787-782-9999
$0 on: Hospitalization / Laboratory Testing *** X Rays / Sonogram / Mammogram / Bone Densitometry CT scan** / Nuclear Medicine** / Endoscopy Ambulatory Surgery*
VISIT OUR PHARMACY INSIDE THE HOSPITAL

HOSPITAL PAVIA, SANTURCE
787-641-1616
$0 on: Hospitalization / Laboratory Testing*** / X Rays Sonogram / Digital Mammogram / Bone Densitometry CT scan** / Nuclear Medicine** / Ambulatory Surgery*

HOSPITAL METROPOLITANO, SAN GERMÁN
787-892-5300
$0 on: Emergency Room Services / Hospitalization Laboratory Testing *** / X Rays / Mammogram Sonogram / CT scan** / Eco Doppler

HOSPITAL METROPOLITANO DR. PILA, PONCE
787-848-5600
$0 on: Emergency Room Services / Hospitalization Laboratory Testing *** / Vascular Laboratory / X Rays Mammogram / Sonogram / Breast Ultrasound Bone Densitometry / CT scan** / EKG

HOSPITAL METROPOLITANO DE LA MONTAÑA, UTUADO
787-933-1100
100% A MENTAL HEALTH HOSPITAL

HOSPITAL PAVIA, YAUCO
787-856-1000
$0 on: Emergency Room Services / Hospitalization Psychiatric Hospitalization / Laboratory Testing *** X Rays Mammogram / Sonogram / Bone Densitometry CT scan** / Nuclear Medicine** / Respiratory Therapy

NEW FACILITIES AND SERVICES

HOPE MEDICAL CENTER

HOSPITAL HOPE MEDICAL CENTER, HUMACAO
787-656-2424
$0 on: Hospitalization / Densitometry / CT scan**
Soon: Digital Mammogram / MRI*

HOSPITAL Wilma N. Vázquez

HOSPITAL WILMA N. VÁZQUEZ, VEGA BAJA
787-858-1580
$0 on: Hospitalization / Laboratory Testing *** / X Rays Mammogram / Sonogram / CT scan**

* Deductible applies. ** Payment for Radiopharmaceuticals if required in case of CT Scan. *** In most of the tests, if applicable.

Rev. May 13, 2025

CLÍNICAS AFILIADAS

METRO PAVIA CLINIC, AGUADILLA
787-296-9778
$0 n: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X
Sonografía / Mamografía / EKG / Cirugía General
Endocrinología / Medicina Interna / Quiropráctico

METRO PAVIA CLINIC, ARECIBO
787-650-0018 / 650-0020
$0 n: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X
EKG / Sonografía / CT Scan / MRI / Mamografía Digital
Alergista** / Cirugía Ambulatoria / Cirugía General**
Dermatología / Generalista / Ginecología / Medicina
Interna** / Oftalmología** / Endocrinología / Reumatología
Hematólogo / Oncólogo / Quiropráctico / Ortopedia

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

METRO PAVIA CLINIC, BAYAMÓN
787-787-2387 / 787-300-2815
$0 n: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X
EKG / Sonografía / Mamografía Digital / Dermatología
Ginecología / Cirujano General / Endocrinología
Reumatología / Neurología / Cirujano de Manos

METRO PAVIA CLINIC, BELLA VISTA, BAYAMÓN
787-665-0200
$0 n: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X
Dermatología / Endocrinología / EKG / Quiropráctico

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

METRO PAVIA CLINIC, CAROLINA
787-993-4990
$0 n: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X
Sonografía / CT Scan / EKG / Generalista / Cirugía General
Gastroenterología** / Ginecología / Mamografía Digital
Ortopedia Adulto y Pediátrico Quiropráctico
Reumatología / Endocrinología / Cirujano Ortopeda
Densitometría Ósea / Quiropráctico

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

METRO PAVIA CLINIC, CAGUAS
787-746-2606
$0 n: Sonografía / EKG / Generalista
Dermatología / Endocrinología** / Ginecología
Quiropráctico / Reumatología / Neurología

METRO PAVIA CLINIC, FAJARDO
787-534-8905
$0 n: Generalista / Ginecología / Quiropráctico
Reumatología / Endocrinología

METRO PAVIA CLINIC, GUAYAMA
787-592-7180
$0 n: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X
Mamografía / Quiropráctico / Sonografía / Clínica de
EKG / Endocrinología / Neurología Pediátrica
Ginecología

METRO PAVIA CLINIC, HATO REY
787-641-3052 / 787-759-6389
$0 n: Sala de Emergencia / Laboratorio* / Rayos X
Alergista* / Endocrinología / Generalista / Ginecología
Quiropráctico / Reumatología / Neurología

METRO PAVIA CLINIC, LUQUILLO
787-355-0056
$0 n: Laboratorio Clínico / Generalista / Quiropráctico
Vacunación / Endocrinología / Reumatología / Ginecología

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

METRO PAVIA CLINIC, TOA BAJA
787-784-1782
$0 n: Sala de Emergencia / Rayos X / Sonografía
Dermatología / Endocrinología / Neurología Pediátrica
Quiropráctico / EKG Gastroenterología / Reumatología
Laboratorio*

Clínica Yagüez, Inc.

CLÍNICA YAGÜEZ, INC., MAYAGÜEZ
787-832-8444
$0 n: 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, CUPEY
787-302-5100
$0 n: Sala de Emergencia 24/7 / Laboratorio*
Radiología / Sonografía / CT Scan*

$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. 13/mayo/2025

First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.
ONLINE

PRE AUTORIZACIÓN PASO A PASO

Página de inicio

Paso 1: Para acceder a su cuenta, deberá ingresar su nombre de usuario y contraseña.

Presione **ACCEDER.**

Regístrate para crear una cuenta nueva.

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-AUTORIZACIÓN.**

Paso 4: Dar click en **"CERRAR".**

Paso 5:
Seleccione 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.

SÍGUENOS en las Redes Sociales

First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.
ONLINE

7

Paso 7: En este menú se mostrarán los Hospitales y Clínicas afiliadas a First Medical Health Plan Inc.

También tiene la opción de seleccionar **Otras Facilidades.**

8

Paso 8: En Fecha del Estudio, indique el día en que se realizara el estudio.

Si conoce el número de fax del proveedor o desea recibir su pre-autorización vía fax, indique el número en el espacio provisto.

9

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.

10

Paso 10: Presione **SOMETER.** Empezará procesarle la solicitud.

En unos segundos, le confirmará si fue exitoso.

Dar click en **"OK".**

11

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 laborales recibirá contestación vía correo electrónico o vía fax, según solicitado.

BAJA NUESTRA APP DESDE EL

DE TU TELÉFONO

XVIII. HERRAMIENTAS

Información de Contacto en Caso de Preguntas	
Servicio al Cliente	1-888-318-0274
First Health Call	1-866-337-3338 / TTY: 1-866-921-0101
Preautorización	1-866-977-2977
Directorio de Proveedores/ Farmacia	www.firstmedicalpr.com

XIX. NUESTROS PROVEEDORES

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

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

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

XX. RED DE SERVICIOS

Para ofrecer un servicio de calidad **First Medical Health Plan, Inc**., cuenta con 23 Oficinas de Servicio, 12 Hospitales y 17 Clínicas alrededor de todo Puerto Rico.

XXI. PROCESO DE QUERELLAS, APELACIONES Y RECLAMACIONES

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

Si usted tiene alguna inquietud, pregunta o diferencia relacionada acerca de los beneficios bajo su cubierta usted puede comunicarse por:

- **Teléfono al 787-474-3999;**
- **Fax al 787-625-8765;**
- **Correo postal: PO Box 191580 San Juan, PR 00918-1580; o**
- **Visitando alguna de nuestras Oficinas de Servicio.**

Un representante de First Medical Health Plan, Inc., atenderá su inquietud por el mecanismo informal de diálogo, ya sea por teléfono o personalmente en alguna oficina de servicio. Si lo solicitado no se resuelve de forma inmediata, esta situación se convertiría en una querella, la cual será registrada y sometida al Departamento de Querellas, para su evaluación y resolución adecuada. El Departamento de Querellas de First Medical Health Plan, Inc., ha sido establecido conforme al Capítulo 22 del Código de Salud de Puerto Rico, y tiene el propósito de evaluar y resolver de forma eficiente y a tiempo cualquier querella sometida.

Definiciones:

1. **Beneficios cubiertos** o **beneficios**: son los servicios de cuidado de la salud a que las personas cubiertas o suscriptores tienen derecho conforme al plan médico.

2. **Certificación:** es un documento que contiene la determinación de la organización de servicios de salud, o de la organización de revisión de utilización, en el que se expresa que se ha revisado la solicitud de un beneficio a tenor con el plan médico y que, a base de la información provista, el beneficio cumple con los requisitos de la organización de servicios de salud en cuanto a la necesidad médica, la idoneidad, el lugar donde se provee el cuidado de la salud, o el nivel, o eficacia del cuidado.

3. **Criterios de revisión clínica**: son los procedimientos escritos para el cernimiento, resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de servicios de salud para determinar la necesidad médica e idoneidad de los servicios de cuidado de salud.

4. **Determinación adversa**:

    a. Una determinación hecha por una organización de servicios de salud, o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa;
    b. La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte de la organización de servicios de salud, o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta o suscriptor de participar en el plan médico; o
    c. La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.

5. **Estabilizado** (con respecto a una condición médica de emergencia): significa que no hay probabilidad de que se deteriore la condición del paciente, dentro de las probabilidades médicas razonables, antes de que se pueda transferir al paciente.

6. **Homólogo clínico**: un médico u otro profesional de la salud que tiene una licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.

7. **Manejo de casos**: es un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de servicios de salud, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, ya sean complejos, prolongados o de otro tipo.

8. **Plan de cuidado coordinado:**

    a. Un plan médico que requiere o incentiva, incluso económicamente, que las personas cubiertas o suscriptores utilicen los proveedores de la organización de

servicios de salud, o proveedores que son administrados, contratados o suscriptores por esta, para que las personas cubiertas o suscriptores utilicen dichos servicios.

b. Los planes de cuidado coordinado incluyen:

   i. Los planes cerrados, significa un plan de cuidado coordinado que requiere que la persona cubierta o suscrita use solo proveedores participantes conforme a los términos del plan y

   ii. Los planes abiertos, significa un plan de cuidado coordinado que provee incentivos, incluidos los incentivos económicos, para que la persona cubierta o suscrita use los proveedores participantes conforme a los términos del plan.

9. **Organización de revisión de utilización**: es la entidad contratada por una organización de servicios de salud para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de servicios de salud quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de servicios de salud subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

10. **Plan médico**: es un contrato de servicios de salud, certificado, o contrato de suscripción, provisto en consideración o, a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual la organización de servicios de salud se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de estos.

11. **Planificación de altas**: es el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé alta de una instalación, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.

12. **Querella**: es una queja escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por una persona cubierta o suscriptor, o a nombre de este, 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;

b. El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o suscriptor y la organización de servicios de salud.

13. **Red:** es el grupo de proveedores participantes que presta servicios en un plan de cuidado coordinado.

14. **Revisión concurrente:** es la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una facilidad, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes recluidos o ambulatorios.

15. **Revisión de servicios ambulatorios**: es la revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.

16. **Revisión de utilización:** es un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de estos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

17. **Revisión prospectiva**: es la revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la organización de servicios de salud para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

18. **Revisión retrospectiva**: es 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.

19. **Segunda opinión:** es la oportunidad o el requisito de obtener una evaluación clínica hecha por un proveedor, que no sea el proveedor que haya hecho la recomendación inicial, de un servicio de cuidado de la salud, con miras a evaluar la necesidad médica e idoneidad de dicho servicio.

20. **Solicitud de cuidado urgente**:

    a. Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento en la cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:
        i. Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona cubierta o suscriptor o su recuperación plena; o
        ii. En la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o suscriptor, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.
    b. Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la organización de servicios de salud ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o suscriptor determina presentar una solicitud de cuidado urgente dentro del significado del inciso (1), la organización de servicios de salud tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

El procedimiento establecido es el siguiente:

1. **Revisión Primer Nivel de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa** – Toda persona cubierta o representante personal tendrá 180 días para presentar su querella luego de haber sido notificado de una determinación adversa. La querella podrá ser sometida ante el Departamento de Querellas de First Medical Health Plan, Inc., de forma escrita o verbal utilizando los siguientes mecanismos:

    a. Teléfono (787) 474-3999
    b. Fax (787) 625-8765

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

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

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

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

a. Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión; y
b. Recibir de First Medical Health Plan, Inc., a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de estos, así como información pertinente a la querella.

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

a. Fueron usados en la determinación de beneficios;
b. Se presentaron, consideraron o generaron con relación a la determinación adversa, aunque la determinación del beneficio no dependiera de dichos documentos, registros u otra información;

c. Demuestran que, al hacer la determinación, First Medical Health Plan, Inc., siguió, de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas cubiertas en circunstancias similares; o
d. Constituyen declaraciones de política o directrices del plan médico relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

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

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

En los casos que la querella sea como un resultado de una determinación adversa y que esté relacionada con una revisión **prospectiva** (antes de presentarse el servicio) la organización emitirá su determinación en un plazo razonable, pero no más tarde de quince (15) días del recibo de la querella. En los casos que esté relacionada con una revisión **retrospectiva** (después de haberse prestado el servicio), la organización emitirá una determinación en un plazo razonable pero no más tarde de treinta (30) días del recibo de la querella.

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

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

a. Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);
b. Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;
c. La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o su representante personal, pueda responder a los planteamientos de la organización;
d. La evidencia o documentación usada como base de la determinación;
e. En el caso de que la determinación de la organización, luego de realizar una revisión de primer nivel, resulte adversa, se incluirá, además, lo siguiente:
    i. Las razones específicas de la determinación adversa;
    ii. Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
    iii. Una declaración que haga mención del derecho que tiene la persona cubierta a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente;
    iv. Si para formular la determinación adversa la organización se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud de la persona cubierta o de su representante personal;
    v. Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, o una declaración de que se proveerá una explicación a la persona cubierta o, a su representante personal, de manera gratuita, a su solicitud; y
f. Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
    i. Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación. Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación.

g. Si fuera aplicable, una declaración en la que se indique:

i. Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente, conforme las disposiciones del Capítulo sobre "Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud" de este Código, si la persona cubierta decidiera que no solicitará una revisión voluntaria; y

ii. El derecho de la persona cubierta a incoar una demanda ante un tribunal competente.

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

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

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PR	OFICINA DEL PROCURADOR DEL PACIENTE
Física: Edificio World Plaza 268 Ave. Muñoz Rivera San Juan, PR 00918 **Postal**: PO BOX 195415, SAN JUAN PR 00919-5415 Tel: 787-304-8686, Fax: 787-273-6082	**Física**: Ave. Ponce de León Edificio Mercantil Plaza, Piso 9 Hato Rey, PR 00908 **Postal**: PO Box 11247 San Juan, PR 00910-2347 Tel: 787-977-0909 / TTY: 787-977-0915 Tel: 787-977-1100 (radicar querellas) Fax: 787-977-0915

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

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

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

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

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

3. **Revisión Acelerada – Revisión Acelerada de Querellas Relacionadas a una Determinación Adversa** – Toda persona cubierta o representante personal tendrá el derecho de una revisión acelerada para solicitudes de cuidado urgente relacionados a una determinación adversa. First Medical Health Plan, Inc., designará homólogos clínicos similares a la persona que normalmente manejaría el caso que se revisa. Toda información relacionada a una revisión acelerada entre la Organización de Servicios de Salud y la persona cubierta o su representante personal debe ser tramitada de la forma más expedita posible utilizando los medios de comunicación disponibles. La determinación de la revisión acelerada se tomará y se notificará a la persona cubierta o representante personal con la premura que requiera la condición médica no más tarde de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la revisión acelerada.

La notificación de la decisión detallará lo siguiente:

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

Además, dicha notificación incluirá el derecho que tiene toda persona cubierta o su representante personal de iniciar una demanda en un tribunal competente, como también la opción de solicitar una mediación o arbitraje. Para estas opciones disponibles deberá comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o la Oficina del

Procurador del Paciente, donde se incluirá el número del teléfono y dirección para solicitar ayuda en todo momento. La notificación adversa podrá ser provista verbalmente, por escrito o electrónicamente. Si la notificación adversa se provee verbalmente, First Medical Health Plan, Inc., proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar tres (3) días luego de la notificación verbal.

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

AVISO ANTI-FRAUDE

"Cualquier persona que, a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil ($5,000) dólares, ni mayor de diez mil ($10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

Código de Seguros de Puerto Rico, Artículo 27.320.

XXII. NOTIFICACIONES IMPORTANTES

MATRIMONIOS DEL MISMO SEXO
Y DECISIONES PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD

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

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

Para más información, refiérase a la definición de dependiente directo o visite nuestras Oficinas de Servicio.

XXIII. DEFINICIONES

CUBIERTA BÁSICA

1. **AÑO DE CONTRATO:** Significa el periodo de diez (10) meses consecutivos comprendido entre las fechas que se señalan en las Declaraciones del contrato como fecha en que comienza y fecha en que termina el mismo.

2. **APARATO ORTOPÉDICO:** Significa instrumentación ortopédica y aditamentos fijos o temporeros los cuales incluye: clavos y tornillos, entre otros.

3. **ASEGURADO O SUSCRIPTOR PRINCIPAL:** El empleado o pensionado que suscribe la solicitud de ingreso al Plan.

4. **ASEGURADO O SUSCRIPTOR:** Denomina a cualquier empleado, cónyuge, dependiente directo o dependiente opcional, que haya solicitado cubierta bajo este contrato y la Entidad Contratante que le haya expedido una tarjeta de asegurado o suscriptor, cuya validez no haya sido terminada según dispone este contrato.

5. **AUTOINFLIGIDO:** Aquellos daños sobre su persona resultante directa o indirectamente de una acción voluntaria y/o intencional del asegurado o suscriptor estando en su sano juicio.

6. **CANCELACIÓN DE CONTRATO:** Significa la terminación del acuerdo contractual de servicios mediante notificación y aceptación por escrito por cualquiera de las partes.

7. **CARGO USUAL Y ACOSTUMBRADO:** Es el cargo o tarifa prevaleciente entre la mayoría de los proveedores de una misma categoría localizados en un área geográfica o región para un mismo servicio.

8. **CIRUGÍA BARIÁTRICA:** Procedimiento quirúrgico para el control de la obesidad, la cual se puede practicar mediante cuatro (4) técnicas: bypass gástrico, banda ajustable, balón intragástrico o gastrectomía en manga. De las cirugías mencionadas solo se cubrirán tres (3), la cirugía de balón intragástrico no estará cubierta, por considerarse no segura por los cirujanos bariátricos.

9. **CIRUGÍA ESTÉTICA O COSMÉTICA**: Significa aquella cirugía que está dirigida únicamente a mejorar la apariencia de una persona y no a restaurar función alguna o a corregir deformidades.

10. **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA:** Significa aquella cirugía que se lleva a cabo en estructuras anormales del cuerpo con intención de mejorar defectos congénitos o que hayan sido resultado de enfermedades o traumas.

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

12. **COASEGURO:** Significa la cantidad relativa o por ciento (%) que pagará la persona asegurada o suscriptor directamente al proveedor al momento de recibir los servicios, calculada a base de un porcentaje de los honorarios que han sido contratados por la Entidad Contratante con el proveedor. El suscriptor pagará la diferencia entre este porcentaje y el 100% de la tarifa contratada o cargo médico.

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

14. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Es responsabilidad del empleado asegurado o suscriptor demostrar con evidencia fehaciente que sus dependientes directos dependen de él y

cumplen con estos requisitos que más adelante se mencionan. Se denomina a los siguientes como dependientes directos:

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

que vivan permanentemente bajo el mismo techo del empleado y dependan sustancialmente de este para su sustento.

15. **DEPENDIENTES OPCIONALES:** Denomina al familiar consanguíneo directo y soltero del asegurado principal o de su cónyuge, que no cualifica como dependiente directo, que depende sustancialmente de dicho empleado para su sustento y que vive bajo el mismo techo con el empleado asegurado. Los padres del empleado asegurado o suscriptor y de su cónyuge pueden ser elegibles como dependientes opcionales solamente, aunque no vivan bajo el mismo techo.

    Es responsabilidad del empleado asegurado o suscriptor presentar evidencia para demostrar que sus dependientes opcionales cumplan con estos requisitos. (Ejemplos: expediente de visitas o gestiones en la escuela, médicos, planillas, etc.).

16. **DESINTOXICACIÓN "*DETOX*":** Tratamiento médico destinado a eliminar los efectos nocivos en el cuerpo y terminar, a su vez, la dependencia con respecto al alcohol o una droga (legal o ilegal).

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

18. **EMPLEADO:** Denomina a todo funcionario o empleado en servicio activo, de nombramiento o por elección, y los empleados en puestos transitorios cuyos nombramientos sean por un término de seis (6) meses o más, de cualquier rama del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de sus agencias, departamentos y municipios y todo pensionado, sin considerar su edad, de los Sistemas de Retiro del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus instrumentalidades.

19. **ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado normal de salud de un individuo, en una o varias partes del cuerpo provocado por factores internos o externos, manifestado por síntomas y signos característicos cuya evaluación es más o menos previsible. Se requiere atención médica.

20. **ENFERMEDAD AGUDA:** Son enfermedades que aparecen de pronto con síntomas severos, generalmente de corta duración con un inicio y un fin claramente definido. Se requiere atención médica.

21. **ENTIDAD CONTRATANTE:** Significa Asegurador u Organización de Servicio de Salud autorizado por la Oficina del Comisionado Seguros u Organización o Asociación que contrata con el Secretario de Hacienda.

22. **HIPAA:** *Health Insurance Portability and Accountability Act*, por sus siglas en ingles. Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico es una Ley Federal, aprobada el 16 de agosto de 1996, por el Congreso de los Estados Unidos.

23. **HOSPICIO:** Cuidado especial que se brinda a personas que tienen enfermedades terminales y a sus familiares. Este cuidado incluye cuidado físico y consejería.

24. **HOSPITALES NO PARTICIPANTES:** Significa un hospital que no haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios de hospitalización a sus asegurados o suscriptores.

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

26. **IMPLANTES:** Artefacto interno que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo. No incluye aditamentos utilizados en cirugías ortopédicas.

27. **LABORATORIO NO PARTICIPANTE:** Significa un laboratorio que no haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios a sus asegurados o suscriptores.

28. **LABORATORIO PARTICIPANTE:** Significa una institución legalmente autorizada para practicar exámenes bacteriológicos, microscópicos, bioquímicos, serológicos o histo-patológicos que ayuden en el diagnóstico, control, prevención o tratamiento de enfermedades de la raza humana, que haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios a sus asegurados o suscriptores.

29. **MEDICINA ALTERNATIVA:** Significa una forma amplia de los métodos y práctica usados en lugar o como complemento, de los tratamientos en la medicina convencional para curar o tratar enfermedades, la cual debe estar regulada por el Tribunal Examinador de Médicos en Puerto Rico.

30. **MEDICINA DEPORTIVA:** Significa aquella rama de la medicina que trata las enfermedades y lesiones que resultan de actividades deportivas, incluyendo la fase preventiva y preparatoria necesaria para mantener un buen estado de salud físico y mental.

31. **MEDICINA NATURAL:** Significa la técnica en la cual se emplean métodos y productos naturales para el tratamiento de condiciones físicas y mentales.

32. **MÉDICO PRIMARIO:** Médico generalista, pediatra, ginecólogo, médico de familia o internista.

33. **MOOP:** Los Beneficios Esenciales de Salud (EHB), según descritos por el *Affordable Care Act (ACA)* contemplados en esta cubierta conllevan un máximo de gastos correspondientes que son responsabilidad del suscriptor *(Maximum Out of Pocket o MOOP).* El MOOP será determinado anualmente por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico. El máximo que aplica a este contrato será equivalente al máximo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para el año de vigencia de este

y representa la suma de gastos de bolsillo de la persona cubierta entiéndase: deducible inicial, copagos y/o coaseguros establecidos para la cubierta médica y los medicamentos recetados (combinados). Cuando la persona cubierta alcance el máximo de gastos del bolsillo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, First Medical cubrirá los beneficios esenciales de salud al 100%. (Individual $6,350) (Familiar $12,000). Según dispone la regulación federal el MOOP solo contará para aquellos beneficios esenciales recibidos por proveedores dentro de la red de First Medical.

34. **MUSICOTERAPIA:** Significa la técnica utilizada en el tratamiento de algunas enfermedades mentales y emocionales en la que se emplean diferentes sonidos musicales.

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

36. **ÓRGANO ARTIFICIAL**: Significa dispositivos diseñados para reemplazar una parte faltante del cuerpo o la sustitución artificial de una parte o un órgano. Pueden ser fijas o removibles.

37. **PLAN INDIVIDUAL:** Cubierta para el empleado o el pensionado solamente.

38. **PLAN PAREJA:** Cubierta para el empleado o pensionado y un dependiente directo.

39. **PLAN FAMILIAR:** Cubierta para el empleado o pensionado y dos o más dependientes directos

40. **PREAUTORIZACIÓN:** Significa la autorización previa expedida por escrito por La Entidad Contratante.
41. **PRÓTESIS:** Artefacto que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo.

42. **PROVEEDOR PARTICIPANTE:** Denomina a un doctor en medicina, cirujano-dentista, o cirujano maxilofacial, y otros especialistas legalmente autorizados por las leyes de Puerto Rico a practicar su profesión que hayan firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios de salud.

43. **PROVEEDOR NO PARTICIPANTE:** Denomina a un doctor en medicina, cirujano dentista o cirujano maxilofacial y otros especialistas legalmente autorizados por las leyes de Puerto Rico a practicar su profesión que no hayan firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios de salud.

44. **ASES:** Administración de Seguros de Salud.

45. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Significa la petición por parte de un asegurado o suscriptor para que otro médico distinto al encargado de su caso emita su opinión con respecto a la necesidad de un servicio cubierto.

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

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

48. **SERVICIOS MEDICAMENTE NECESARIOS:** Significa aquellos servicios que son provistos por un médico o grupo de médicos o proveedor para mantener o reestablecer la salud del asegurado.

49. **TERAPIA OCUPACIONAL:** Terapia que ayuda al paciente a recuperar la habilidad para realizar las tareas normales del diario vivir.

50. **TERAPIA DE REHABILITACIÓN:** Los tratamientos para facilitar el proceso de recuperación de una lesión u enfermedad a niveles lo más cercano posible a lo normal. El propósito de la rehabilitación es restaurar algunas o todas las capacidades físicas, sensoriales y mentales del paciente, que se perdieron debido a una enfermedad, condición o lesión.

51. URGENCIA: Significa la presentación súbita o imprevista de una condición que requiere asistencia médica o quirúrgica inmediata o lo más pronto posible, pero dentro de un término que no exceda de veinticuatro (24) horas después de haberse presentado la condición.

CUBIERTA DE FARMACIA

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

2. **Copago** – es la cantidad que le corresponde pagar del costo de los servicios o suministros como por ejemplo la visita médica, el cuidado en el hospital como paciente ambulatorio, o medicamentos. El copago por lo general es una cantidad fija en vez de un porcentaje.

3. **Farmacia** – Institución legalmente autorizada por las autoridades correspondientes para prestar servicios de farmacia.

4. **Farmacia Participante** – Farmacia legalmente autorizada por las autoridades correspondientes, que haya firmado contrato con el plan para ofrecer servicios de farmacia a los asegurados.

5. **Farmacia no Participante** – Farmacia que no haya firmado contrato con el plan para prestar servicios de farmacia.

6. **Marca Registrada** – Medicinas que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o de fábrica.

7. **Medicamento** – (a) cualquier sustancia que por ley federal se requiera que su etiqueta indique la frase *"Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription"* y (b) insulina.

8. **Medicamento Agudo –** Aquellos medicamentos utilizados en el tratamiento de condiciones agudas. No tiene repeticiones, ya que su uso es por corto periodo de tiempo, 15 días o menos. No son de uso crónico.

9. **Medicamento Bioequivalente** – Aquellos medicamentos que contienen los mismos ingredientes activos y son idénticos en sus potencias, forma de dosificación, vías de administración, biodisponibilidad y se consideran terapéuticamente equivalentes al medicamento de marca registrada.

10. **Medicamento Biosimilar-** es un biológico que es muy similar y no tiene diferencias clínicamente significativas con otro biológico ya aprobado por la FDA (denominado producto de referencia). Para la aprobación de un biosimilar, se comparan las estructuras y funciones de un producto de referencia con las del biosimilar, examinando características claves tales como: pureza, estructura molecular y bioactividad. Los datos de estas comparaciones deben demostrar que el biosimilar es altamente similar y que no tiene diferencias clínicamente significativas con un producto de referencia.

11. **Medicamento Especializados-** Son fármacos, medicinas o medicamentos usados como terapia especializada desarrollados para enfermedades complejas. Los medicamentos de especialidad pueden: Requerir servicios de enfermería o programas especiales para ayudar al paciente a cumplir el tratamiento. Requerir programas de tratamiento para enfermedades específicas. Tener requisitos de distribución limitados o tener requisitos especiales de manejo; almacenamiento o envío**.**
12. **Medicamento de Mantenimiento –** Aquellos medicamentos utilizados en el tratamiento de condiciones crónicas. Tienen repeticiones.

13. **Medicamento de Marca No Preferido** – Dado que poseen una versión genérica o una alternativa del segundo nivel disponible, los medicamentos no preferidos tienen copagos más altos y no están incluidos en la PML. Están clasificados como medicamentos de tercer nivel.

14. **Medicamento de Marca Preferido** - Medicamento de marca que ha sido evaluado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la red contratada. Están clasificados como medicamentos de segundo nivel.

15. **Medicamento de Marca Registrada** - Aquellos medicamentos que están disponibles en el mercado bajo un nombre comercial.

16. **Médico Autorizado** – Médico que cumpla con las leyes establecidas para ejercer la práctica de medicina en Puerto Rico.

17. ***Multiple Source Brand*** – Medicamento de marca que es distribuido por más de un manufacturero y el cual tiene además un bioequivalente disponible.

18. **Receta** – Solicitud por escrito de medicinas, hecha por un médico cirujano o cirujano dentista legalmente autorizado a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.

19. **Repeticiones *(Refill)*** – Receta de medicamentos que se debe repetir por indicaciones escritas por un facultativo con licencia para recetar medicamentos legalmente autorizados a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.

20. ***Single Source Brand*** - Medicamento de marca comercializado o vendido por un solo laboratorio o manufacturero.

First Medical Health Plan Inc.
Cubierta de Básica
Ley 95 - Año Contrato 2025

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Esta cubierta médica dispone, según establece la Ley Núm. 43 de 16 de abril de 2020, que todo cuidado médico, estudio, análisis, diagnóstico y tratamiento para la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto recientemente, COVID-19, incluyendo hospitalización, será libre de costo y de pre autorización o referido al paciente para los suscriptores de FMHP, Inc., siempre y cuando estos servicios sean brindados en Puerto Rico.			
Servicios Hospitalarios			
Hospitalización (Habitación semiprivada hasta un máximo de 365 días) e Instalaciones Hospitalaria de Cuidado Extendido / Centro de Rehabilitación; Servicios Apoyo / Pruebas Diagnosticas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $75.00 de copago por hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $150.00 de copago por hospitalización. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $200.00 de copago por hospitalización. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Unidad de Cuidados Intensivos, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricas y Unidad de Cuidados Neonatal	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Habitación de aislamiento	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Facilidades de Cirugía Ambulatoria	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Sala de Operaciones, Recuperación y de Maternidad, Medicamentos recetados por médicos durante la hospitalización están cubiertas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Oxígeno y su administración	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Materiales y/o Suplidos Desechables	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Dietas Regulares y Especiales	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Servicio regular de cuidado hospitalario	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cirugía bariátrica	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $75 de copago. Hasta uno (1) por vida y aplica protocolo médico.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de copago. Hasta uno (1) por vida y aplica protocolo médico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de copago. Hasta uno (1) por vida y aplica protocolo médico.
Cirugía Ortognática (osteotomía mandibular y maxilar)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**
Anestesia y su administración incluyendo sedación	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Transfusiones de sangre incluyendo los componentes del proceso autólogo y pruebas de compatiblidad. (Plasma y Plasmaféresis)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluyendo su administración y las pruebas de compatibilidad.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluyendo su administración y las pruebas de compatibilidad.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluyendo su administración y las pruebas de compatibilidad.*
Pruebas de diagnóstico, radiografías y laboratorios clínicos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Sonogramas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Resonancia Magnética *(MRI)*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Tomografía Computadorizada	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Angiografía Digital y Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Terapia física	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Terapias del Cáncer: radioterapia, cobalto, quimioterapia (vía intravenosa, vía oral, vía inyectable y vía intratecal), radioisótopos y braquioterapia. En cumplimiento con el artículo 1 de la Ley Núm. 107 de 2012.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 20% de coaseguro**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 30% de coaseguro**
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica $75.00 de copago por la hospitalización.**	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica $150.00 de copago por la hospitalización.** Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica $200.00 de copago por la hospitalización.** Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Tratamiento para la Condición Renal (Diálisis o Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis o Hemodiálisis.	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis o Hemodiálisis.	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis o Hemodiálisis.
Terapia respiratoria	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**
Procedimientos Quirúrgicos para beneficios incluidos en la cubierta básica durante una hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**
Servicios y consultas de médicos especialistas, subespecialistas y cirujanos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada.**
Cuidado de Salud en el Hogar	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica $15.00 de copago por visita.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica $20.00 de copago por visita.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica $30.00 de copago por visita.**
"Skilled Nursing Facilities" (Enfermera Diestra)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cirugía neurológica, Cerebrovascular, Cardiovascular y *PTCA*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Marcapasos, válvulas, *stents* , desfibriladores y dispositivos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Otros servicios regulares que se presten normalmente a pacientes hospitalizados que estén incluidos en el contrato, cuidado por día o "per diem" entre Plan y el Hospital.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Programa de Cuidado de Hospicio	Cubierto a través de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto a través de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto a través de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores.
Servicios para el diagnóstico, tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, como cualquier otra enfermedad.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada, como cualquier otra enfermedad.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada, como cualquier otra enfermedad.*
Material de curaciones, bandeja quirúrgica (no ortopédica), medicinas, soluciones intravenosas, anestésicos, yeso, material quirúrgico y cualquier otro material curativo disponible en el hospital y que esté definido en el contrato. (No Incluye prótesis e implantes, Cubiertos a través de Gastos Médicos - Mayores *"Major Medical"*)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Pruebas de Gases Arteriales	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Hiperalimentación Parenteral y Enteral	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cirugía Maxilofacial, cuando sea necesaria por motivo de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia del contrato y llevada cabo durante el periodo de cubierta no más tarde de noventa (90) días a partir de la fecha del accidente.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Cualquier otra instalación hospitalaria, servicio, equipo o material proporcionado por el hospital y autorizado por el médico de turno y el Plan, no excluidos en contrato.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*
Ley 163-2024 - Trastorno del Espectro Autista			
Esta cubierta incluye servicios dirigidos al diagnóstico e intervención tales como: genética, neurología, psiquiatría, inmunología, gastroenterología, endocrinología y nutrición; evaluaciones y terapias del habla y lenguaje, psicológicas, psiquiátricas, ocupacionales, visual, auditivas, físicas, de alimentación y disfagia, conductuales, incluyendo "Applied Behavior Analysis" (ABA), u otras fundamentadas en las evaluaciones correspondientes y basadas en evidencia, que incluirán las visitas médicas, las pruebas referidas con los acomodos que necesite, incluyendo turno prioritario, anestesia y otros servicios médicos que sean medicamente necesarios para el tratamiento de los pacientes con autismo. Esta cubierta incluirá también pruebas de laboratorios, electroencefalograma, imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) entre otras pruebas radiológicas que sean medicamente necesarias, trabajos dentales, entre otros servicios que sean medicamente recomendados por la complejidad del manejo de ansiedad y conducta de los pacientes con autismo. Esta cubierta no tiene límites de edad, beneficios, tope en el número de visitas a un profesional de servicios médicos, siempre y cuando la necesidad médica haya sido establecida por un médico licenciado. Se cubrirá el tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales, según dispone la Ley 63 del 19 de julio de 2019. Le aplica copago, coaseguro y/o deducible según servicio recibido, excepto lo que se identifica en la sección de Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).			
Servicios de Salud Mental "Behavioral" - Según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addition Equity Act" (MHPEA)"			
Hospitalización Psiquiátrica / Condiciones Mentales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $75.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $150.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $200.00 de copago por hospitalización.*
Hospitalización Parciales para Condiciones Mentales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $75.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $150.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $200.00 de copago por hospitalización.*
Visita al Psiquiatra	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.
Psicólogos Clínicos	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.
Visitas colaterales	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.
Terapias de grupo	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.
Tratamientos Residenciales Ambulatorios	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica $75.00 de copago** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica $150.00 de copago.** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica $200.00 de copago.** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)
Enfermeras Especiales	Cubierto por indemnización. Cubre enfermeras privadas por condiciones mentales, si son ordenadas por un psiquiatra y limitadas a un máximo de 72 horas consecutivas. A través de reembolso médico.	Cubierto por indemnización. Cubre enfermeras privadas por condiciones mentales, si son ordenadas por un psiquiatra y limitadas a un máximo de 72 horas consecutivas. A través de reembolso médico.	Cubierto por indemnización. Cubre enfermeras privadas por condiciones mentales, si son ordenadas por un psiquiatra y limitadas a un máximo de 72 horas consecutivas. A través de reembolso médico.
Evaluación Neuropsicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **
Terapia electroconvulsiva	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la *American Psychiatric Association.* Requiere previa autorización del plan.	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la *American Psychiatric Association.* Requiere previa autorización del plan.	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la *American Psychiatric Association.* Requiere previa autorización del plan.
Servicios para Uso y abuso de Sustancias Controladas - Según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addition Equity Act" (MHPEA)"			
Hospitalización Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $75.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $150.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $200.00 de copago por hospitalización.*
Hospitalización Parcial para Dependencia de Sustancias Controladas/ Alcohol	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $75.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $150.00 de copago por hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $200.00 de copago por hospitalización.*
Visita al Psiquiatra	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.
Terapias de grupo	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago según especialista.
Tratamientos Residenciales Ambulatorios	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica $75.00 de copago** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica $150.00 de copago.** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica $200.00 de copago.** (sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico)
Terapia electroconvulsiva	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la *American Psychiatric Association.* Requiere previa autorización del plan.	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la *American Psychiatric Association.* Requiere previa autorización del plan.	Cubierto al 100%, de acuerdo a la necesidad médica y a la recomendación de la *American Psychiatric Association.* Requiere previa autorización del plan.
Evaluación Neuropsicológica	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **	Cubierto si es ordenada por un psiquiatra o neurólogo. Aplica copago de especialista. **
Tratamiento para dejar de fumar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta $400.00 por año contrato.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta $400.00 por año contrato.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta $400.00 por año contrato.*
Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Facilidades de Cirugía Ambulatoria			
Cirugía ambulatoria en hospitales y facilidades destinadas a brindar este tipo de servicio.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $75.00 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $150.00 de copago.* Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $200.00 de copago.* Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Servicios Médicos y Cirujanos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Litotripsia Extracorporánea Renal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro. Hasta un (1) procedimiento por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro. Hasta un (1) procedimiento por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro. Hasta un (1) procedimiento por año contrato.**

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Criocirugía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, una (1) por año contrato.* Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, una (1) por año contrato.* Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, una (1) por año contrato.* Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica*
Ginecomastía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica. Aplican protocolos médicos.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica. Aplican protocolos médicos.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica coaseguro de procedimiento ambulatorio facilidad/oficina médica. Aplican protocolos médicos.*
Sala de Emergencia / Sala de Urgencias Enfermedad Aguda			
Emergencia Enfermedad Aguda	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $40.00 de copago, sujeto a protocolo médico.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $50.00 de copago, sujeto a protocolo médico.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $75.00 de copago, sujeto a protocolo médico.*
Enfermedad Traumática o Accidente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Laboratorios y Radiografías cuando no son parte de la tarifa de Sala de Emergencias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.*
Si es Admitido	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $75.00 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $150.00 de copago.* Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $200.00 de copago.* Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada)
Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)			
Generalista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $8.00 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $12.00 de copago. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $15.00 de copago. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $10.00 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $15.00 de copago. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $18.00 de copago. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Sub Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $15.00 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $18.00 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $20.00 de copago.
Endoscopía / Colonoscopía (Instalaciones para pacientes no hospitalizados)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro. Sujeto a protocolo médico.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro. Hasta una (1) por año contrato, sujeto a protocolo médico.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro. Hasta una (1) por año contrato, sujeto a protocolo médico.**
Cuidado Post-Operatorio / Visitas (Oficina del Médico) Segunda Opinión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*
"Skilled Nursing Facilities" (Enfermera Diestra)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato.
Segunda Opinión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.
Podiatra (Visita)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $10.00 de copago.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $15.00 de copago.* Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $18.00 de copago.* Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Podiatría (Procedimiento quirúrgicos)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $10.00 de copago en facilidad /oficina médica.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro en facilidad /oficina médica.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro en facilidad /oficina médica.*
Pruebas de Alergias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.*
Inyecciones (Vacunas) para Alergia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.*
Quiropráctico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $10.00 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $15.00 de copago. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $18.00 de copago. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Nutricionista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $10.00 de copago. Hasta doce (12) visitas por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $15.00 de copago. Hasta doce (12) visitas por año contrato. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $18.00 de copago. Hasta doce (12) visitas por año contrato. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso. Máximo $80.00 por cada emergencia médica.*	Cubierto a través de reembolso. Máximo $80.00 por cada emergencia médica.*	Cubierto a través de reembolso. Máximo $80.00 por cada emergencia médica.*
Ambulancia aérea (sólo en Puerto Rico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica protocolos. Hasta un (1) viaje por año contrato, sujeto a necesidad médica y preautorización si no es una emergencia.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica protocolos. Hasta un (1) viaje por año contrato, sujeto a necesidad médica y preautorización si no es una emergencia.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica protocolos. Hasta un (1) viaje por año contrato, sujeto a necesidad médica y preautorización si no es una emergencia.**
Terapias del Cáncer: radioterapia, cobalto, quimioterapia (vía intravenosa, vía oral, vía inyectable y vía intratecal), radioisótopos y braquioterapia. *En cumplimiento con el artículo 1 de la Ley Núm. 107 de 2012.*	Cubierto al 100% de tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 20% de coaseguro**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 30% de coaseguro**
Inyecciones Intra-articulares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.
Bloqueo Neurológico Selectivo e Inyecciones Epidurales de Esteroides	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro y copagos de visitas en la oficina.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro y copagos de visitas en la oficina.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro y copagos de visitas en la oficina.

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Trabajador Social	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $10.00 de copago, a través de reembolso.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $15.00 de copago, a través de reembolso. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $18.00 de copago, a través de reembolso. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Diálisis o Hemodiálisis	Cubierto los primeros 90 días a partir del diagnóstico. Aplica 20% de coaseguro.*	Cubierto los primeros 90 días a partir del diagnóstico. Aplica 20% de coaseguro.*	Cubierto los primeros 90 días a partir del diagnóstico. Aplica 20% de coaseguro.*
Ventiladores para menores de 21 años que usen de por vida y un turno de enfermera diestra por 8 horas incluye materiales o suplidos, terapia física y terapia ocupacional, según requerido por ley.	Cubierta al 100% de la tarifa contratada. Según enmienda a la Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015, para los efectos de los servicios establecidos al amparo de la Ley para los suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida, se entenderá como suscriptor a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, entiéndase respirador o de oxígeno suplementario por lo que va a requerir cuidado diario especializado de enfermeras diestras con conocimiento en enfermería para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad; y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido veintiún (21) años de edad . Además, está cubierto: un mínimo de un turno diario de 8 horas de servicios de enfermeras diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos y terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes.		
Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago/ y coaseguro según el servicio prestado.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago/ y coaseguro según el servicio prestado.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago/ y coaseguro según el servicio prestado.
Ley 163-2024 - Trastorno del Espectro Autista			
Esta cubierta incluye servicios dirigidos al diagnóstico e intervención tales como: genética, neurología, psiquiatría, inmunología, gastroenterología, endocrinología y nutrición; evaluaciones y terapias del habla y lenguaje, psicológicas, psiquiátricas, ocupacionales, visual, auditivas, físicas, de alimentación y disfagia, conductuales, incluyendo "Applied Behavior Analysis" (ABA), u otras fundamentadas en las evaluaciones correspondientes y basadas en evidencia, que incluirán las visitas médicas, las pruebas referidas con los acomodos que necesite, incluyendo turno prioritario, anestesia y otros servicios médicos que sean medicamente necesarios para el tratamiento de los pacientes con autismo. Esta cubierta incluirá también pruebas de laboratorios, electroencefalograma, imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) entre otras pruebas radiológicas que sean medicamente necesarias, trabajos dentales, entre otros servicios que sean medicamente recomendados por la complejidad del manejo de ansiedad y conducta de los pacientes con autismo. Esta cubierta no tiene límites de edad, beneficios, tope en el número de visitas a un profesional de servicios médicos, siempre y cuando la necesidad médica haya sido establecida por un médico licenciado. Se cubrirá el tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales, según dispone la Ley 63 del 19 de julio de 2019. Le aplica copago, coaseguro y/o deducible según servicio recibido, excepto lo que se identifica en la sección de Servicios Preventivos requeridos por (PPACA).			
Gamma Knife	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro. Hasta una (1) prueba (servicio) por año contrato.**	Cubierto al 100%, aplica 40% de coaseguro. Hasta una (1) prueba (servicio) por año contrato.**	Cubierto al 100%, aplica 50% de coaseguro. Hasta una (1) prueba (servicio) por año contrato.**
Servicios Ambulatorios de Rehabilitación a corto plazo y medicina física			
FMHP, Inc. brindará cubierta a los servicios prestados mediante la práctica de la telemedicina y telesalud conforme a la Ley Núm. 168 de 2018, según enmendada por la Ley Núm. 68 del 16 de julio de 2020, a raíz de la declaración de emergencia promulgada por la Gobernadora de Puerto Rico como consecuencia del COVID-19. Esta cubierta de salud incluye las disposiciones del Artículo 13 de esta ley y las desglosa a continuación: Los médicos y profesionales de la salud cubiertos por esta Ley podrán utilizar la tecnología propia de telemedicina o telesalud para atender a sus pacientes, sin necesidad de contar con la Certificación correspondiente por parte de la Junta de Licenciamiento o de su respectiva Junta Examinadora u Organismo Rector. La Junta Examinadora u Organismo Rector de cada profesión de salud cubierta por esta Ley, deberá establecer de inmediato las guías básicas para poder atender pacientes utilizando la tecnología propia de telesalud y notificar al grupo correspondiente de profesionales de la salud para que puedan comenzar a utilizar tales mecanismos. Ningún profesional de la salud autorizado a ejercer en Puerto Rico podrá comenzar a atender pacientes utilizando la tecnología propia de telesalud, hasta tanto su respectiva junta u organismo rector emita las guías correspondientes conforme a la naturaleza de la emergencia declarada. Todos los servicios ofrecidos estarán sujetos y responderán a las mismas normas de cuidado, competencia y conducta profesional aplicable al ofrecimiento de dichos servicios de forma presencial. Se prohíbe la grabación de consultas, sesiones o conversaciones terapéuticas. La autorización delineada en este Artículo no exime a los médicos y los profesionales de salud, con el cumplimiento de los requisitos de sus respectivas licencias y/o estándares éticos, por lo que estarán sujeto a las sanciones correspondientes. Independientemente de lo establecido en el Artículo 13 de esta ley, siempre se respetará la privacidad del paciente conforme a las disposiciones del Health Insurance Portability Accountability Act of 1996 o de cualquier otro estatuto o reglamento estatal o federal aplicable. Tanto la Junta de Licenciamiento como la Junta Examinadora u Organismo Rector podrán adoptar todas las medidas que entiendan necesarias para asegurar que los proveedores de salud que regulan protejan la privacidad de sus pacientes; estas medidas deben ser de conformidad con cualquier ley o reglamento federal aplicable. Las compañías de seguros de salud, aseguradoras, organizaciones de servicios de salud, administradores o manejadores de beneficios de farmacia, la Administración de Seguros de Salud (ASES) y entidades afines contratadas por estos, vendrán obligados a incluir dentro de la cubierta básica ya pagar de fondos estatales o federales, aquellas pruebas de diagnóstico y/o tratamiento médicos presentes o futuros para atender el COVID-19, conforme a los precios establecidos por el Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Como medida para reducir el contacto personal, el contagio y desalentar que los ciudadanos acudan a las oficinas de los médicos, se ordena a las farmacias a despachar las repeticiones de aquellos medicamentos crónicos, aunque el paciente no posea repeticiones disponibles o una nueva receta. Para esto, el paciente deberá mostrar el frasco del medicamento vacío en el que se especifica la dosis y la identidad del paciente. Se exceptúa de lo antes dispuesto los medicamentos clasificados como controlados en las clasificaciones II, III, IV o V por las leyes o reglamentos federales o estatales, así como los narcóticos independientemente de su clasificación. Cualquier edificación permanente o temporera que se habilite en una facilidad de servicios para atender de manera aislada a pacientes con síntomas de este virus, será considerado para todos los fines legales pertinentes como una extensión de servicios de salud en la que se encuentre.			
Terapia Ocupacional	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $7.00 copago.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $10.00 copago.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $12.00 copago.**
Terapia Física y Rehabilitación	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $7.00 copago, máximo de 20 terapias por año combinadas con las manipulaciones de quiropráctico.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $10.00 copago, máximo de 20 terapias por año combinadas con las manipulaciones de quiropráctico.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $12.00 copago, máximo de 20 terapias por año combinadas con las manipulaciones de quiropráctico.**
Manipulaciones de Quiropráctico	Cubierto al 100% de tarifa contratada, después de $7.00 de copago. Hasta un máximo de 20 terapias por año contrato combinadas con terapias físicas.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, después de $10.00 de copago. Hasta un máximo de 20 terapias por año contrato combinadas con terapias físicas.**	Cubierto al 100% de tarifa contratada, después de $12.00 de copago. Hasta un máximo de 20 terapias por año contrato combinadas con terapias físicas.**
Servicios de Habilitación	Al menos 20 visitas para terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año contrato. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.**	Al menos 20 visitas para terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año contrato. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.**	Al menos 20 visitas para terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año contrato. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.**
Terapia Respiratoria	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $7.00 copago.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $10.00 copago.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $12.00 copago.**
Terapia del Habla	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $7.00 copago.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $10.00 copago.**	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica $12.00 copago.**
Laboratorios Clínicos, Radiografías y Pruebas Especializadas			
Laboratorios Clínicos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.* Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.*Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Laboratorios Patológicos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*.
Rayos X	Cubierto al 100% de la tarifa contratadas, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratadas, aplica 35% de coaseguro.* Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratadas, aplica 50% de coaseguro.*Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Examen de Pre-Admisión en una Institución Hospitalaria	Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico. Aplica coaseguros.*	Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico. Aplica coaseguros.*	Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico. Aplica coaseguros.*

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Laboratorio Cardiovascular No Invasivo *(Persantine o Thaliium)*	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro; uno (1) de cada tipo por año contrato.	Cubierto al 100%, aplica 35% de coaseguro; uno (1) de cada tipo por año contrato. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100%, aplica 50% de coaseguro; dos (2) de cada tipo por año contrato. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Holter Test	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.** Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Cardiac Color Flow Doppler	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.** Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Laboratorio Periferovascular No Invasivo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.**Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.**Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Tomografía Computarizada (CT Scan)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada , aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada , aplica 40% de coaseguro. Dos (2) por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada , aplica 50% de coaseguro. Uno (1) por año contrato **
Laparoscopías	Cubierto al 100% de tarifa contratada. Aplica $75.00 de copago al Centro de Cirugía Ambulatoria y/o hospital.** (Según aplique)	Cubierto al 100% de tarifa contratada. Aplica coaseguro aplicable a Centro de Cirugía Ambulatoria y/o hospital.** (Según aplique)	Cubierto al 100% de tarifa contratada. Aplica coaseguro aplicable a Centro de Cirugía Ambulatoria y/o hospital.** (Según aplique)
Densitometría Ósea (Prueba de la Densidad del Hueso)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 40% de coaseguro, hasta uno (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 50% de coaseguro, hasta uno (1) prueba por año contrato.**
Criocirugía del Útero	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) procedimiento por año contrato.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) procedimiento por año contrato.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) procedimiento por año contrato.*
Ecocardiograma	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta dos (2) pruebas por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta dos (2) pruebas por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro; hasta dos (2) pruebas por año contrato.**
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 35% de coaseguro.*Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.*Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Electromiograma	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.**
Electroencefalograma *(EEG)*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.**
Electroencefalograma *(EEG)* de 24 Horas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.**
MRI	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
MRA	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.**
Estudio Neurológico (Periférico, Cerebral, Vascular No Invasivo y Electroencefalograma)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.**
Procedimientos Diagnósticos Invasivos Cardiovasculares (Cateterismo), Cerebrovasculares, Neurológicos (Angiografías Cerebrales, Mielograma), Radiología Invasiva	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50 de coaseguro.**
Estudio del Sueño (Polisomnografía)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
PET Scan *(Positron Emission Tomography Scan)*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Sonogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratado, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratado, aplica 40% de coaseguro.**Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Cínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratado, aplica 50% de coaseguro.** Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Pruebas de Velocidad de Conducción Nerviosa (*Nerve Conduction Velocity Tests)*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta dos (2) pruebas por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta dos (2) pruebas por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro; hasta dos (2) pruebas por año contrato.**
Tomografía Computarizada (CT Scan)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Prueba de Esfuerzo (Stress Test)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Timpanometría y Audiometría	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro; hasta una (1) prueba por año contrato.**
Manometría de Esófago	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.**

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Potenciales Evocados	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Prueba de Función Pulmonar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.
Beneficios de Maternidad			
Visita Inicial para confirmar el embarazo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*
Todas las visitas prenatales subsiguientes, visita postnatal y gastos por parto (Tarifa de Maternidad)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*
Hospitalización para Parto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $75 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $150 de copago.Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $200 de copago. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Hospitalización para Parto Incluyendo Cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $75 de copago.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $150 de copago. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica $200 de copago. Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Servicios Médicos de Ginecología y Obstetricia durante el parto o cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluidos en la hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluidos en la hospitalización.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluidos en la hospitalización.*
Sala de Parto y Recuperación, Incubadora y Guardería (*Nursery)*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedio, Coronario y de Cuidado Intensivo Neonatal *(NICU)*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Monitoreo Fetal en Paciente Hospitalizado (Producción e Interpretación)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Monitoreo Fetal en Paciente No Hospitalizado (Producción e interpretación) y medicación (Progesterona, Hormona 17p) para embarazo de alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Amniocentesis Genética	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 40% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por embarazo.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica 50% de coaseguro hasta un (1) procedimiento por embarazo.**
Esterilización concurrente con el Parto, Circuncisión y Dilatación (Durante el periodo de alumbramiento y en cualquier momento que sea médicamente necesario, sin importar la edad del paciente)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Aborto Involuntario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Cuidado del Bebé	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.*
Prueba Universal Neonatal de Cernimiento Auditivo según Ley 311 con fecha del 19 de diciembre de 2003.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
Sonogramas Obstétricos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% de coaseguro.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro.**Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro.** Aplica $0.00 cuando el servicio sea prestando en Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).
Bomba de Lactancia Manual (No Incluye los Suplidos ni materiales)	Hasta $140.00 vitalicio, a través de reembolso.	Hasta $140.00 vitalicio, a través de reembolso.	Hasta $140.00 vitalicio, a través de reembolso.
Vacuna *RhoGAM*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, a través de la cubierta de farmacia y aplica coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, a través de la cubierta de farmacia y aplica coaseguro.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, a través de la cubierta de farmacia y aplica coaseguro.*
Cargos de Recién Nacidos Maternidad para los Hijos de Dependientes	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, mientras la madre esté hospitalizada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, mientras la madre esté hospitalizada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, mientras la madre esté hospitalizada.*
Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes			
Perfil Biofisico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo.
Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes	Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalizacion de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está en facilidad (hospitalización).		
Equipo para monitoreo y tratamiento de diabetes de acuerdo a la Ley Núm. 177-2016, según enmendada la Ley Núm. 19 del 12 de enero de 2020.			
Glucómetro, tirillas, lancetas y bomba portátil de infusión de insulina	FMHP proveerá 150 tirillas y 150 lancetas mensuales y una bomba portátil de infusión de insulina, ambas cubiertas al 100% de la tarifa contratada para suscriptores diagnosticados con *Diabetes Mellitus* Tipo 1 por un médico especialista en endocrinología; que requieran el uso de la bomba portátil, de conformidad con lo establecido por el *Centers for Medicare & Medicaid Services.* Aplica un 40% de coaseguro hasta un máximo de $5,000. Luego de agotar beneficio máximo aplica un 60% de coaseguro.		
Ley Núm. 139 del 8 de Agosto de 2016, Ley para establecer, adscrito a la (ASMPR), una clínica permanente para la atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo.			
Phenylketonuria (PKU)	Cernimiento y el preparado de aminoácidos Libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines relacionados.		
Ley Núm. 10 del 3 de enero de 2020, Ley del Derecho a la Detección Efectiva del Cáncer de Seno.			

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Cernimiento de cáncer ginecológico, de mama y próstata	FMHP proveerá cubierta de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de próstata, según las prácticas aceptables. Además, incluirán criterios para exámenes de cernimiento para cáncer de mama a las mujeres que cumplan con los siguientes requisitos: a. una mamografía de referencia *"baseline mammogram"* a las mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años; b. una mamografía anual a las mujeres de cuarenta (40) años o más; c. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres de cuarenta (40) años o más que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso, según determinado en su mamografía por un radiólogo, en base a la escala de densidad del seno del Reporte de Proyección de Imagen y Sistema de Datos del Seno *("Breast Imaging Reporting and Data System", BI-RADS*, por sus siglas en inglés), promulgada por el Colegio Americano de Radiología *("American College of Radiology");* d. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de seno debido a su historial familiar, a su propio historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado por su médico.		

Servicios Médicos Quirúrgicos para Pacientes con Cáncer del Seno - Requiere autorización previa del plan.

En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, según enmendada y mejor conocida como "La Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer", First Medical Health Plan, Inc. garantiza la cubierta de tratamiento, que esté pactado dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines y esté basado en el National Comprehensive Cancer Network Guidelines o de las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas. Médicos, organizaciones de servicios de salud, aseguradoras, administradores, manejadores o terceros contratados y proveedores no podrán rechazar o denegar tratamiento entre los cuales se incluye la hospitalización, diagnósticos y medicamentos a cualquier paciente diagnosticado con cáncer. El diagnóstico y tratamiento recomendado y establecido por el profesional médico será criterio rector y exclusivo para determinar el tratamiento a seguir en un paciente. El criterio profesional médico no podrá ser alterado sin el aval del médico o del paciente, según sea el caso. No obstante, este inciso deberá cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema. Para el sobreviviente de cáncer, el tratamiento y monitoreo frecuente y permanente de la salud física y bienestar emocional del asegurado, no podrá dejarse al descubierto por parte de dichas aseguradoras, administradores, manejadores o terceros contratados, organizaciones de servicios de salud y proveedores de planes de cuidado de salud. Además, como parte de la cubierta, se incluyen todos los servicios y beneficios preventivos de conformidad con la ley federal *Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA),* para la detección temprana de cáncer de seno. Para ello, se cubren visitas a especialistas, exámenes clínicos de senos, estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y son mamografías, y tratamientos como, pero no limitados a: mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva post-mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente. En la prevención contra el cáncer cervical, First Medical Health Plan, Inc., garantiza la cubierta de servicios preventivos, lo cual incluye: exámenes pélvicos, citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical. Además, cubre la vacuna contra el cáncer cervical o vacunación contra el Virus del Papiloma Humano *(VPH)* entre las edades de once (11) a dieciocho (18) años de edad. La Ley Núm. 82 de 15 de marzo de 2018, para enmendar el inciso (d) del Artículo 3 de la Ley Núm. 275 de 2012, supra, dispone que será responsabilidad de los Proveedores de Servicios de Salud, referir a todo suscriptor diagnosticado con cáncer a la cubierta catastrófica o especial del plan de cuidado de Salud del Gobierno de Puerto Rico. La cubierta catastrófica o especial le será provista a todo suscriptor diagnosticado con cáncer que cualifique para estos fines, en un período no mayor de setenta y dos (72) horas laborables. Para abonar a que se cumpla con la disposición antes reseñada de la Ley Núm. 82 supra, por los proveedores de servicios de salud, First Medical orienta a los proveedores de servicios de salud quienes están ofreciendo servicios a los pacientes con cáncer y a los suscriptores con diagnóstico de cáncer, sobre el derecho que tienen de ser suscriptores de la cubierta especial del Plan de Salud del Gobierno, basado en criterios establecidos. Parte de la orientación es que todo suscriptor diagnosticado con cáncer que cualifique para estos fines, la cubierta debe ser provista en un período no mayor de setenta y dos (72) horas laborables.

Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020, mejor conocida como "Ley Gabriela Nicole Correa Santiago"

En cumplimiento con la Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020, mejor conocida como, "Ley Gabriela Nicole Correa Santiago", First Medical garantiza la cubierta de tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas de cáncer, según las guías establecidas por la Red Nacional Integral del Cáncer ("NCCN Guideliness") y/o aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés), así como los necesarios para atender y minimizar sus efectos adversos, sujeto a las disposiciones de la presente Ley. También se utilizará el "Local Coverage Determinations-LCD from First Coast Service Options, INC", "Medicare Approved Compendia List", "National Coverage Determations Alphabetical Index", "Milliman Care Guidelines"y las Guías internas de ASES. Además, según dispone la ley, FMHP remitirá su aprobación o denegación de medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas enumeradas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer ("NCCN Guideliness") o de las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), dentro de un término de 24 a 72 horas de recibida la solicitud o dentro del término de 24 horas, de tratarse de un caso marcado urgente o expedito. Disponiéndose que, del plan médico, individual o grupal, no emitir su determinación dentro de dicho término, se entenderá que los medicamentos, tratamientos y/o pruebas diagnósticas fueron aprobadas por el mismo. Las pólizas, contratos, certificados o acuerdos ofrecidos o emitidos en Puerto Rico por una organización de seguros de salud o asegurador para proveer, entregar, tramitar, pagar o reembolsar el costo de servicios de cuidado de la salud, tratamientos, medicamentos o pruebas diagnósticas incluidas como mandatorios y uniformes, no dispondrán que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a discreción por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, ni contendrán normas de interpretación o revisión que contravengan lo dispuesto en esta Ley. FMHP permitirá que se designe, en pacientes de cáncer, un médico especializado en oncología, en calidad de proveedor de cuidado primario; siempre y cuando ese profesional de la salud emita su consentimiento a tal designación. En conformidad con lo expuesto anteriormente, FMHP reitera que todo paciente tendrá derecho a recibir el tratamiento que su médico le recomiende, sin limitaciones por parte de las aseguradoras, de que el paciente reciba un tratamiento de mayor efectividad y de vanguardia, disponible en el mercado, en conformidad con las cubierta y protocolos diseñados al amparo de los Artículos 5 y 9 de esta Ley."

Servicios Para Pacientes con Síndrome de Down

Todo paciente con la condición de Síndrome de Down suscrito en este contrato tiene derecho a los servicios y beneficios que establece la Carta de Derecho de las Personas que tienen el Síndrome de Down, según se dispone la Ley Núm. 97-2018, aprobada el 15 de mayo de 2018. Con el fin de asegurar que estos pacientes reciban atención médica adecuada, se les proveerá de mecanismos necesarios para su educación, rehabilitación física, mental y social, con el interés primordial que les permita desarrollar al máximo su potencial y facultar su integración a la sociedad. Este beneficio es uno integrado en esta cubierta e incluye todos los servicios aprobados en este contrato con sus copagos y coaseguros según corresponda. Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son: pruebas genéticas, neurológicas, inmunológicas, gastroenterológicas y nutrición, Visitas Médicas, Servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o viviendas asistidas para adultos mayores de 21 años.

Trasplante de Órganos			
Trasplante de órganos: Riñón, Páncreas, Riñón-Páncreas, Hígado, Corazón, Pulmón (unilateral o bilateral), Corazón-Pulmón, Intestino. Trasplante de tejidos: Médula Ósea, Córnea.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de $1,000,000.00 por vida por suscriptor.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de $1,000,000.00 por vida por suscriptor.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un máximo de $1,000,000.00 por vida por suscriptor.

*Sujeto a necesidad médica.

**Sujeto a necesidad médica y requiere preautorización de First Medical Health Plan, Inc.

Los servicios Médico-Quirúrgicos, de consulta, anestesia, pruebas diagnósticas y demás servicios prestados, que estén cubiertos en la cubierta básica a la cual esté acogido el paciente suscriptor, se reembolsarán a base de las tarifas contratadas por FMHP, Inc. para el pago de dichos servicios en Puerto Rico.

Los servicios que no estén expresamente cubiertos están excluidos.

First Medical Health Plan, Inc., se compromete a honrar todo nuevo beneficio otorgado por ley o enmienda según la efectividad y detalles de la misma, durante este año contrato.

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Servicios Preventivos			
$0.00 copago dentro y fuera de la red			
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* están cubiertos al 100%. A través del siguiente enlace podrá tener acceso a la lista más actualizada de los servicios preventivos cubiertos al 100%: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/			
Los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar del niño, requeridos por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000 y en conformidad con la Carta Normativa N-AV-7-8-2001 del 6 de julio de 2001 están cubiertos por este contrato. Estos servicios incluyen el examen físico general, cernimiento de visión y audición, pruebas de laboratorio clínico (incluyendo la prueba de tuberculina), pruebas y evaluaciones psicológicas de cernimiento psico-social, cernimiento de asma y epilepsia, según los estándares vigentes establecidos por el Departamento de Salud, Programa de Medicaid, Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría.			
Teleconsulta 24/7	Cubierto a través de *First Health Call.*		
Examen Anual (Laboratorios clínicos y radiologías)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago y coaseguro de acuerdo al servicio brindado. Los servicios preventivos según definido por la ***United States Preventive Services Task Force (USPTF)***		
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*		
Pap Test (ThinPrep PAP)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*		
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, por suscriptor con edad de 40 años o más o pacientes de alto riesgo.*		
Examen del Seno / Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*		
Nutricionista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*		
Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*		
Cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por sonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*		
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería conductual en adolescentes por abuso de alcohol y drogas, en adultos de 18 años o mayores que tienen un patrón de riesgo o están en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, incluyendo intervenciones conductuales. Cubierto100% de la tarifa contratada.		
Glucosa Anormal en la Sangre y *Diabetes Mellitus* Tipo 2	Cernimiento de glucosa anormal en la sangre como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos de 40 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los doctores deben ofrecer o recomendar a los pacientes con glucosa anormal en la sangre y con Diabetes Mellitus tipo 2 intervenciones intensivas de consejería conductual para promover una dieta saludable y actividad física. Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg.		
Uso poco saludable de alcohol	La USPSTF recomienda la detección del consumo de alcohol no saludable en adultos de 18 años o más, incluidas las personas embarazadas, y proporcionar a las personas involucradas consejería conductual para reducir el consumo alcohol.		
Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal: Medicina Preventiva	Se les recomienda a los doctores a iniciar el uso de aspirinas en dosis bajas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal en adultos de 50 a 59 años con un riesgo de 10% o mayor de enfermedades cardiovasculares, que no estén en riesgo de sangrado, que tengan una esperanza de vida de al menos 10 años y que estén dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina diariamente durante al menos 10 años.		
Colesterol o trastorno de los lípidos	Cernimiento de colesterol o trastorno de los lípidos para hombres entre, las edades de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; hombres de 35 años de edad o mayores; mujeres de 45 años de edad o mayores, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; y para niños de todas las edades, mujeres de 45 años de edad o mayores si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria así como a mujeres de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria		
Cáncer colorrectal	Se recomiendan las pruebas de sangre oculta en la excreta para cernimiento de cáncer colorrectal; sigmoidoscopía, colonoscopía o pruebas serológicas en adultos comenzando a la edad de 50 años hasta la edad de 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían.		
Depresión	Cernimiento de depresión para adultos incluyendo personas embarazadas y en etapa posparto. El cernimiento debe implementarse con los sistemas adecuados para asegurar un diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.		
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas se recomiendan los ejercicios y la terapia física en comunidades que estén a mayor riesgo de caídas.		
Prevención de caídas en adultos mayores: Vitamina D	Suplemento de Vitamina D en adultos de 65 años en adelante que viven en las comunidades que estén en mayor riesgo de caídas.		
Dieta saludable y actividad física en adultos con factores de riesgo cardiovascular: Consejería conductual	Ofrecer o referir adultos con obesidad o sobre peso y que tengan factores de riesgo adicionales de enfermedades cardiovasculares a consejería intensiva sobre una dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares.		
Infección por el Virus de la Hepatitis B: Cernimiento para adolescentes no embarazadas y adultos	Cernimiento del Virus de Hepatitis B (HBV) en personas con alto riesgo de infección, adultos y adolescentes no embarazadas.		
Infección por el Virus de la Hepatitis C: Adultos	Cernimiento del Virus de Hepatitis C (HCV) en personas con alto riesgo de infección. Además, ofrecer cernimiento del Virus de Hepatitis C a adultos y adolescentes entre las edades de 18 a 79 años de edad.		
Alta Presión Sanguínea	Cernimiento de presión arterial sanguínea en adultos de 18 años de edad o mayores. Además, se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.		
Profilaxis previa a la exposición al VIH para la prevención de la infección por VIH	El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral efectiva a las personas con alto riesgo de contraer el VIH.		
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana: Adolescentes no embarazadas y adultos	Pruebas de cernimiento para la infección del VIH en adolescentes y adultos entre los 15 y 65 años de edad. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Según requiere la Ley 45-2016, como parte de estudios de rutina o de una evaluación médica debe realizarse una prueba del VIH al año, excepto por las personas embarazadas, quienes les aplican lo requerido por la USPSTF.		
Inmunización (Vacunas)	Vacunas y refuerzos para adultos: dosis, edades y poblaciones recomendadas varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Culebrilla *(Herpes Zoster)* , Virus del Papiloma Humano *(HPV)* , Influenza *(Flu Shot),* Sarampión, Paperas, Rubéola, Meningococo, Pneumococo, Tétano, Difteria, Pertusis, Varicela. Las vacunas contra el COVID 19 según el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de conformidad con el Artículo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud.		

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Cernimiento para detección de cáncer de pulmón	Se recomienda un cernimiento anual para la detección del cáncer del pulmón utilizando tomografía computadorizada de baja dosis para adultos entre los 50 a 80 años, con historial de fumar 20 cajetillas por año y que actualmente fuma o que cesó de fumar dentro de los últimos 15 años. El cernimiento debe descontinuarse una vez la persona haya dejado de fumar por más de 15 años o que desarrolla un problema de salud que limita sustancialmente su expectativa de vida o la habilidad o disposición para recibir cirugía curativa del pulmón.		
Obesidad	Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m2 o más, deben ser referidos intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas.		
Infecciones Transmitidas Sexualmente *(ITS,* por sus siglas en español y *STI,* por sus siglas en inglés)	Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adolescentes y adultos sexualmente activos y que estén en alto riesgo.		
Consejería sobre la prevención del cáncer de piel	Consejería en jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.		
Uso del medicamento Statin para prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos	Adultos sin historial de enfermedades cardiovasculares *(CVD)* se recomienda que utilicen una dosis baja a moderada del medicamento Statin para prevenir eventos de enfermedades cardiovasculares *(CVC)* y la muerte cuando estén entre los 40 a 75 años de edad, presentan uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumen) y que tengan un riesgo calculado de 10 años de un evento cardiovascular de un 10% o mayor. El identificar la dislipidemia y el cálculo del riesgo de eventos cardiovasculares a los 10 años, requiere un cernimiento universal de lípidos en adultos de 40 a 75 años.		
Infección por sífilis en adultos y adolescentes no embarazadas	Cernimiento para la infección por sífilis en personas que tienen mayor riesgo de infección.		
Medicamentos y tratamiento para dejar de fumar: adultos no embarazadas	Se recomienda a que los médicos pregunten sobre el consumo del tabaco y aconsejen a dejar de consumirlo y a proveer intervenciones conductuales e indicar que la *FDA* aprobó la farmacoterapia para dejar de fumar a los adultos que usan tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos *(FDA)* por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. Hasta un máximo de $400.00 por año de contrato.		
Cernimiento de Hepatitis C en Adolescentes y Adultos	El USPSTF recomienda cernimiento para la detección de la infección virus de la hepatitis C en adultos de 18 a 79 años.		
Detección de uso de drogas no saludables	El USPSTF recomienda Cernimiento para detección haciendo preguntas sobre el uso de drogas no saludables en adultos de 18 años o más. La detección debe implementarse cuando se puedan ofrecer o derivar servicios para un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y una atención adecuada. (La detección se refiere a hacer preguntas sobre el uso de drogas no saludables, no a analizar muestras biológicas).		
Intervenciones de asesoramiento conductual para prevenir infecciones de transmisión sexual (*ITS*, por sus siglas en español y *STI*, por sus siglas en inglés)	El USPSTF recomienda asesoramiento conductual para todos los adolescentes sexualmente activos y para adultos que corren un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). Se debe consultar la sección e Consideraciones prácticas para obtener más información sobre las poblaciones con mayor riesgo de contraer ITS.		
Tuberculosis	Cernimiento de la infección latente de tuberculosis en las poblaciones de mayor riesgo.		
Servicios Preventivos para Mujeres incluyendo a las Personas Embarazadas			
Bacteriuria	Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a personas embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si es más tarde.		
Cáncer relacionado a *BRCA* : Evaluación de riesgos y asesoramiento de pruebas genéticas	Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética *(BRCA1* y *BRCA2)* , el proveedor determinará si la suscriptora amerita hacerse una prueba de *BRCA.*		
Cernimiento para detección de cáncer de seno	Mamografía de cernimiento para cáncer de seno para mujeres, con o sin examen clínico de los senos previo, cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; bianual para mujeres entre 50 y 74 años de edad.		
Quimioterapia Preventiva	Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo.		
Cáncer de Seno: Medicamentos para Reducir Riesgos	Para mujeres que están en mayor riesgo de cáncer de seno y con bajo riesgo de efectos adversos de los medicamentos, los doctores deben ofrecer medicamentos tales como: tamoxifen o raloxifen para reducir riesgos de efectos adversos.		
Lactancia	Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia y los suplidos para una máquina de lactancia, en conjunto con cada nacimiento.		
Cernimiento de Cáncer Cervical	Cernimiento de cáncer cervical cada tres (3) años para mujeres entre las edades de 21 a 29 años por medio de citología (Pap smear). Para las mujeres entre las edades de 30 a 65 años cada tres (3) años por medio de citología (Pap smear) sola; cada cinco (5) años con pruebas de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV) solo; o cada cinco (5) años con pruebas de *hrHPV* en combinación con citología *(cotesting)* .		
Displasia Cervical	Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.		
Cernimiento de Clamidia y Gonorrea	Cernimiento para infección de clamidia y gonorrea en mujeres sexualmente activas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo de infección.		
Anticonceptivos	Los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos *(FDA)* , incluyendo los métodos hormonales, de barrera y dispositivos implantados, procedimientos de esterilización, así como la inserción y remoción o administración de métodos anticonceptivos, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según se receten.		
Anemia	Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas .		
Ácido Fólico	Suplementos de ácido fólico de 0.4 a 0.8mg diario para todas las mujeres que planifican o capaces de quedar embarazadas.		
Plomo	Cernimiento de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo en personas embarazadas asintomáticas.		
Diabetes *Mellitus* Gestacional	Cernimiento para diabetes gestacional en personas embarazadas desde 24 y 28 semanas de gestación y en la primera visita prenatal para personas en alto riesgo de desarrollarla.		

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Hepatitis B	Cernimiento de Hepatitis B a personas embarazadas en su primera visita prenatal.		
Pruebas de cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): personas embarazadas	Los médicos deben examinar a toda mujer para detectar el VIH, incluyendo aquellas que se encuentra de parto que no han sido examinadas y cuyo diagnóstico es incierto. A toda persona embarazada se cubrirá una primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal y una segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación entre las 28 y 34 semanas de embarazo.		
Servicios para Uso y abuso de Sustancias Controladas - Según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act" (MHPAEA)"	Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano *(HPV)* en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años cada 3 años.		
Cernimiento de violencia de pareja en mujeres en edad fértil	Cernimiento a mujeres en edad fértil para detectar la violencia de pareja y proveer o referir a las mujeres a recibir intervenciones de consejería, tengan señales o no de síntomas de abuso.		
Uso de una dosis baja de Aspirina para prevenir la morbilidad y mortalidad por preeclamsia	Para la prevención de la preeclampsia se recomienda el uso de dosis bajas de aspirina (81mg/d) como tratamiento preventivo, después de 12 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia.		
Cernimiento de Osteoporosis en mujeres postmenopáusicas y menores de 65 años en riesgo de Osteoporosis	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Densitometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres postmenopáusicas menores de 65 años en riesgo de fracturas por osteoporosis.		
Cernimiento de Osteoporosis para mujeres de 65 años o mayores	Cernimiento de Osteoporosis con estudio de Densitometría Ósea para prevenir fracturas en mujeres de 65 años o mayores en riesgo de fracturas por osteoporosis.		
Depresión perinatal: asesoramiento e intervención	El USPSTF recomienda que los médicos proporcionen o remitan a las personas embarazadas y en período de posparto que tienen un mayor riesgo de depresión perinatal a intervenciones de asesoramiento.		
Cernimiento sobre la Preeclampsia	Pruebas de cernimiento sobre la preeclamsia en personas embarazadas con medidas de alta presión sanguínea durante el embarazo.		
Incompatibilidad con el factor *Rh (D)*	Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las personas embarazadas durante su primera visita de cuidado prenatal y posteriormente para todas las mujeres Rh (D) negativo entre las 24 y 28 semanas de gestación que no han sido desintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea Rh (D) negativo.		
Detección de Ansiedad	La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas aquellas que están embarazadas o en el período posparto. Los intervalos óptimos de detección no son conocidos, por lo que se debe usar el juicio clínico para determinar la frecuencia de detección. Dada la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y los múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar evaluar a las mujeres que no han sido examinadas recientemente.		
Detección de *Diabetes Mellitus* después del embarazo.	Detección de *Diabetes Mellitus* en mujeres con antecedentes de *Diabetes Mellitus* Gestacional *(DMG)* que actualmente no están embarazadas y que no han sido diagnosticadas previamente con *Diabetes Mellitus* Tipo 2. Lo adecuado es que las pruebas iniciales se realicen dentro del primer año posparto y pueden realizarse tan pronto como de 4 a 6 semanas después del parto.		
Depresión Materna	Cernimiento en madres de infantes de 1, 2, 4 y 6 meses de edad.		
Cernimiento sobre Infección de Sífilis en el Embarazo	Cernimiento sobre la infección de sífilis en toda persona embarazada.		
Cernimiento para Incontinencia Urinaria en mujeres	La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda la detección de incontinencia urinaria en las mujeres como un servicio preventivo. Los factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluyen aumento de la paridad, edad avanzada y obesidad; sin embargo, estos factores no deben usarse para limitar la detección. Varias herramientas de detección demuestran una precisión moderada a alta en la identificación de la incontinencia urinaria en mujeres. Aunque se desconocen los intervalos mínimos de detección, es recomendable realizar pruebas anualmente ya que muchas mujeres no presentan síntomas y los múltiples factores de riesgo asociados con la incontinencia cambian con frecuencia.		
Dejar de Fumar Tabaco	Se recomienda que los clínicos pregunten a toda persona embarazada sobre uso de tabaco, que le aconsejen a parar el uso de tabaco y provean intervenciones conductuales a toda persona embarazada para el cesar de consumir tabaco.		

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Well Woman Visits	Cuidado preventivo anual, incluye cuidado prenatal y servicios necesarios para el cuidado prenatal para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita *well-woman* es anual, aunque *Health and Human Services (HHS*, por sus siglas en inglés) reconoce que varias visitas puedan ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.		
Servicios Preventivos para Niños			
Intervenciones de atención primaria para la prevención y el cese del consumo de tabaco en niños y adolescentes	El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria proporcionen intervenciones, incluida la educación o asesoramiento breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco entre los niños y adolescentes en edad escolar.		
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería conductual por abuso de alcohol en adultos de 18 años o mayores sobre el uso indebido de alcohol y para aquellos que un patrón de riesgo o estén en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, se recomienda que se les provean intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol.		
Concentración de Bilirrubina	Cernimiento en recién nacidos		
Hierro/Anemia	Suplementos de hierro para niños entre las edades de 4 meses hasta 21 años en riesgo de anemia.		
Cernimiento del Trastorno del Espectro Autismo	Cernimiento de autismo para niños a los 12 meses y a los 36 meses de edad.		
Comportamiento	Evaluaciones para niños de todas las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.		
Cernimiento sobre caries en infantes y niños hasta 5 años	Para la prevención de caries dentales en infantes y niños hasta 5 años de edad, se recomienda la aplicación de barniz de fluoruro en los dientes primarios comenzando a la edad de la erupción del diente primario en prácticas de cuidado primario. Se recomienda a los médicos de cuidado primario prescribir suplementos de fluoruro oral comenzando a los 6 meses de edad en niños cuyo suplido de agua es deficiente de fluoruro.		
Depresión	Cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para garantizar un diagnóstico preciso, o terapia, (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento.		
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento de desarrollo para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.		
Dislipidemia	Cernimiento para niños con mayor riesgo de desarrollar desórdenes de lípidos entre las edades de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y 15 a 17 años.		
Audición	Cernimiento de audición para recién nacidos conforme a lo establecido en la **Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003.**		
Altura, peso e índice de masa corporal	Medidas para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años y de 15 a 17 años.		
Cernimiento de Hepatitis B en adolescentes y adultos no embarazadas	Cernimiento del virus de la Hepatitis B *(HBV)* en personas en alto riesgo de infección.		
Alta Presión Sanguínea	Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades hasta los 17 años y adultos de 18 años en adelante. Además, se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.		
Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana *(VIH)* en adolescentes y adultos no embarazadas	Pruebas de cernimiento para la infección del VIH en adolescentes y adultos entre los 15 y 65 años de edad. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. Según requiere la Ley 45-2016, como parte de estudios de rutina o de una evaluación médica debe realizarse una prueba del VIH al año, excepto por las personas embarazadas, quienes les aplican lo requerido por la USPSTF.		
Consejería y cernimiento de virus de Inmunodeficiencia Adquirida *(VIH)*	Consejería y Cernimiento anual para mujeres sexualmente activas.		
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.		
Inmunizaciones (Vacunas)	Vacunas y refuerzos para niños y adolescentes hasta los 21 años: Tétano, Difteria y Pertusis *(Td/Tdap)* , *Human Papillomavirus (HPV),* Varicela, Sarampión, Papera y Rubeola *(MMR),* Influenza, Neumococo, Meningococo, Hepatitis A, Hepatitis B, *Pneumococcal Polysaccharide*, Meningitis, Rotavirus, *Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B.* Las vacunas contra el *HPV* deben comenzar a la edad de 9 años para niños y adolescentes con historial de abuso sexual, quienes no hayan iniciado o completado la serie de 3 dosis. Las vacunas contra el COVID 19 según el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de conformidad con el Articulo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud.		
Plomo	Cernimiento a niños de 1 a 6 años con alta concentración de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo.		
Historial Médico	Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 21 años.		
Hematocrito y Hemoglobina	Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños		
Obesidad en Niños y Adolescentes	Cernimiento de obesidad para niños de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso.		
Profilaxis ocular para la oftalmia gonocócica neonatal (Gonorrea)	Medicamento preventivo tópico ocular para los ojos de todos los recién nacidos para prevenir la oftalmia gonocócica neonatal (Gonorrea).		
Salud Oral	Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.		
PKU	Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU)		
Infecciones Transmitidas Sexualmente (*ITS*, por sus siglas en español y *STI*, por sus siglas en inglés)	Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos.		

BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Enfermedad de Células Falciformes *(Sickle Cell)*	Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos.		
Consejería sobre la prevención del cáncer de piel	Consejería en jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.		
Infección por sífilis en adultos y adolescentes no embarazadas	Cernimiento para la infección por sífilis en personas que tienen mayor riesgo de infección.		
Uso del tabaco en niños y adolescentes	Intervenciones incluyendo educación y una breve consejería para prevenir el inicio del uso de tabaco en niños de edad escolar y adolescentes.		
Uso de Tabaco, Alcohol y Drogas	Cernimiento en niños y adolescentes entre las edades de 11 a 21 años.		
Tuberculosis	Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis, hasta los 21 años.		
Cernimiento de agudeza visual en niños	Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía o sus riesgos.		
Servicios de Planificación Familiar			
Vasectomía	Cubierto aplica copago/coaseguro, una (1) por vida.**Si el procedimiento es en hospital aplica el copago de hospitalización.Si el procedimiento es en oficina médica aplica el copago/coaseguro de Procedimiento Ambulatorio.	Cubierto aplica copago/coaseguro, una (1) por vida.**Si el procedimiento es en hospital aplica el copago de hospitalización.Si el procedimiento es en oficina médica aplica el copago/coaseguro de Procedimiento Ambulatorio.	Cubierto aplica copago/coaseguro, una (1) por vida.**Si el procedimiento es en hospital aplica el copago de hospitalización.Si el procedimiento es en oficina médica aplica el copago/coaseguro de Procedimiento Ambulatorio.
Esterilización Femenina Ambulatoria	Cubierto al 100% de la tarifa contratada aplica copago /coaseguro de acuerdo a la especialidad del médico.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada aplica copago /coaseguro de acuerdo a la especialidad del médico.**	Cubierto al 100% de la tarifa contratada aplica copago /coaseguro de acuerdo a la especialidad del médico.**
Contraceptivos Orales	Cubierto al 100% según ley PPACA.	Cubierto al 100% según ley PPACA.	Cubierto al 100% según ley PPACA.
Vacunas Según el Itinerario para la Administración Rutinaria de Vacunas para Niños y Adolescentes del Departamento de Salud de Puerto Rico			
Pediarix	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Prevnar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
PCV (pneumococcal conjugate)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Rotavirus	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
RSV na RSV (Synagys)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Límite de Edad para Vacunas	Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal y el Departamento de Salud de Puerto Rico	Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal y el Departamento de Salud de Puerto Rico	Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal y el Departamento de Salud de Puerto Rico
***Sujeto a necesidad médica.**			
****Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.**			
Los servicios Médico-Quirúrgicos, de consulta, anestesia, pruebas diagnósticas y demás servicios prestados, que estén cubiertos en la cubierta básica a la cual esté acogido el paciente suscriptor, se reembolsarán a base de las tarifas contratadas por FMHP, Inc. para el pago de dichos servicios en Puerto Rico.			
Los servicios que no estén expresamente cubiertos están excluidos.			

Todos los Beneficios en esta Cubierta son por Vida por cada persona asegurada. El beneficio máximo estará limitado por los gastos que deberán ser cubiertos, ocasionados por servicios médicos.			
Beneficio	**UNIFORME (ORO)**	**PREMIUM ELA (RUBÍ)**	**CLASSIC ELA (RUBÍ)**
Beneficio Máximo	$1,250,000.00	$1,250,000.00	$1,250,000.00
Deducible Anual	$50.00 en Individual / $150.00 en Familiar	$50.00 en Individual / $150.00 en Familiar	$50.00 en Individual / $150.00 en Familiar
Coaseguro	20% de coaseguro por año contrato	20% de coaseguro por año contrato	20% de coaseguro por año contrato
Equipo Médico Duradero (DME) y Suplidos	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de $10,000.00 por año. Se requiere pre autorización. Los gastos incurridos por el alquiler o compra de equipo médico serán reembolsados a base de las tarifas estipuladas por First Medical Health Plan, Inc. Están cubiertos los equipos descritos en esta sección solamente mediante orden médica y previa autorización del plan. Dispositivo estimulante de tos, alternando la presión positiva y negativa de las vías respiratorias - 1 cada 5 años. Dispositivo de asistencia respiratoria, capacidad de presión de dos niveles, con función de reserva de frecuencia, se utiliza con la interfaz no invasiva, por ejemplo, nasal o mascarilla facial (dispositivo de asistencia intermitente con el dispositivo de presión positiva continua de las vías respiratorias)- 1 cada 5 años. Máscara facial completa utilizada con dispositivo de presión positiva de las vías respiratorias, cada una, 1 cada 6 meses. Interfaz nasal (máscara o tipo cánula) para utilizar con dispositivo de presión positiva de las vías respiratorias, con o sin cinta para la cabeza, 1 cada 3-6 meses. Dispositivo de asistencia respiratoria, capacidad de presión de dos niveles, sin función de reserva de frecuencia, que se utiliza con la interfaz no invasiva, por ejemplo, nasal o mascarilla facial (dispositivo intermitente de asistencia con el dispositivo de presión positiva continua de las vías respiratorias), 1 cada 5 años. Humidificador, no termal, se utiliza con el dispositivo de presión positivade las vías respiratorias, 1 cada 5 años. Humidificador, climatizado, que se utiliza con un dispositivo de presión positiva de las vías respiratorias, 1 cada 5 años. Sistema portátil de oxígeno gaseoso (recipiente portátil, regulador, caudalímetro, humidificadores, canutillo o máscara y tubo)– 1 cada 5 años. Equipo de Ostomía (Bolsas y Barreras cutáneas). Colchones especializados para camas de posiciones u hospitalarias. Los suplidos para los equipos arriba descritos. Requiere pre-autorización y está condicionada a que el DME receptor del suplido, haya sido cubierto previamente por First Medical Health Plan, Inc. La cubierta para los suplidos mediante MM, tiene un límite de seiscientos dólares ($600) en año contrato y coaseguro de 20%.		
Prótesis, Implantes y bandeja ortopédica	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de $10,000.00 por año. Se requiere preautorización* Sujeto a protocolo.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de $10,000.00 por año. Se requiere preautorización* Sujeto a protocolo.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores, hasta un máximo de $10,000.00 por año. Se requiere preautorización* Sujeto a protocolo.
Litotripsia	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Exceso de la cubierta básica hasta $5,000.00 por año contrato, sujeto a preautorización.**	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Exceso de la cubierta básica hasta $5,000.00 por año contrato, sujeto a preautorización.**	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Exceso de la cubierta básica hasta $5,000.00 por año contrato, sujeto a preautorización.**
Aparatos Ortopédicos / Ortóticos	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta un beneficio máximo $5,000.00 por año contrato (beneficio combinado) Requiere preautorización.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta un beneficio máximo $5,000.00 por año contrato (beneficio combinado) Requiere preautorización.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta un beneficio máximo $5,000.00 por año contrato (beneficio combinado) Requiere preautorización.
Programa de Cuidado de Hospicio	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.
Equipo Tecnológico	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Equipo tecnológico para mantener con vida al suscriptor, un mínimo diario de ocho (8) horas, suministros necesarios para operar el equipo tecnológico y la terapia física y ocupacional para los menores de 21 años de edad. Hasta un beneficio máximo de $10,000**	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Equipo tecnológico para mantener con vida al suscriptor, un mínimo diario de ocho (8) horas, suministros necesarios para operar el equipo tecnológico y la terapia física y ocupacional para los menores de 21 años de edad. Hasta un beneficio máximo de $10,000**	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores. Equipo tecnológico para mantener con vida al suscriptor, un mínimo diario de ocho (8) horas, suministros necesarios para operar el equipo tecnológico y la terapia física y ocupacional para los menores de 21 años de edad. Hasta un beneficio máximo de $10,000**
Ventiladores y respiradores mecánicos	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguro aplicable en Gastos Médicos Mayores.
Mamoplastías	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguroaplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta $5,000 por persona por vida, siempre que haya una necesidad médica válida. Aplica protocolo.**	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguroaplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta $5,000 porpersona por vida, siempre que haya una necesidad médica válida. Aplica protocolo.**	Cubierto al 100%, después del deducible y coaseguroaplicable en Gastos Médicos Mayores. Hasta $5,000 porpersona por vida, siempre que haya una necesidad médica válida. Aplica protocolo.**
Servicios de Emergencia fuera de Puerto Rico a cargos razonables y habituales.	Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados o las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores en Estados Unidos, solopara emergencias serias y súbitas. Aplican copagos ycoaseguros de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados o las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores en Estados Unidos, solopara emergencias serias y súbitas. Aplican copagos ycoaseguros de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados o las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores en Estados Unidos, solopara emergencias serias y súbitas. Aplican copagos ycoaseguros de Gastos Médicos Mayores.
***Sujeto a necesidad médica.**			
****Sujeto a necesidad médica y requiere pre-autorización de First Medical Health Plan, Inc.**			
Nota: Los beneficios aquí incluidos aplican cuando un beneficio similar de cubierta básica haya terminado o cuando el beneficio no sea parte de la cubierta básica y esté incluido en esta cubierta de Gastos Médicos Mayores.			

Beneficios de Cuidado de Salud Visual - Platino II (a través de *I Vision International, Inc.*)	
Examen de la Vista (Refracción) (1 cada 12 meses)	CUBIERTO $10.00 Copago
Un (1) par de espejuelos (lentes y monturas) para menores de (21) años cada (12) meses.	CUBIERTO $10.00 Copago
Una (1) montura de espejuelos de la colección *Preferred* (cada 12 meses)	CUBIERTO $18.00 Copago
Single vision	CUBIERTO $18.00 Copago
Bifocal (FT.25 - FT-28)	CUBIERTO $20.00 Copago
Trifocal (FT x 25)	CUBIERTO $18.00 Copago
Policarbonato (Hasta 21 años, un (1) set cada doce (12) meses para visión sencilla)	CUBIERTO $20.00 Copago
Lentes con Tintes Recetados: Verde sólido, gris, marrón. Incluye uno (1).	CUBIERTO $10.00 Copago
Protección Ultravioleta y Tratamiento Anti-Rayazos	CUBIERTO $16.00 Copago
Lentes de Contacto - Un (1) par cada doce (12) meses en vez de espejuelos. El manufacturero (marca) de los lentes de contacto será determinado por *I Vision International, Inc.*	CUBIERTO
Desechables - Dos (2) cajas	CUBIERTO $36.00 Copago
Médicamente Necesarios	CUBIERTO $36.00 Copago
Proveedor de Servicio	IVISION INTERNATIONAL, INC.
Descuento	(20% del Precio Regular) Monturas fuera de la colección *Preferred*
Esta Cubierta para el Cuidado de Salud Visual aplica para la Cubierta Uniforme (Oro), Premium ELA (Rubí) y Classic ELA (Rubí)	

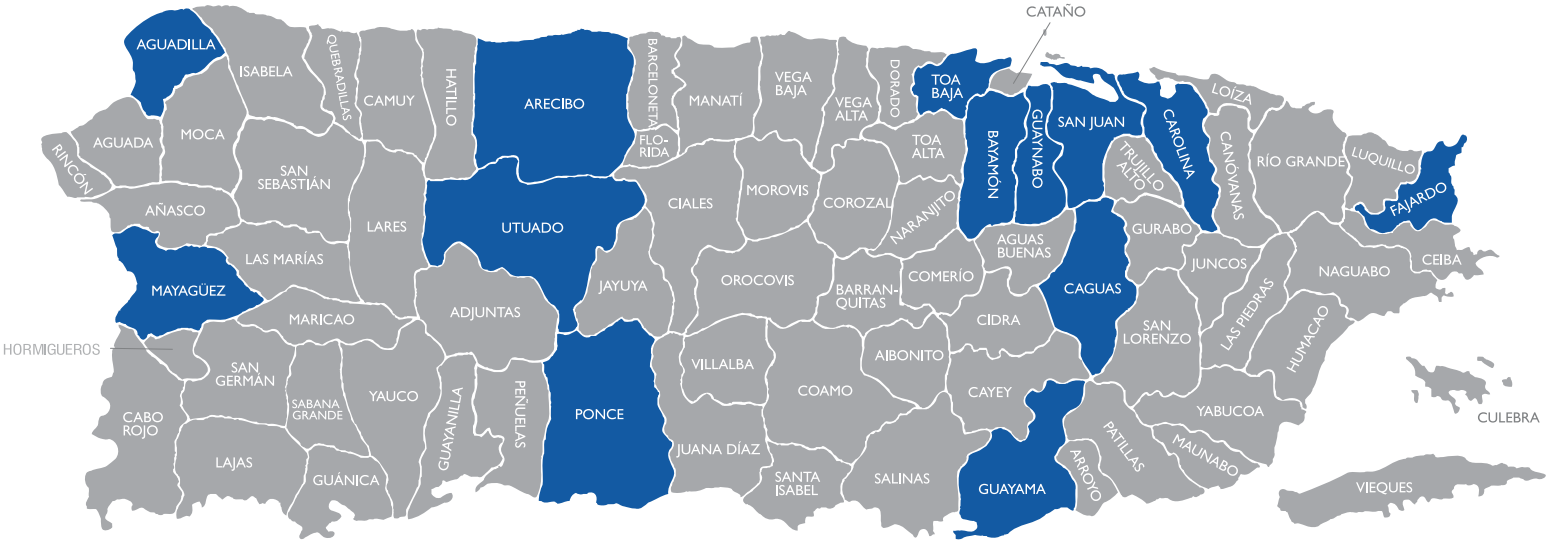
BENEFICIOS	UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBÍ)
Programa de Medicamentos Recetados			
Deducible Inicial	No Aplica	No Aplica	$50.00
Beneficio Anual	$2,000 por persona cubierta	$1,750 por persona cubierta	$1,000 por persona cubierta
Luego de agotar el Beneficio Básico aplica:	40% de coaseguro	50% de coaseguro	70% de coaseguro
Genéricos Farmacias Preferidas	10% de coaseguro mínimo $5.00 de copago	$10.00 de copago	$12.00 de copago
Genéricos Farmacias No Preferidas	15% de coaseguro mínimo $10.00 de copago	$12.00 de copago	$15.00 de copago
Medicamento de Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del 15% de coaseguro o mínimo de $20 copago. De acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del 15% de coaseguro o mínimo de $20 copago. De acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas.
Marca Preferida / Farmacia Preferida	10% de coaseguro mínimo $12.00 de copago.	20% de coaseguro mínimo $15.00 de copago.	25% de coaseguro mínimo $25.00 de copago
Marca Preferida / Farmacia No Preferida	15% de coaseguro mínimo $15.00 de copago	25% de coaseguro mínimo $25.00 de copago.	30% de coaseguro mínimo $30.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacia Preferida	15% de coaseguro mínimo $20.00 de copago	30% de coaseguro mínimo $30.00 de copago.	35% de coaseguro mínimo $35.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacia No Preferida	20% de coaseguro mínimo $25.00 de copago.	35% de coaseguro mínimo $30.00 de copago.	40% de coaseguro mínimo $40.00 de copago.
Medicamentos Especializados, Biosimilares y Biotecnológicos Todas las Farmacias	30% de coaseguro. Sujeto a Preautorización. Se despacharán sólo a través de las farmacias contratadas bajo el Programa de Medicamentos Especializados.	50% de coaseguro. Sujeto a Preautorización. Se despacharán sólo a través de las farmacias contratadas bajo el Programa de Medicamentos Especializados.	50% de coaseguro. Sujeto a Preautorización. Se despacharán sólo a través de las farmacias contratadas bajo el Programa de Medicamentos Especializados.
Tratamiento para dejar de Fumar	Cubierto hasta $400.00 por año contrato	Cubierto hasta $400.00 por año contrato	Cubierto hasta $400.00 por año contrato
Todo medicamento cuyo costo total sea igual o menor de:	$8.00 están excluidos. Aplican protocolos de terapia escalonada.	$10.00 están excluidos. Aplican protocolos de terapia escalonada.	$10.00 están excluidos. Aplican protocolos de terapia escalonada.
Repeticiones por receta	5 repeticiones	5 repeticiones	5 repeticiones

BENEFICIOS		UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBI)
Beneficio Máximo en Cubierta		**$1,000**	**$750**	**$500**
Tipo I - Diagnóstico y Preventivo Pediátrico: Cubierto al 100% de la tarifa contratada. / Adulto: Aplica 20% de coaseguro.				
D0120	Examen Oral Periódico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.*
D0140	Examen Oral de Emergencia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses.
D0150	Examen Oral Inicial	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.*
D0431	Examen de Detección de Cáncer de la Cavidad Oral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) en intérvalos de 6 meses.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) en intérvalos de 6 meses.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) en intérvalos de 6 meses.
D0210	Radiografía de serie completa intraorales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada tres (3) años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada tres (3) años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada tres (3) años.
D0220	Radiografía periapical intraoral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) por año.
D0230	Radiografía periapical adicional	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Hasta cinco (5) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Hasta cinco (5) por año.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Hasta cinco (5) por año.
D0270	Radiografía de mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) por año.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) por año.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Dos (2) por año.*
D0272	Radiografía de Mordida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) por año.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) por año.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) por año.*
D0330	Radiografía panorámica	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada treinta seis meses (36) meses o cada tres (3) años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada treinta seis meses (36) meses o cada tres (3) años.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Una (1) cada treinta seis meses (36) meses o cada tres (3) años.
D1110	Profilaxis - Adulto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De 12 años en adelante.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De 12 años en adelante.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De 12 años en adelante.*
D1120	Profilaxis - Niños	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. Hasta los doce (12) años.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. Hasta los doce (12) años.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. Hasta los doce (12) años.*
D1208	Aplicación de Floruro	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Menores de 19 años. Uno (1) cada 6 meses.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Menores de 19 años. Uno (1) cada 6 meses.*	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Menores de 19 años. Uno (1) cada 6 meses.*
D1351	Sellantes de Fisura por Diente	Por diente por vida en premolares y molares permanente.	Por diente por vida en premolares y molares permanente.	Por diente por vida en premolares y molares permanente.
D1510	Mantenedores de espacio Unilateral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.Uno (1) por cuadrante, por vida. Solo para molares deciduos que se pierdan prematuramente)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.Uno (1) por cuadrante, por vida. Solo para molares deciduos que se pierdan prematuramente)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.Uno (1) por cuadrante, por vida. Solo para molares deciduos que se pierdan prematuramente)
D1516	Mantenedores de espacio bilateral maxilar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.
D1517	Mantenedor de espacio bilateral mandibular	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) de por vida.
Código D0210 , D0330 uno es excluyente del otro				
Restaurativo Menor				
D2140	Amalgama de una (1) superficie	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2150	Amalgama de dos (2) superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2160	Amalgama de tres (3) superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2161	Amalgama de cuatro (4) o más superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2330	Resina de una (1) superficie	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.

BENEFICIOS		UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBI)
D2331	Resina de dos (2) superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2332	Resina de tres (3) superficies	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2335	Resina de cuatro (4) o más superficies, o que incluya ángulo incisal	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2391	Resina en posteriores de una (1) superficie bucal	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2740	Corona - Porcelana	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2752	Corona de Porcelana fundida en metal	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2940	Tratamiento Paleativo	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D2954	Poste y Muñon Pre- fabricado	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D3220	Pulpotomía en dientes deciduos	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D3310	Endodoncia, tratamiento de canal en dientes anteriores	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D3320	Endodoncia, tratatamiento de canal en premolares	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D3330	Endodoncia, tratamiento de canal en molares	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D4341	Alisado radicular de cuatro (4) o más dientes	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D4342	Alisado radicular de tres (3) dientes o menos	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D4910	Profilaxis periodontal e incluye los procedimientos necesarios para el tratamiento de las enfermedades de las encías y el hueso que sostiene los dientes, incluyendo la cirugía periodontal.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7111	Extracción de raíces residuales de dientes primarios.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7140	Extracción sencilla	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7210	Extracción quirúrgica complicada (incluyendo el servicio pre y post-operatorio)	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7220	Extracción quirúrgica de diente impactado tejido blando	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7230	Extracción quirúrgica de diente impactado parcial en hueso.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7240	Extracción quirúrgica de diente impactado completo en hueso.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7250	Extracción quirúrgica de raíces retenidas (quirúrgico).	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7510	Incisión y drenaje de abscesos en tejido blando	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7961	Frenulectomía máxilar	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D7962	Frenulectomía mandibular	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D9110	Aplicación de desensibilizante.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D9910	Aplicación de adhesivos en cervical de dientes y molares	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
D9930	Complicación post-cirugía	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.	20% de coaseguro.
	Restaurativo Mayor			
D5110	Dentadura completa maxilar	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5120	Dentadura completa mandibular	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.

BENEFICIOS		UNIFORME (ORO)	PREMIUM ELA (RUBÍ)	CLASSIC ELA (RUBI)
D5213	Dentadura removible base en metal maxilar	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5214	Dentadura removible base en metal mandibular	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5282	Prótesis removible maxilar	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5283	Prótesis removible mandibular	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5421	Ajuste parcial maxilar	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5422	Ajuste parcial mandibular	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5510	Reparación de dentadura completa partida	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5520	Reemplazo de diente en dentadura completa.	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5621	Reparación de armazón de metal de protesis maxilar	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5622	Reparación de armazón de metal de protesis mandibular	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5630	Reparación de gancho partido.	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5640	Reemplazo de diente a dentadura removible.	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5650	Añadir diente a dentadura removible.	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
D5660	Añadir gancho a dentadura removible	20% de coaseguro.	40% de coaseguro.	40% de coaseguro.
Los servicios de coronas, postes, periodoncia y restaurativo mayor serán por preautorización.				
Cubierta Dental (D07) aplica para las cubiertas Uniforme (Oro), Premium ELA (Rubí) y Classic ELA (Rubí).				
***Los servicios antes descritos están sujetos a disponibilidad de cubierta e historial del paciente**				
Los servicios que no estén expresamente cubiertos están excluidos				

OFICINAS DE SERVICIO



AGUADILLA

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

ARECIBO

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

BAYAMÓN

Calle Santa Cruz #65
Bayamón, Puerto Rico

CAGUAS

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

CAROLINA

Metro Pavia Clinic
#640 Marginal Parque
Carolina, Puerto Rico

FAJARDO

Carr. #3 Km. 44.8
Bo. Quebrada,
Fajardo, Puerto Rico

GUAYAMA

Metro Clinic Ave. Arnaldo Bristol Final
Urb. Valles de Guayama
Guayama, Puerto Rico

GUAYNABO

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

HATO REY

Marginal Agüeybaná #426
Ave. Muñoz Rivera, Esq. Marginal
Hato Rey, Puerto Rico

HATO REY

Edificio First Medical Health Plan, Inc.
Calle Bolivia #60 Hato Rey,
San Juan P.R.

MAYAGÜEZ

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

PONCE

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