



El **plan** que trabaja contigo.

Manual del Suscriptor 2026-2027



ASP RUBÍ



ASP PLATA



ASP ORO



MANUAL DEL SUSCRIPTOR

CUBIERTA LEY 95

(Guía del Suscriptor)

Auxilio Salud Plus

Quiénes Somos

El Plan Médico Auxilio Salud Plus, Inc. es una Organización de Servicios de Salud establecida bajo las leyes de Puerto Rico y el aval del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Auxilio Salud Plus es un innovador plan médico, respaldado por el Hospital Auxilio Mutuo, el hospital más grande y completo del Caribe, que además adquirió recientemente el Hospital Auxilio Mutuo San Pablo, ubicado en Bayamón.

El plan, desde sus inicios, fue creado con el propósito de brindar cubierta de servicios médicos y de salud completos, dirigido a atender el segmento del mercado inicialmente grupal para pequeñas, medianas y grandes empresas; y posteriormente para proveer servicios a otros segmentos del mercado de seguros de salud.

Desde el 2025 comenzamos a ofrecer nuestro plan médico a los empleados y pensionados de gobierno de Puerto Rico, proveyendo tres amplias cubiertas de beneficios que brindan un especial cuidado a todos sus suscriptores, sobrepasando las expectativas de cada uno de nuestros suscriptores y sus familiares que cualifican para el plan.

Enfocados en el cuidado preventivo y la educación sobre una vida saludable, Auxilio Salud Plus tiene todos los factores que ayudan a manejar más eficientemente los costos para los empleados y compañías ya cubiertas en el plan; y ahora también a los suscriptores del gobierno de Puerto Rico. Auxilio Salud Plus ofrece una cobertura completa que convierte al médico primario en el centro de la coordinación de los servicios para cada suscriptor. El modelo de cuidado coordinado ha ayudado a promover la atención médica de calidad, organizando los cuidados de salud del paciente, y fomentando el intercambio de información entre los proveedores de servicios de salud.

Auxilio Salud Plus les brinda a todos sus suscriptores el acceso a una red completa de proveedores que incluye: médicos primarios, especialistas y subespecialistas, dentistas, farmacias, hospitales y demás facilidades a través de toda la Isla.

Red de Proveedores en Crecimiento Constante

Nuestra Red de Proveedores actual cuenta con 1185 médicos y facilidades, 1047 farmacias entre regulares y especializadas, 474 proveedores para el cuidado de salud mental por Inspira, 1038

dentistas, 150 proveedores para el cuidado de la visión, 11 centros de vacunación y más de 79 proveedores de otro tipo.

Un Nuevo Plan Para Empleados y Pensionados del Gobierno de Puerto Rico

Luego de más de 8 años de habernos establecido, nos sentimos más que preparados para ofrecer nuestros excelentes servicios y valores añadidos a los empleados públicos y pensionados del gobierno de Puerto Rico, brindándoles la oportunidad de disfrutar de una nueva alternativa para el cuidado de su salud.

Le exhortamos a que se familiarice con este Manual del Beneficiario o Guía del Suscriptor como lo conocemos regularmente, y lea cuidadosamente sus términos y condiciones. La misma se ha preparado para que puedan acceder apropiadamente a los beneficios incluidos como empleados públicos o pensionados a través de la Ley 95.

Auxilio Salud Plus, le proveerá los beneficios de la cubierta a los empleados, pensionados y sus dependientes directos y opcionales que se suscriban bajo este contrato.

Empleados y Pensionados del Gobierno de Puerto Rico, municipios y entidades cobijadas bajo la Ley 95

La cubierta de servicios de salud, sujeto a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de la cubierta, se emite a base de la solicitud del grupo suscrito bajo la Ley 95 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 firmado entre ASES y Auxilio Salud Plus

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 2026** a las 12:01 a.m. y terminará el **31 de agosto de 2027** a las 12:00 de la medianoche, hora local (de Puerto Rico). El contrato objeto de esta cubierta se proveerá en Puerto Rico. Hasta donde la Ley del Gobierno de Puerto Rico aplique, esta cubierta se registrará por las leyes del Gobierno de Puerto Rico.

Este Manual del Beneficiario o Guía del Suscriptor quedará registrada en la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), junto con el Contrato, una vez el mismo sea firmado entre las partes.

Tabla de Contenido

I.	Elegibilidad	1
II.	Proceso de Preautorización	7
III.	Coordinación de Beneficios (COB)	8
1)	Aviso a las Personas Cubiertas	9
2)	Definiciones	9
3)	Reglas para la Determinación del Ordene de los Beneficios	11
4)	Efecto en los Beneficios de este Plan.....	14
IV.	Conversión	14
V.	Resumen de sus Beneficios Médicos Básicos	17
1)	Disposiciones generales	17
VI.	Cubierta Básica	21
1)	Beneficios.....	21
VII.	Tabla de copagos, coaseguros y preautorizaciones	24
VIII.	Exclusiones de Cubierta Médica Básica	57
IX.	Cubierta de trasplante de órganos	63
X.	Exclusiones de la Cubierta de Trasplante de Órganos	64
XI.	Cubierta de Gastos Médicos Mayores	64
XII.	Exclusiones de Gastos Médicos Mayores.....	65
XIII.	Elegibilidad para la Cubierta de Gastos Médicos Mayores	66
XIV.	Cubierta de Farmacia	67
XV.	Exclusiones de la Cubierta de Farmacia	69
XVI.	Cubierta Dental	73
XVII.	Valores Añadidos	75
1)	Seguro de Vida	75
2)	Asistencia al Viajero	76
3)	Programa De Apoyo De Salud Mental Al Individuo (PASMI) (A Través de INSPIRA) .	77
XVIII.	Modelo de Cuidado Innovador a Opción del Suscriptor	79
XIX.	Proceso de Querellas, Apelaciones y Reclamaciones	80
XX.	Guía de Contactos para todo tipo de Apoyo al Suscriptor	90

XXI.	Definiciones	91
1)	Cubierta Básica.....	91
2)	Cubierta de Farmacia.....	98

I. Elegibilidad

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

1) Dependientes directos:

- a. Incluyen: cónyuge, cohabitante, hijos, hijas, hijastros o hijastras no emancipados hasta los 26 años. De ser incapacitados se debe presentar evidencia.
- b. También se consideran dependientes directos aquellos familiares reconocidos judicialmente (incluir evidencia).

2) Dependientes opcionales (colaterales):

- a. Son familiares inmediatos del suscriptor principal o su cónyuge que no cumplen con los requisitos de dependientes directos.
- b. No deben tener más de 65 años y deben depender sustancialmente del suscriptor principal para su sustento.

3) Cualquier persona que adquiriera 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, 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.

4) Los empleados o pensionados que no soliciten cubierta, según se establece en el punto anterior, no podrán ingresar al Plan durante el resto del año de contrato. Auxilio Salud Plus no está autorizada a realizar cambios en las cubiertas durante el año contrato sin la autorización de la Administración de Seguros de Salud (ASES), con excepción de los descritos en esta Guía del Suscriptor.

5) 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 (Notificación de decisión) que indique que no pertenece al Plan Vital al plan seleccionado.
- d. 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 (Notificación de decisión) 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.

6) Administración de Seguros de Salud – Plan Vital

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.

7) Cambios durante el año

Auxilio Salud Plus, 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 suscriptor luego de realizar el cambio.

- a. **Casamiento** - Un 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 suscriptor. El 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 Cualquiera otro Familiar que Esté Bajo la Patria Potestad o Custodia Legal** – El suscriptor deberá solicitar el ingreso de un hijo adoptivo, hijastro, cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del suscriptor 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 suscriptor 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 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 suscriptor que se divorcie o muera tienen derecho a continuar bajo el Plan del 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 suscriptor principal es elegible a continuar como 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 Auxilio Salud Plus Si un dependiente directo u opcional muere durante el año contrato el suscriptor deberá notificar a Auxilio Salud Plus, 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 suscriptor se separa del servicio activo para acogerse a los beneficios de cualquiera 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 suscriptor deberá llenar y entregar una solicitud directamente a Auxilio Salud Plus, 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 suscriptor deberá comunicarse directamente con Auxilio Salud Plus, 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 pensionado no podrá hacer cambios de aseguradora, ni de cubierta en ese momento. El pensionado pagará directamente a la 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 aseguradora para que esta comience a facturar al Sistema de Retiro.

- iii. **Decida No Continuar Con Su Plan** - En este caso, el suscriptor deberá comunicarse directamente con la 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 del plan médico. Del suscriptor no entregar las tarjetas, será responsable del pago de la prima o del pago de los servicios utilizados, según lo acordado con Auxilio Salud Plus

El 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 Auxilio Salud Plus, reciba una solicitud del pensionado, a tales efectos.

- f. **Por Separación del Servicio de una Corporación Pública para Acogerse al Retiro** - Si un 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 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 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 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 (ASES) para la acción correspondiente.

Auxilio Salud Plus, reconoce su obligación y se compromete a notificar inmediatamente a la Administración de Seguros (ASES), 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 Administración de Seguros de Salud (ASES) durante el año contrato que pueda afectar la prestación de servicios, de modo que la Administración de Seguros de Salud (ASES) pueda tomar la acción correspondiente. También, Auxilio Salud Plus, notificará a la Administración de Seguros de Salud (ASES) 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 (ASES) emitirá un comunicado a los suscriptores acogidos a Auxilio Salud Plus, informándoles la determinación final o la fecha del período 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 Auxilio Salud Plus, para el debido proceso administrativo.

- i. 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.

- ii. 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 aseguradora y no está sujeto a las fechas límite para hacer cambios.
- iii. Si el plan de servicios de salud es mancomunado, notificará a la Oficina de Recursos Humanos de la agencia donde trabaje el cónyuge mancomunado.
- iv. 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.
- v. 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.
- vi. 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.
- vii. Las licencias sin sueldo deben ser solicitadas por el empleado a la agencia, no se concederán automáticamente.
- viii. 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.

II. Proceso de Preautorización

En los casos en que los beneficios establecidos en el Contrato Uniforme requieran preautorización, Auxilio Salud Plus, no será responsable por el pago de servicios prestados o recibidos, si el suscriptor no ha obtenido la misma. Cuando se requiera preautorización:

- 1) Auxilio Salud Plus, informará por escrito al 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 suscriptor para recibir ese servicio no será menor de treinta (30) días calendario.
- 3) El oficial médico o representante autorizado de Auxilio Salud Plus, 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, Auxilio Salud Plus, tendrá cinco (5) días laborables para contestar su decisión por escrito.
- 6) Si un médico, con conocimiento de la condición de salud del suscriptor, determina presentar una solicitud de cuidado urgente, Auxilio Salud Plus, tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente. Según establecido en la “Ley Especial para Asegurar el Acceso al Tratamiento y Diagnóstico de los Pacientes de Cáncer en Puerto Rico” conocida como “Ley Gabriela Nicole Correa” y aprobada el 1 de agosto de 2020, todo medicamento de cáncer y pruebas diagnósticas contenidas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer (“NCCN Guidelines”) o de las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), serán aprobadas o denegadas, a todo paciente que padezca dicha condición, 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, con el propósito de que no hayan dilaciones innecesarias que pongan en peligro la vida y salud de un paciente de cáncer.

III. Coordinación de Beneficios (COB)

La disposición sobre la Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés) es aplicable cuando una persona tiene cubierta de salud bajo más de un Plan. Plan se define a continuación. Esto ocurre, por ejemplo, cuando tanto el esposo como la esposa trabajan y escogen tener una cubierta familiar bajo ambos patronos.

Cuando usted está cubierto por más de cubierta de salud de tipo grupal, las leyes territoriales les permiten a las compañías seguir un procedimiento conocido como la Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits o COB, por sus siglas en inglés) para determinar cuánto deberá pagar

cada una cada vez que usted tenga una reclamación. El objetivo es establecer que los pagos combinados de todos los planes no sumen más que los gastos del cuidado de salud que está cubierto.

Las reglas sobre la determinación del orden de los beneficios establecen el orden en el cual cada Plan pagará por una reclamación de beneficios. El Plan que paga primero se conoce como el Plan primario. El Plan primario deberá pagar los beneficios de acuerdo con los términos de su contrato sin tomar en cuenta la posibilidad de que otro Plan pudiera cubrir los mismos gastos. El Plan que paga después del Plan primario es el Plan secundario. El Plan secundario puede reducir los beneficios que paga de manera que los pagos de todos los Planes no excedan el 100% del total del Gasto permisible.

Se le requerirá que identifique todos los planes que cubren a los miembros de su familia. Necesitamos esta información para poder determinar si somos el pagador de beneficios “primario” o “secundario”.

1) Aviso a las Personas Cubiertas

Si usted está cubierto por más de un plan de beneficios de salud, deberá someter todas sus reclamaciones con cada uno de los planes.

2) Definiciones

Un Plan es cualquiera de los siguientes que provea beneficios o servicios de cuidado o tratamiento médico o dental. Si se usan contratos separados para proveerles una cubierta coordinada a los miembros de un grupo, los diferentes contratos se consideran partes del mismo plan y no hay COB entre esos contratos separados.

Plan incluye: contratos de cubiertas grupales y no grupales, contratos de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), planes de panel cerrado u otros tipos de cubiertas grupales o de tipo grupal (suscriptores o no suscriptores); los componentes del cuidado médico de los contratos de cuidado a largo plazo, tales como el cuidado de enfermería diestra; beneficios médicos bajo contratos de automóvil grupales o individuales; y Medicare o cualquier otro plan del gobierno federal, según lo permita la ley.

Plan no incluye: cubierta de indemnización de hospital u otra cubierta de indemnización fija; cubierta de accidente solamente; cubierta de enfermedad especificada o accidente especificado; cubierta de salud de beneficio limitado, según la define la ley estatal; cubierta de tipo de accidente

en la escuela; beneficios por los componentes no médicos de las contratos de cuidado a largo plazo; contratos complementarias de Medicare; contratos de Medicaid; o cubierta bajo otros planes del gobierno federal, a menos que lo permita la ley.

Cada contrato para cubierta bajo el (1) o el (2) es un Plan separado. Si un Plan tiene dos partes y las reglas de COB le aplican solo a uno de los dos, cada una de las partes es tratada como un Plan separado.

Este plan significa, en una disposición sobre COB, la parte del contrato que dispone los beneficios de cuidado de salud a los que le aplica la disposición sobre COB que podrían ser reducidos debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que provea beneficios de cuidado de salud es aparte de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición sobre COB a ciertos beneficios, tales como los beneficios dentales, para coordinar solamente beneficios similares, y puede aplicar otra disposición sobre COB para coordinar otros beneficios.

La regla sobre la determinación del orden de los beneficios determina si este plan es un Plan primario o un Plan secundario cuando la persona tiene cubierta de cuidado de salud bajo más de un Plan.

Cuando Este plan es primario, determina el pago de sus beneficios primero, antes de los de ningún otro Plan sin considerar los beneficios de ningún otro Plan. Cuando Este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro Plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del Plan no excedan el 100% del total del Gasto permisible.

Gasto permisible es un gasto de cuidado de salud, inclusive los deducibles, el coaseguro y los copagos, que se cubre al menos en parte por cualquier Plan que cubra a la persona. Cuando un Plan provea beneficios en la forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio será considerado un Gasto permisible y un beneficio pagado. Un gasto que no es cubierto por ningún Plan que cubra a la persona no es un Gasto permisible. Además, cualquier gasto que, a un proveedor, ya sea por ley o de acuerdo con un arreglo contractual, se le prohíba cobrarle a una persona cubierta, no es un Gasto permisible.

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

La diferencia entre el costo de un cuarto de hospital semiprivado y un cuarto de hospital privado no es un Gasto permisible, a menos que uno de los Planes provea cubierta para gastos por un cuarto de hospital privado.

Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que calculan sus pagos de beneficios a base de los cargos usuales y acostumbrados o una metodología de reembolso de itinerario del valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier cantidad en exceso de la cantidad más alta de reembolso por un beneficio en específico no es un Gasto permisible.

Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que proveen beneficios o servicios a base de cargos negociados, cualquier cantidad en exceso del más alto de los cargos negociados no es un Gasto permisible.

Si una persona está cubierta por un Plan que calcula sus beneficios o servicios a base de los cargos usuales y acostumbrados o una metodología de reembolso de itinerario del valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro Plan que provee sus beneficios o servicios a base de cargos negociados, el acuerdo de pago del Plan primario será el Gasto permisible para todos los Planes. Sin embargo, si el proveedor ha contratado con el Plan secundario para proveer el beneficio o servicio por un cargo específico negociado o una cantidad de pago que es diferente del arreglo de pago del Plan primario y si lo permite el contrato del proveedor, el cargo o el pago negociado será el Gasto permisible usado por el Plan secundario para determinar sus beneficios.

La cantidad de cualquier reducción de beneficio por el Plan primario debido a que una persona cubierta no ha cumplido con las disposiciones del Plan no es un Gasto permisible.

Un plan de panel cerrado es un Plan que provee beneficios de cuidado de salud a las personas cubiertas primordialmente en la forma de servicios mediante un panel de proveedores que han contratado con o están empleados por el Plan, y eso excluye cubierta de los servicios provistos por otros proveedores, excepto en los casos de emergencia o de referidos por un miembro del panel.

El padre custodio es el padre al que se le ha adjudicado la custodia por decreto judicial o, en la ausencia de un decreto judicial, es el padre con el cual el niño reside más de la mitad del año calendario, excluyendo cualquier visita temporera.

3) Reglas para la Determinación del Ordene de los Beneficios

Cuando una persona está cubierta por dos o más Planes, las reglas para determinar el orden del pago de beneficios son las siguientes:

a) El Plan primario paga o provee sus beneficios de acuerdo con sus términos de cubierta y sin considerar los beneficios bajo ningún otro Plan.

(1) Excepto según lo dispone esta cubierta, un Plan que no contenga una disposición sobre coordinación de beneficios que concuerde con esta reglamentación siempre es primario a menos que las disposiciones de ambos Planes establezcan que el plan que cumple es primario.

La cubierta que se obtiene en virtud de la membresía a un grupo que está diseñado para suplementar una parte de un paquete básico de beneficios y dispone que está cubierta suplementaria será en exceso de cualquier otra parte del Plan provisto por el tenedor del contrato. Ejemplos de estos tipos de situaciones son las cubiertas de gastos mayores que se superponen a los

beneficios básicos del plan de hospital y cirugía, y las cubiertas que se redactan con relación a un Plan de panel cerrado para proveer beneficios fuera de la red.

Un Plan puede considerar los beneficios pagados o provistos por otro Plan al calcular el pago de sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro Plan.

Cada Plan determina su orden de beneficios usando la primera de las siguientes reglas que sea aplicable:

No Dependiente o Dependiente. El Plan que cubre a la persona de otra manera que no sea como un Dependiente, por ejemplo, como un empleado, un afiliado, un tenedor del contrato, un suscriptor o un pensionado es el Plan primario y el Plan que cubra a la persona como un Dependiente es el Plan secundario. Sin embargo, si la persona es un beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al Plan que cubre a la persona como un Dependiente; y primario al Plan que cubre a la persona de otra manera que no sea como un Dependiente (por ejemplo, un empleado pensionado); entonces el orden de beneficios entre los dos Planes se invierte de manera que el Plan que cubre a la persona como un empleado, un afiliado, un tenedor del contrato, un suscriptor o un pensionado sea el Plan secundario y el otro Plan sea el Plan primario.

Hijo Dependiente Cubierto Bajo Más de Un Plan. A menos que exista un decreto judicial que declare lo contrario, cuando un hijo Dependiente está cubierto por más de un Plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:

Para un hijo Dependiente cuyos padres están casados o vivan juntos, hayan o no estado casados alguna vez:

El Plan del padre cuyo cumpleaños sea más temprano en el año calendario será el Plan primario; o

Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el Plan que haya cubierto al padre por más tiempo es el Plan primario.

b) Para un hijo Dependiente cuyos padres estén divorciados o separados o no vivan juntos, hayan o no estado casados alguna vez:

Si el decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de cuidado de salud o la cubierta de cuidado de salud del hijo Dependiente y el Plan de ese padre tiene conocimiento de esos términos, ese Plan es primario. Esta regla es aplicable a los años del plan que comiencen después de que el Plan haya sido notificado del decreto judicial;

Si un decreto judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de cuidado de salud o la cubierta de cuidado de salud del hijo Dependiente, las disposiciones del Sub---párrafo (a) arriba determinará el orden de los beneficios;

Si un decreto judicial establece que los padres tienen custodia compartida sin especificar que un padre tiene la responsabilidad de los gastos de cuidado de salud o la cubierta de cuidado de salud del hijo Dependiente, las disposiciones del Sub---párrafo (a) arriba determinará el orden de los beneficios; o

Si no hay un decreto judicial que adjudique la responsabilidad de los gastos de cuidado de salud o la cubierta de cuidado de salud del hijo Dependiente, el orden de los beneficios para el niño será como sigue:

El Plan que cubre al padre Custodio;

El Plan que cubre al cónyuge del padre Custodio;

El Plan que cubre al padre no custodio; y entonces

El Plan que cubre al cónyuge del padre no custodio.

c) Para un hijo Dependiente cubierto bajo más de un Plan de individuos que son los padres del niño, las disposiciones del Sub---párrafo (a) o (b) arriba determinarán el orden de los beneficios tal y como si esos individuos fuesen los padres del niño.

Empleado Activo o Empleado Pensionado o Despedido. El Plan que cubra a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que ni ha sido despedido ni se ha pensionado, es el Plan primario. El Plan que cubra a esa misma persona como un empleado pensionado o despedido es el Plan secundario. Lo mismo sería cierto si una persona es un Dependiente de un empleado activo y esa misma persona es un Dependiente de un empleado pensionado o despedido. Si el otro Plan no tiene esta regla y, como resultado, los Planes no acuerdan el orden de beneficios, esta regla es ignorada. Esta regla no es aplicable si la regla denominada D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

COBRA o la Cubierta de Continuación del Estado. Si una persona cuya cubierta sea provista a tenor con la ley COBRA o bajo un derecho de continuación provisto por una ley estatal u otra ley federal está cubierta bajo otro Plan, el Plan que cubre a la persona como un empleado, un afiliado, un suscriptor o un pensionado o que cubre a la persona como un Dependiente de un empleado, un afiliado, un suscriptor o un pensionado es el Plan primario y la cubierta de COBRA o estatal u otra cubierta de continuación federal es el Plan secundario. Si el otro Plan no tiene esta regla y, como resultado, los Planes no acuerdan el orden de beneficios, esta regla es ignorada. Esta regla no es aplicable si la regla denominada D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

Cubierta Más Larga o Más Corta. El Plan que cubrió a la persona como un empleado, un afiliado, un tenedor del contrato, un suscriptor o un pensionado por más tiempo es el Plan primario y el Plan que cubrió a la persona por el periodo más corto es el Plan secundario.

Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los Gastos permisibles serán compartidos equitativamente entre los Planes que satisfagan la definición de Plan. Además, Este plan no pagará más de lo que habría pagado de haber sido el Plan primario.

4) Efecto en los Beneficios de este Plan

Cuando Este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de manera que el total de los beneficios pagados o provistos por todos los Planes durante un año del plan no excedan el total de Gastos permisibles. Al determinar la cantidad que se deberá pagar por una reclamación, el Plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en la ausencia de la otra cubierta de cuidado de salud y le aplicará esa cantidad calculada a cualquier Gasto permisible bajo su Plan que no haya sido pagado por el Plan primario. El Plan secundario entonces podrá reducir su pago por dicha cantidad de manera que, al combinarse con la cantidad pagada por el Plan primario, el total de beneficios pagados o provistos por todos los Planes por la reclamación no exceda el total del Gasto permisible para dicha reclamación. Además, el Plan secundario deberá acreditarle a su deducible del plan cualquier cantidad que le habría acreditado a su deducible en la ausencia de otra cubierta de cuidado de salud.

Si una persona cubierta está afiliada a dos o más Planes de panel cerrado y si, por alguna razón, inclusive la provisión de un servicio por un proveedor de fuera del panel, los beneficios no son pagaderos por uno de los Planes de panel cerrado, la COB no será aplicable entre ese Plan y otros Planes de panel cerrado.

IV. Conversión

- 1) **Derecho a Convertir** - Un suscriptor cubierto bajo Auxilio Salud Plus, tendrá derecho a que se le emita una cubierta de mercado individual también conocidas como cubiertas de pago directo, bajo las siguientes circunstancias:
 - a. Su cubierta cesa por razón de finalizar su empleo.
 - b. Su cubierta cesa porque deja de pertenecer a la clasificación que lo hacía elegible.
 - c. El Plan Médico termina por cualquier causa, incluyendo expiración, terminando la cubierta para todos los suscriptores.
 - d. EL Plan Médico se enmienda de tal forma que termina la cubierta para la categoría de suscriptores a la que pertenece la persona.
- 2) **Extensión del Derecho de Conversión** - El derecho de conversión es extensivo al cónyuge y/o hijos dependientes y/u otros dependientes opcionales:

- a. Si ocurre la muerte del suscriptor principal.
 - b. 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 Auxilio Salud Plus, 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 la Administración de Seguros de Salud (ASES) y Auxilio Salud Plus
- 4) **Obligación de Notificar – Auxilio Salud Plus**, 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 la Administración de Seguros de Salud (ASES) y Auxilio Salud Plus
- 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 la Administración de Seguros de Salud (ASES) y Auxilio Salud Plus, tendrá un periodo adicional durante el cual podrá ejercer su derecho. El periodo adicional expirará quince (15) días después de habersele notificado, pero en ningún caso se extenderá el término para ejercer el derecho a conversión luego de haber transcurrido más de un (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 Auxilio Salud Plus, 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 Auxilio Salud Plus, 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 de Puerto Rico. 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.

- 7) **Prima** - La prima por cobrar en el contrato individual o familiar a ofrecer será igual a la tarifa aprobada por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico en el mercado de cubiertas individuales. Dicho contrato será hasta la fecha de vigencia según establecida por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. En el caso de que se extienda el contrato grupal a la persona con derecho a convertir, se deberá cobrar, mediante pago directo, la prima individual según contratada con la Administración de Seguros de Salud (ASES) que corresponda a este contrato. En ningún momento se requerirá al suscriptor el pago por adelantado de prima por más de un mes. Luego que finalice el contrato con la Administración de Seguros de Salud (ASES), si Auxilio Salud Plan, Inc., tiene un contrato de pago directo autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, tiene que ofrecer dicho contrato a todo suscriptor que interese continuar con Auxilio Salud Plus
- 8) **Personas Cubiertas** - El contrato de mercado individual 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 da la cláusula de conversión. Si algunos de los integrantes del grupo familiar, incluyendo dependientes opcionales, continuaran cubiertos bajo el plan grupal, se emitirá uno o más contratos individuales, 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.
- 9) **Fecha de Efectividad** - El contrato individual tendrá efectividad a los 30 días de haber terminado la cubierta bajo el contrato grupal, si el mismo se solicita dentro de dicho término de 30 días. Si se concede un período adicional para ejercer el derecho a convertir, según se provee en el apartado (5) y si la solicitud escrita para dicho contrato individual o familiar de pago directo se somete acompañada por la primera prima, durante el período adicional otorgado, la fecha de efectividad del contrato individual de pago directo será la fecha de terminación del contrato grupal.
- 10) **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 período dentro del cual hubiere cualificado para que se le emitiera dicho contrato individual de pago directo, incluyendo cualquier período adicional a que tenga derecho por virtud del apartado (9) 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, Auxilio Salud Plus, tendrá derecho a requerir del suscriptor el pago de la prima correspondiente al período 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.

V. Resumen de sus Beneficios Médicos Básicos

1) Disposiciones generales

- a. **Acceso cubiertas para dependientes en combinación con complementaria de Medicare** - Se requiere que si el pensionado se acoge a la cubierta complementaria del Programa de Medicare y tiene un cónyuge o dependientes directos que no cualifican para Medicare, se establezcan tarifas bajo las diferentes alternativas de los planes básicos ofrecidos que sean aplicables a dichos cónyuges o dependientes directos menores de 65 años. Las tarifas tendrán que ser iguales con relación a las ofrecidas a los demás cónyuges o dependientes directos acogidos a tales planes bajo su cubierta familiar.
- b. **Acciones civiles** - No se entablará alguna acción civil para recobrar cualesquiera derechos con arreglo a este contrato antes de transcurrir 60 días contados a partir de haberse suministrado prueba escrita de la pérdida. No se entablará ninguna acción luego de transcurridos 3 años contados a partir de la fecha en que se requiere que se suministre prueba escrita sobre la reclamación.
- c. **Cancelación individual** – Auxilio Salud Plus, podrá cancelar la cubierta de cualquier suscriptor bajo el Plan Médico en cualquier momento cuando el suscriptor:
 - i. Haya presentado o haya hecho presentar una reclamación falsa o fraudulenta, para el pago de una reclamación bajo este contrato, o
 - ii. Cuando el suscriptor denota patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por Auxilio Salud Plus
 - iii. Cuando el suscriptor adeude el pago de la prima.
 - iv. La cancelación se hará mediante aviso por escrito entregado al suscriptor, o enviado por correo a su última dirección según demuestren los archivos de Auxilio Salud Plus El aviso, que también se enviará al patrono, indicará la fecha en que será efectiva la cancelación, la que será mayor de 30 días calendarios contados a partir de la fecha del matasellos del correo postal que aparece en la carta.
- d. **Cobro de diferencias por tipo de acomodo en el hospital** - Ningún suscriptor que sea hospitalizado en una habitación privada o semiprivada vendrá obligado a pagar

cantidad alguna o adicional a un médico participante por los servicios que preste y que estén cubiertos por Auxilio Salud Plus

- e. **Derechos personales** - El 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 Auxilio Salud Plus, se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que el suscriptor, con su consentimiento expreso o tácito, permita que personas no aseguradas o suscritas utilicen la tarjeta de suscriptor expedida a su favor por Auxilio Salud Plus. El recobro de tales gastos no impedirá que Auxilio Salud Plus, cancele el contrato de dicho suscriptor, si así lo decidiera, en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la presentación de una querrela para que se enjuicie criminalmente al suscriptor o la persona que haya utilizado ilegalmente la tarjeta.
- f. **Interpretación liberal** - De surgir dudas con respecto a las limitaciones y exclusiones en este contrato, las mismas se interpretarán según lo establecido en este documento.
- g. **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:
 - i. El asegurado o suscriptor dará aviso por escrito de cualquier reclamación a Auxilio Salud Plus, tan pronto le sea razonablemente posible, sin exceder de seis (6) meses contados a partir de la fecha en que recibió el servicio.
 - ii. Auxilio Salud Plus, Inc, suministrará al 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.
 - iii. El 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 contado a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la evidencia.
 - iv. 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:

1. Auxilio Salud Plus, reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base del cien por ciento (100%) de las cantidades que Auxilio Salud Plus, hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos.
 2. 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.
 3. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, Auxilio Salud Plus, 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. Auxilio Salud Plus, 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 Auxilio Salud Plus, para ofrecer los mismos servicios, según la Ley 194 del 25 de agosto de 2002.
- v. Pago de gastos por servicios de proveedores no participantes en caso de planes de libre selección de los servicios de emergencia mientras el suscriptor esté de viaje en Estados Unidos de América y sus territorios.
1. 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, Auxilio Salud Plus, 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.

- h. 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.
- i. Tarjeta de identificación** - 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.
- j. Vencimientos de prima** - Período de Gracia Las primas bajo este contrato serán pagaderas mensualmente al final de cada mes. “EL PLAN” concede un período de gracia de 30 días para el pago de cualquier prima, comenzando dicho período en la fecha en que la prima es pagadera.
- k. Tiempo para autorización de servicios** – Auxilio Salud Plus, se compromete a entregar al suscriptor la pre-autorización de servicios no más tarde de 15 días laborables contados a partir de la entrega de la orden médica, excepto en casos de urgencia, el cual será no más tarde de 24 horas de haberle sido solicitada.
- l. Bebidas embriagantes y narcóticos** – Auxilio Salud Plus, no será responsable por ninguna pérdida sufrida o contraída como consecuencia del suscriptor hallarse ebrio o bajo la influencia de un narcótico, a menos que fuere por prescripción médica.
- m. Ocupación ilegal** - Auxilio Salud Plus, no será responsable de ninguna pérdida que haya tenido como causa contributiva a la comisión de un delito grave por el suscriptor, o el intento de cometerlo, o que haya tenido como causa contributiva el hallarse el suscriptor dedicado a una ocupación ilegal excepto en caso de violencia o condición médica.

- n. **Rescisión** - Auxilio Salud Plus, se reserva el derecho a rescindir el contrato (invalidar retroactivamente a la fecha original de vigencia) de cualquier suscriptor debido a falsa representación de un hecho material o fraude. Auxilio Salud Plus, podrá cancelar la cubierta dispuesta en este contrato o la cubierta de cualquier suscriptor cuando usted o cualquiera de los suscriptores presenten o hagan presentar una reclamación falsa o fraudulenta, u otra documentación fraudulenta o falsa con el propósito de que Auxilio Salud Plus, pague una reclamación por beneficios permitidos en sus cubiertas. La notificación para esta cancelación se hace por escrito y se le entregará al suscriptor, o se enviará por correo a su última dirección en sistema, según demuestren los archivos de Auxilio Salud Plus, no menos de 30 días antes de la fecha de cancelación. Para tomar esta determinación, no importa; (a) la fecha en que se cometió tal acto, (b) la fecha ni el modo en que fue descubierto tal acto; (c) o cuando tales personas presentaron patrones de abusos fraudulentos o fraude en la utilización de los beneficios provistos por este contrato.

VI. Cubierta Básica

1) Beneficios

Auxilio Salud Plus, 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 Auxilio Salud Plus, siempre y cuando estos servicios sean brindados en Puerto Rico.

- 1) **Servicios de Hospitalización** - Auxilio Salud Plus, 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 Médico, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico-cirujano a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria.
- 2) **Servicios Médico-quirúrgicos durante períodos de hospitalización** - Auxilio Salud Plus, 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 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 suscriptor. Auxilio Salud Plus, velará por que esto se cumpla.

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

3) **Servicios en Salas de Emergencias** - Estos servicios estarán disponibles durante las 24 horas del día, todos los 365 días del año y de acuerdo con la definición del Secretario de Salud. Se presume que las siguientes condiciones requieren servicios de emergencia:

- a. Accidentes traumáticos
- b. Fracturas
- c. Dislocaciones
- d. Heridas y laceraciones
- e. Cólicos renales y hepáticos
- f. Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria
- g. Embolias pulmonares
- h. Ataque agudo de asma bronquial
- i. Dificultad respiratoria
- j. Vómitos y diarreas severas, con o sin deshidratación
- k. Dolor abdominal agudo
- l. Convulsiones
- m. Reacciones febriles persistentes
- n. Episodios neurológicos
- o. Estado de choque (“shock”) y coma de cualquier orden
- p. Estado de pérdida de conocimiento o de obnubilación o desorientación súbita
- q. Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia
- r. Cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz y otras cavidades naturales
- s. Envenenamientos por indigestión, inhalación
- t. Hemorragias de todo tipo
- u. Quemaduras
- v. Retención aguda de orina
- w. Presencia súbita de sangre en la orina, con o sin dolor (hematuria súbita)
- x. Retención aguda del prepucio (parafimosis)
- y. Pérdida súbita de la visión por cualquiera de los ojos o ambos

- z. Dolor agudo en el pecho
 - aa. Emergencias de condiciones mentales
 - bb. Otros de acuerdo con el protocolo establecido en servicios de emergencias
- 4) **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.

VII. Tabla de copagos, coaseguros y preautorizaciones

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
SERVICIOS MÉDICOS	COPAGOS Y COASEGUROS		
Servicios en Hospitalizaciones			
Hospitalización (Habitación Semi-Privada hasta un máximo de 365 días) e Instalaciones Hospitalarias de Cuidado Extendido I Centros de Rehabilitación; Servicios Apoyo/ Pruebas Diagnósticas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada; aplica \$200 de copago; aplica \$0 copago dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada; aplica \$125 de copago; aplica \$0 copago dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.
Unidad de Cuidado /Intensivos, Cuidado Intermedio, Cuidado Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricas y Unidad de Cuidados Neonatal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Habitación de Aislamiento	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	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 la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Oxígeno y su administración	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Materiales y/o Suplidos Desechables	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Dietas Regulares y Especiales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Servicio regular de Cuidado Hospitalario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Otros Servicios en Hospitalizaciones			
Cirugía Bariátrica	\$200 de copago Sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización. Limitado a uno (1) por vida.	\$125 de copago Sujeto a necesidad médica. Requiere pre-autorización. Limitado a uno (1) por vida.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago. Hasta uno (1) por vida y aplica protocolo médico
Cirugía Ortognática (osteotomía mandibular y maxilar)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización. Gastos relacionados a los materiales están excluidos.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización. Gastos relacionados a los materiales están excluidos.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Anestesia y su Administración incluyendo sedación	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Transfusiones de sangre incluyendo los componentes del proceso autólogo y pruebas de compatibilidad (Plasma y Plasmaféresis)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluyendo su administración y las pruebas de compatibilidad		
Pruebas de diagnóstico, radiografías y laboratorios clínicos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Sonogramas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Tomografía Computadorizada	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Angiografía Digital y Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Terapia Física	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Radioterapia/Quimioterapia	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica \$200 de copago por la hospitalización	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica \$125 de copago por la hospitalización	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica \$75 de copago por la hospitalización
Otros Servicios en Hospitalizaciones			
Tratamientos para Condiciones Renales (Diálisis y 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 y Hemodiálisis		
Terapias Respiratorias	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Procedimientos Quirúrgicos para Beneficios Incluidos en la Cubierta Básica durante la hospitalización	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Servicios y Consultas de Médicos Especialistas, Sub-Especialistas y Cirujanos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cuidado de Salud en el Hogar	Cubierto al 100%; aplica \$30 de copago por visita	Cubierto al 100%; aplica \$20 de copago por visita	Cubierto al 100%; aplica \$15 de copago por visita
“Skilled Nursing Facilities”	Cubierto al 100% de tarifa contratada., hasta 60 días por año contrato.		
Cirugía Neurológica, Cerebrovascular, Cardiovascular y PTCA	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Tratamientos para Autismo, incluyendo, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas, terapias ocupacionales, pruebas inmunológicas, pruebas gastroenterología, servicios de nutricionistas y servicios sicólogos, ilimitados según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012 (Ley BIDA).	Cubierto al 100% de la 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.		
Programa de Cuidado de Hospicio	Cubierto a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores. Requiere pre-autorización.		
Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones	Cubierto al 100% de tarifa contratada, como cualquier 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, Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores “Major Medical”)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Las bandejas para cirugía ortopédica, neurológicas, implantes y prótesis estarán cubierta a través de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Las bandejas para cirugía ortopédica, neurológicas, implantes y prótesis estarán cubierta a través de Gastos Médicos Mayores.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.		
Pruebas de Gases Arteriales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.		
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.		
Hiperalimentación Parenteral y Enteral	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Otros Servicios en Hospitalizaciones			
Cirugía Maxilofacial, cuando sea necesaria por motivo de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia del contrato y llevada a cabo durante el periodo de cubierta no más tarde de noventa (90) días a partir de la fecha del accidente.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	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 el Plan y el Hospital.	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.		
Hospitalizaciones: Salud Mental “Behavioral”			
Hospitalización Siquiátrica / Condiciones Mentales	\$200 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$125 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.
Hospitalización Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	\$200 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$125 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.
Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Hospitalizaciones Parciales para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	\$150 de copago	\$100 de copago	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.
Hospitalizaciones Parciales para Condiciones Mentales	\$150 de copago	\$100 de copago	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.
Tratamiento para dejar de fumar	Cubierto a base de la tarifa contratada para el servicio. Hasta \$400 por año contrato.		
Vistas pacientes hospitalizados por Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% aplica de copago según especialista.		
Vistas Ambulatorias por Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% aplica de copago según especialista.		
Facilidades de Cirugía Ambulatoria			
Cirugías Ambulatorias en Hospitales o Facilidades destinadas a brindar este tipo de servicios	\$200 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$150 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago
Servicios de Médicos y Cirujanos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Litotricia Extracorporánea Renal	40% de coaseguro. Requiere pre-autorización. Hasta uno (1) por año contrato.	35% de coaseguro. Requiere pre-autorización. Hasta uno (1) por año contrato.	Cubierto al 100%, aplica 20% coaseguro
Criocirugía	\$200 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida. Limitado a uno (1) por año contrato.	\$150 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida. Limitado a uno (1) por año contrato.	Cubierto al 100% de tarifa contratada., una (1) por año contrato
Ginecomastía	\$200 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida. Aplica protocolo médico.	\$150 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida. Aplica protocolo médico.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Sala de Emergencias / Sala de Urgencias Enfermedad Aguda			
Emergencia Enfermedad Aguda	\$80 de copago \$40 copago dentro de la Red Preferida	\$50 de copago \$ 25 copago dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$40 de copago
Enfermedad Traumática o Accidente	Cubierto al 100% de tarifa contratada, sujeto a necesidad médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, sujeto a necesidad médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Laboratorio y Radiografías cuando no son parte de la tarifa de Sala de Emergencias	40% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	35% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Si es admitido	\$200 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$125 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago
Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)			
Generalista	\$12 de copago \$0 dentro de la Red Preferida	\$10 de copago \$0 dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100%, aplica \$8 de copago.
Especialista	\$18 de copago	\$15 de copago	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago.
Sub-Especialista	\$20 de copago	\$18 de copago	Cubierto al 100%, aplica \$15 de copago.
Endoscopia I Colonoscopia(Instalaciones para pacientes No Hospitalizados)	40% de coaseguro 35% de coaseguro dentro de la Red Preferida	35% de coaseguro 25% de coaseguro dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Cuidado Post-Operatorio; Visitas (Oficina del Médico) Segunda Opinión	Cubierto al 100%, aplica copago de visitas en oficina	Cubierto al 100%, aplica copago de visitas en oficina	Cubierto al 100%, aplica copago de visitas en oficina
“Skilled Nursing Facilities”	Cubierto al 100%, hasta 60 días por año contrato.	Cubierto al 100%, hasta 60 días por año contrato.	Cubierto al 100%, hasta 60 días por año contrato.
Segunda Opinión	Cubierto al 100%, aplica copago de visitas en oficina	Cubierto al 100%, aplica copago de visitas en oficina	Cubierto al 100%, aplica copago de visitas en oficina
Podiatría (Visita)	\$18 de copago	\$15 de copago	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago
Podiatría (Procedimiento quirúrgicos)	\$18 de copago	\$15 de copago	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Tratamientos para Autismo, incluyendo, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas, terapias ocupacionales, pruebas inmunológicas, pruebas gastroenterología, servicios de nutricionistas y servicios sicólogos, ilimitados según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Pruebas de Alergia	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Vacunas contra Alergias	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Quiropráctico	\$18 de copago. Máximo de 15 manipulaciones por año, en combinación con servicios de terapia física.	\$15 de copago. Máximo de 15 manipulaciones por año, en combinación con servicios de terapia física.	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago, hasta 20 sesiones por año, en combinación con servicios de terapia física
Nutricionista	\$18 de copago. Hasta 12 visitas por año contrato. Incluye dietistas.	\$15 de copago. Hasta 12 visitas por año contrato. Incluye dietistas.	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago, hasta 12 sesiones por año
Ambulancia terrestre	Hasta \$80.00 por reembolso por viaje.		
Ambulancia aérea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplican protocolos. Hasta un viaje por año contrato; sujeto a necesidad médica si no es emergencia. No aplica si el evento es fuera de Puerto Rico.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplican protocolos. Hasta un viaje por año contrato; sujeto a necesidad médica si no es emergencia. No aplica si el evento es fuera de Puerto Rico.	Cubierto al 100%, aplica protocolos; sólo en Puerto Rico.
Radioterapia/Quimioterapia Inyectable y Oral	20% de coaseguro	20% de coaseguro	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Inyecciones Intra-Articulares	Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) inyecciones por año contrato. Aplica copago de visita médica.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Bloqueo Neurológico Selectivo e Inyecciones Epidurales de Esteroides	40% de coaseguro. Aplica copago de visita médica.	35% de coaseguro. Aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% y copagos de visitas en la oficina
Trabajador Social	A través de reembolso, aplica \$20 de copago.	A través de reembolso, aplica \$20 de copago.	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago, a través de reembolso
Diálisis y Hemodiálisis	20% de coaseguro cubierto por los primeros 90 días a partir del diagnóstico.		
Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)			
Ventiladores para menores de 21 años que usen de por vida y un turno de enfermería diestra por 8 horas incluye materiales o suplidos, terapia física y terapia ocupacional, según requerido por ley.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, Incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento en terapias respiratorias, relacionados con el uso del ventilador mecánico así como las terapias físicas y ocupacionales hasta un máximo de 8 horas de servicio diario para pacientes menores de 21 años. Estos servicios están cubiertos sujeto a evidencia y de justificación médica. Además de evidencia de inscripción en el registro que el Departamento de Salud definió para este diagnóstico y tratamiento. También incluye suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos relacionados con ventiladores mecánicos.		
Servicios para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones	Cubierto al 100%, aplica copago y coaseguro según el servicio prestado.		
Gamma Knife	40% de coaseguro. hasta una (1) prueba por año contrato.	35% de coaseguro. hasta una (1) prueba por año contrato.	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Servicios Ambulatorios de Rehabilitació a corto plazo y medicina física			
Terapias Ocupacionales	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica \$7 de copago.		
Terapias Físicas	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica \$7 de copago, hasta 20 terapias por año, en combinación con servicios de quiroprácticos.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Servicio de Rehabilitación	\$7 de copago Hasta 20 terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.	\$7 de copago Hasta 20 terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.	Al menos para 20 terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.
Terapias Respiratorias	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica \$10 de copago	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica \$10 de copago	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica \$7 de copago
Terapias del Habla	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica \$10 de copago	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica \$10 de copago	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica \$7 de copago
Laboratorios Clínicos, Radiologías y Pruebas Especializadas			
Laboratorios Clínicos	40% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	35% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro.
Laboratorios Patológicos	40% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	35% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100%
Rayos X	40% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	35% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro.
Exámenes de Pre-Admisión a 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.
Laboratorio Cardiovascular No Invasivo (Persantine o Thallium)	40% de coaseguro. Uno (1) de cada tipo por año contrato.	35% de coaseguro. Uno (1) de cada tipo por año contrato.	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro; uno (1) de cada tipo por año contrato
Holter Test	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Cardiac Color Flow Doppler	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Laboratorio Periferovascular No Invasivos	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
CTScan	45% de coaseguro 35% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Máximo dos (2) por año contrato.	35% de coaseguro 25% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Máximo dos (2) por año contrato.	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Laparoscopias	\$200 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$125 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago
Densitometría ósea (Densidad del Hueso)	40% de coaseguro. Hasta una (1) prueba por año contrato.	35% de coaseguro. Hasta una (1) prueba por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) prueba por año contrato
Criocirugía del útero	40% de coaseguro. Hasta una (1) prueba por año contrato.	35% de coaseguro. Hasta una (1) prueba por año contrato.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) procedimiento por año contrato
Ecocardiograma	40% de coaseguro. Hasta dos (2) prueba por año contrato.	35% de coaseguro. Hasta dos (2) prueba por año contrato.	Cubierto al 100% aplica 30% de coaseguro, hasta dos (2) prueba por año contrato.
Electrocardiogramas	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Electromiogramas	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Electroencefalograma (EEG)	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Electroencefalograma (EEG) de 24 horas	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
MRI	40% de coaseguro 35% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Hasta una (1) prueba por año contrato	35% de coaseguro 25% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Hasta una (1) prueba por año contrato	Cubierto al 100%, aplica 30% coaseguro, hasta uno (1) prueba por año contrato

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
MRA	40% de coaseguro35% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Hasta una (1) prueba por año contrato	35% de coaseguro25% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Hasta una (1) prueba por año contrato	Cubierto al 100%, aplica 30% coaseguro, hasta uno (1) prueba por año contrato
Medicina Nuclear	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Estudio Neurológico (Periférico, Cerebral, Vascular No Invasivo)	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Procedimientos Diagnósticos Invasivos: Cardiovasculares (Cateterismo), Cerebrovasculares, Neurológicos (Angiografías Cerebrales, Mielograma), Radiología Invasiva	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
PET/CTScan	40% de coaseguro 35% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Hasta una (1) prueba por año contrato. Requiere pre-autorización.	35% de coaseguro 25% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Hasta una (1) prueba por año contrato. Requiere pre-autorización.	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Estudio del Sueño (Polisomnografía)	40% de coaseguro Hasta una (1) prueba por año contrato. Requiere pre-autorización.	35% de coaseguro Hasta una (1) prueba por año contrato. Requiere pre-autorización.	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
PET Scan (Positron Emission Tomography Scan)	40% de coaseguro 35% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Hasta una (1) prueba por año contrato. Requiere pre-autorización.	35% de coaseguro 25% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Hasta una (1) prueba por año contrato. Requiere pre-autorización.	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Sonogramas	40% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	35% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Pruebas de Velocidad de Conducción Nerviosa "Nerve Conduction Velocity Tests"	40% de coaseguro Hasta dos (2) prueba por año contrato.	35% de coaseguro Hasta dos (2) prueba por año contrato.	Cubierto al 100% aplica 30% de coaseguro, hasta dos (2) prueba por año contrato.
Tomografía	40% de coaseguro Hasta una (1) prueba por año contrato.	35% de coaseguro Hasta una (1) prueba por año contrato.	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Prueba de Esfuerzo "Stress Test "	40% de coaseguro Hasta una (1) prueba por año contrato.	35% de coaseguro Hasta una (1) prueba por año contrato.	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Timpanometría y Audiometría	40% de coaseguroHasta una (1) prueba por año contrato.	35% de coaseguroHasta una (1) prueba por año contrato.	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Manometría de Esófago	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Potenciales Evocados	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Pruebas de Funciones Pulmonares	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Cuidado de Salud Visual			
Receta y Monturas	Exámen de la vista (refracción) uno (1) por año contrato. Aplica \$10 de copago. Receta y monturas hasta un máximo de \$150 por año contrato. Beneficios son cubiertos por proveedores participantes. De no ser participante el proveedor, aplicará el reembolso por los servicios de receta y montura hasta el tope de \$150 establecido en la cubierta.		
Beneficios de Maternidad			
Visita Inicial para Confirmar el Embarazo	\$18 de copago	\$15 de copago	Cubierto al 100% de tarifa contratada., aplica \$10 copago
Todas las visitas prenatales subsiguientes, visita postnatal y gastos por parto	\$18 de copago	\$15 de copago	Cubierto al 100% de tarifa contratada., aplica \$10 copago

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Hospitalización para Parto	\$200 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$125 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago
Hospitalización para Parto por Cesárea	\$200 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	\$125 de copago \$0 copago dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago
Servicios Médicos de Ginecología y Obstetricia durante el parto o cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada., incluidos en la hospitalización
Sala de Parto y Recuperación Incubadora "Nursery"	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedio, Coronario y de Cuidado Intensivo Neonatal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Monitoreo Fetal en Paciente Hospitalizado (Producción e Interpretación)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de 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. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Amniocentesis Genética	40% de coaseguro	35% de coaseguro	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
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. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Aborto Involuntario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Cuidado del Bebe	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Prueba Universal Neonatal de Cernimiento Auditivo según ley 311 con fecha del 19 de diciembre 2003	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Sonogramas Obstétricos	40% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	35% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Vacuna RhoGAM	Cubierto al 100% de 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 tarifa contratada, durante la hospitalización de la madre.		
Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes			
Beneficios Detallados para la Maternidad de Dependientes	40% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está hospitalizada.	35% de coaseguro 0% de coaseguro dentro de la Red Preferida. Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está hospitalizada.	Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está hospitalizada.

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Perfil biofísico	40% de coaseguro Hasta una (1) prueba por año contrato.	35% de coaseguro Hasta una (1) prueba por año contrato.	Cubierto al 100% 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
Bomba de lactancia Manual (No incluye los materiales)	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.		
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Patient Protection and Affordable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)			
ASP Contigo 24/7	Cubierto		
Examen Anual (Laboratorios clínicos y radiologías)	Cubierto al 100% de tarifa contratada; aplican copagos y coaseguros de acuerdo al servicio brindado. Los servicios preventivos según definidos por la United States Preventive Services Task Force.		
Todos los servicios preventivos según definido por la United States Preventive ServicesTask Force	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Pap Test (ThinPrepPAP)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Nutricionista	\$18 de copago. Hasta 12 visitas por año contrato.	\$15 de copago. Hasta 12 visitas por año contrato.	Cubierto al 100% de 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 tarifa contratada.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
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	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Suplemento de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Los servicios preventivos requeridos por las leyes federales, Pateint Protection and Affortable Care Act, Law 111-148(PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act 2010, Law 111-152(HCERA)			
Cernimiento de colesterol o trastorno de los lípidos para hombres entre, las edades de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; hombres de 35 años de edad o mayores; mujeres de 45 años de edad o mayores, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; y para niños de todas las edades, mujeres de 45 años de edad o mayores si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria así como a mujeres de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorrectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de depresión para adultos y cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, sicoterapia, (cognoscitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Pruebas de cernimiento para VIH en adolescentes en alto riesgo y adultos desde 15 a 65 años. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse y todas las mujeres embarazadas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m ² o más, deben ser referidos para intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de tabaco para todos los adultos e intervenciones para el cese de su uso en usuarios de tabaco; consejería extendida a mujeres fumadoras embarazadas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación en la primera visita prenatal	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; cada dos años para mujeres entre 50 y 75 años de edad	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de cáncer cervical para mujeres sexualmente activas entre las edades de 21 a 65 años por medio de citología (PaP cada tres años). Prueba de virus del papiloma humano en combinación con citología cada 5 años para mujeres entre las edades de 30 a 65 años	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento para infección de clamidia en todas las mujeres embarazadas o no, de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Todos los métodos anticonceptivos para las mujeres aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva, según recetado por un médico	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas entre 24 y 28 semanas de gestación y en la primera visita prenatal y mujeres en alto riesgo	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Pruebas de cernimiento de gonorrea a todas las mujeres sexualmente activas, incluyendo aquellas embarazadas y si están en un alto riesgo de infección	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Examen médico para adulto: cernimiento sobre la depresión y osteoporosis	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita de cuidado prenatal y posteriormente para todas las mujeres Rh (D) negativo entre las 24 y 28 semanas de gestación que no han sido desintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea Rh (D) negativo	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita well-woman es anual, aunque Health and Human Services (HHS) reconoce que varias visitas pueden 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 riesgos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de autismo para niños a los 18 meses y a los 24 meses	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento y monitoreo del desarrollo para niños menores de 3 años	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Suplementos de fluoruro para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tienen fluoruro	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de audición para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de obesidad para niños de 6 años 0 mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de gonorrea	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Evaluación de riesgo oral para niños en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Inmunización (Vacunas) de Adultos: Hepatitis A, Hepatitis B.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Meningococcal, Pneumococcal	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Tétanos, Diphtheria, Pertussis y Varicella	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Inmunización (Vacunas) de Niños y Adolescentes: Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Human Papillomavirus (HPV), Varicela, Sarampión, Papera y Rubeola (MMR), Influenza, Neumococo, Meningococco Hepatitis A, Hepatitis B, PneumococcalPolysaccharide	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Meningitis, Rotavirus, Inactivated Poliovirus, Haemophilus Influenza B	Cubierto al 100% de tarifa contratada.		
Servicios para Planificación Familiar			
Vasectomía	Aplica copago y coaseguros de acuerdo al lugar del servicio.	Aplica copago y coaseguros de acuerdo al lugar del servicio.	Cubierto al 100% de tarifa contratada., aplica copago y coaseguros de acuerdo a la especialidad
Esterilización Femenina Ambulatoria	Cubierto al 100% de tarifa contratada., aplica copago y coaseguros de acuerdo a la especialidad		
Contraceptivos Orales	Cubierto al 100% de tarifa contratada., según ley PPACA		
Vacunas según itinerario de Administración Rutinaria Vacunas para Niños y Adolescentes Departamento de Salud de Puerto Rico			
Pediarix	Cubierto al 100% de tarifa contratada; aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada; aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Prevnam	Cubierto al 100% de tarifa contratada; aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada; aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
PCV (Pneumococcal Conjugate)	Cubierto al 100% de tarifa contratada; aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada; aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Rotavirus	Cubierto al 100% de tarifa contratada; aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada; aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial	Cubierto al 100% de tarifa contratada; aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada; aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
RSV (Synagys)	Cubierto al 80% de tarifa contratada, despues del 20% de coaseguro; aplica protocolo médico. Aplica copago de visita médica.	Cubierto al 80% de tarifa contratada, despues del 20% de coaseguro; aplica protocolo médico. Aplica copago de visita médica.	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Límite de Edad para Vacunas	Sujeto a guías y protocolos de la Reforma de Salud Federal		
Cubierta Dental			
Productos	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro
Máximo en cubierta	\$1,000.00		
Tipo I - Tratamientos de Diagnósticos y Preventivos			
D0120-Examen Oral Periódico	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.		
D0150-Examen Oral Inicial	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 intervalos de 6 meses.		
D1110-Profilaxis - Adulto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De doce (12) años en adelante.*		
D1120-Profilaxis - Niños	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Uno (1) cada 6 meses. De doce (12) años en adelante. *		
D1208-Aplicación de Floruro	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.		
D1510-Mantenedores de espacio Unilateral	20% de coaseguro.		
D1516-Mantenedores de espacio bilateral maxilar	20% de coaseguro.		
D1517-Mantenedor de espacio bilateral mandibular	20% de coaseguro.		
Código D0210, D0330, uno es excluyente del otro			

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Radiografías / Cubierto al 100%			
D0210-Radiografía de serie completa intraorales	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.		
D0230-Radiografía periapical adicional	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. *		
D0272-Radiografía de Mordida	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 y seis meses (36) meses o cada tres (3) años.		
Tipo II - Tratamientos Restaurativos Menores			
D2140-Amalgama de una (1) superficie	20% de coaseguro.		
D2150-Amalgama de dos (2) superficies	20% de coaseguro.		
D2160-Amalgama de tres (3) superficies	20% de coaseguro.		
D2161-Amalgama de cuatro (4) o más superficies	20% de coaseguro.		
D2330-Resina de una (1) superficie	20% de coaseguro.		
D2331-Resina de dos (2) superficies	20% de coaseguro.		
D2332-Resina de tres (3) superficies	20% de coaseguro.		
D2335-Resina de cuatro (4) o más superficies, o que incluya ángulo incisal	20% de coaseguro.		
D2391-Resina en posteriores de una (1) superficie bucal	20% de coaseguro.		
D2740-Corona - Porcelana	20% de coaseguro.		
D2752-Corona de Porcelana fundida en metal	20% de coaseguro.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
D2940-Tratamiento Paliativo		20% de coaseguro.	
D2954-Poste y Muñón Pre-fabricado		20% de coaseguro.	
D3220-Pulpotomía en dientes deciduos		20% de coaseguro.	
D3310-Endodoncia, tratamiento de canal en dientes anteriores		20% de coaseguro.	
D3320-Endodoncia, tratamiento de canal en premolares		20% de coaseguro.	
D3330-Endodoncia, tratamiento de canal en molares		20% de coaseguro.	
D4341-Alisado radicular de cuatro (4) o más dientes		20% de coaseguro.	
D4342-Alisado radicular de tres (3) dientes o menos		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.	
D7111-Extracción de raíces residuales de dientes primarios.		20% de coaseguro.	
D7140-Extracción sencilla		20% de coaseguro.	
D7210-Extracción quirúrgica complicada (incluyendo el servicio pre y post- operatorio)		20% de coaseguro.	
D7220-Extracción quirúrgica de diente impactado tejido blando		20% de coaseguro.	

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
D7230-Extracción quirúrgica de diente impactado parcial en hueso.	20% de coaseguro.		
D7240-Extracción quirúrgica de diente impactado completo en hueso.	20% de coaseguro.		
D7250-Extracción quirúrgica de raíces retenidas (quirúrgico).	20% de coaseguro.		
D7510-Incisión y drenaje de abscesos en tejido blando	20% de coaseguro.		
D7961-Frenulectomía Labial / Bucal	20% de coaseguro.		
D7962-Frenulectomía Lingual	20% de coaseguro.		
D9110-Aplicación de desensibilizante.	20% de coaseguro.		
D9910-Aplicación de adhesivos en cervical de dientes y molares	20% de coaseguro.		
D9930-Complicación post-cirugía	20% de coaseguro.		
Tipo III - Tratamientos Restaurativos Mayores			
D5110-Dentadura completa maxilar	20% de coaseguro.		
D5120-Dentadura completa mandibular	20% de coaseguro.		
D5213-Dentadura removable base en metal maxilar	20% de coaseguro.		
D5214-Dentadura removable base en metal mandibular	20% de coaseguro.		
D5282-Prótesis removable maxilar	20% de coaseguro.		
D5283-Prótesis removable mandibular	20% de coaseguro.		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
D5421-Ajuste parcial maxilar	20% de coaseguro.		
D5422-Ajuste parcial mandibular	20% de coaseguro.		
D5510-Reparación de dentadura completa partida	20% de coaseguro.		
D5520-Reemplazo de diente en dentadura completa.	20% de coaseguro.		
D5620-Reparación de base de metal de dentadura removible	20% de coaseguro.		
D5630-Reparación de gancho partido.	20% de coaseguro.		
D5640-Reemplazo de diente a dentadura removible.	20% de coaseguro.		
D5650-Añadir diente a dentadura removible.	20% de coaseguro.		
D5660-Añadir gancho a dentadura removible	20% de coaseguro.		
Para los siguientes servicios se requiere preautorización: coronas, postes, periodoncia y restaurativo mayor.			
Los servicios que no estén expresamente cubiertos en esta descripción de cubierta están excluidos.			
Esta Cubierta Dental aplica para las tres (3) cubiertas disponibles: ASP Rubí, ASP Plata y ASP Oro (Cubierta Mandatoria)			
Cubierta de Farmacia			
Productos	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro
Beneficio Anual	\$975.00	\$1,750.00	\$2,000.00
Exceso de:	80% coaseguro luego de \$975	40% coaseguro luego de \$1,750	40% coaseguro luego de \$2,000
Genéricos Farmacias Preferidas	\$12	\$7	10% coaseguro mínimo \$5.00
Genéricos Farmacias No Preferidas	\$15	\$7	15% coaseguro mínimo \$10.00
Medicamento de Buprenorfina	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Marca Preferida / Farmacia Preferida	25% coaseguro, mínimo \$25.00	15% coaseguro, mínimo \$15.00	10% coaseguro, mínimo \$12.00

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Marca Preferida / Farmacia NO Preferida	30% coaseguro, mínimo \$35.00	20% coaseguro, mínimo \$20.00	15% coaseguro, mínimo \$15.00
Marca No Preferida / Farmacia Preferida	45% coaseguro, mínimo \$45.00	25% coaseguro, mínimo \$25.00	15% coaseguro, mínimo \$20.00
Marca No Preferida / Farmacia No Preferida	50% coaseguro, mínimo \$50.00	30% coaseguro, mínimo \$30.00	20% coaseguro, mínimo \$25.00
Medicamentos Biotecnológicos Todas las Farmacias	50% coaseguro	40% coaseguro	30% coaseguro hasta un máximo de \$200.00 de coaseguro.
Tratamiento para dejar de fumar	Cubierto hasta \$400.00 por año contrato		
Todo medicamento cuyo costo total sea menor de \$8.00, no estará cubierto	No se cubre		
Despacho de Medicamentos a través de Servicios de Correo	No está disponible		
ESTAS CUBIERTAS INCLUYEN EL USO DE MEDICAMENTOS BIOSIMILARES			
Cubierta de Gastos Médicos Mayores			
El Beneficio Máximo aplicable a esta cubierta es de por vida por cada persona asegurada. El beneficio máximo estará limitado por los gastos que deberán ser cubiertos, ocasionados por servicios médicos.	El Beneficio Máximo es de \$1,250,000.00.		
Deducibles			
Deducible "up-front"por año contrato	Individual - \$50.00		
	Familiar - \$150.00		
Coaseguro después del deducible "up-front"	20% coaseguro por año contrato		
Beneficios Cubiertos a través de Gastos Médicos Mayores			
Equipo Médico Duradero (DME) Se requiere pre autorización; cubierto hasta \$10,000.00 por año.	Se requiere pre autorización cubierto hasta \$10,000.00 por año. 20% de coaseguro		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Prótesis/ implantes	Se requiere pre autorización cubierto hasta \$10,000.00 por año. 20% de coaseguro		
Litotricia	Cubierta hasta \$5,000.00 en exceso de la cubierta básica, por año póliza, y sujeto a pre autorización. Aplica 20% de coaseguro.		
Aparatos ortopédicos/ ortóticos	Límite hasta \$5,000.00. Requiere pre-autorización.		
Programa de Hospicio	20% de coaseguro. Requiere pre-autorización		
Equipo tecnológico	Cubierto para mantener vivo al usuario con servicio de enfermería diario por 8 horas y suplido necesario para operar el equipo y terapia física y ocupacional para menores de 21 años. Aplica 20% de coaseguro.		
Ventiladores y respiradores mecánicos	Incluido en cubierta básica	Incluido en cubierta básica	Sin límite según Ley local para pacientes menores de 21 años.
Servicios de Emergencia fuera de la Isla	Cubierto a base de cargos usuales y acostumbrados o las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores en Estados Unidos. Cubierta solo para emergencias serias y súbitas. Aplica 20% de coaseguro.	Cubierto a base de cargos usuales y acostumbrados o las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores en Estados Unidos. Cubierta solo para emergencias serias y súbitas. Aplica 20% de coaseguro.	A cargos razonables y habituales. Aplica 20% de coaseguro.
Mamoplastía	Límite hasta \$5,000.00. Requiere pre-autorización.		
TRASPLANTE DE ÓRGANOS			
Beneficio Máximo por Vida por Persona Cubierta	\$1, 000,000.00		
Trasplantes Cubiertos y Otros Servicios Relacionados			
Órganos	Piel; Tejidos; Huesos; Córnea; Corazón, Páncreas-Riñón; Corazón-Pulmón, Páncreas; Pulmón (unilateral o bilateral), Arterias o Venas, Hígado, Médula Ósea; Riñón, Intestino Delgado		

BENEFICIOS	ASP Rubí	ASP Plata	ASP Oro (mandatoria)
Los beneficios cubiertos con relación a estos trasplantes se cubren de la siguiente manera: a. Recipiente – Se cubrirán los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluyendo el cuidado post-quirúrgico y las drogas inmunosupresoras. b. Obtención de Órganos – Se cubrirán los gastos relacionados a la obtención de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto. c. Médula Ósea - Se cubren los trasplantes mediante donación o auto-donación (alogénicos, autólogos y receptores sigeneicos). Los gastos cubiertos para este trasplante son: i. Donación y almacenaje de la médula ósea. ii. Tratamiento de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante. iii. Cuidado ambulatorio posterior al trasplante.			
SEGURO DE VIDA (A través de Multinational Life Insurance Company)			
Beneficio Máximo por muerte natural o accidental (Solo aplica a suscriptor principal menor de 65 años de edad). Beneficio máximo está sujeto a cláusulas y disposiciones que Multinational Life Insurance Company que establece.)	\$5,000.00		

VIII. Exclusiones de Cubierta Médica 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, excepto en aquellos casos donde la persona agredida miembro del contrato no es responsable de la comisión del delito.
- 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 operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos o cuidados para corregir defectos de apariencia física, a no ser que sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por enfermedad o lesión corporal, accidental o cirugía para corregir anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido. Mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno, la cual está cubierta en el contrato), intervenciones quirúrgicas que no sean luego de una cirugía bariátrica, conforme a la Ley 212 del 9 de agosto de 2008, tratamientos de liposucción, abdominoplastías, ritidectomía abdominal, mamoplastías para ginecomastía, ritidectomías faciales, braquioplastías, mamoplastías para aumentar el tamaño del busto, inserción y remoción de implantes con propósitos cosméticos, rinoseptoplastías, blefaroplastías, implantes de pelo, otoplastías, rinoplastías, dermoabrasión, inyecciones de colágeno, grasa, fibril y Botox entre otros, con propósitos cosméticos e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas.
- 13) Se excluyen también hospitalizaciones por servicios que se puedan realizar de forma ambulatoria y los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a todos los servicios enumerados en el inciso 12, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento, excepto según dispuesto en la Ley 212 del 9 de agosto de 2008.
- 14) Gastroplastías.
- 15) Tratamiento con fines estéticos de celulitis.
- 16) Cirugía para corregir condiciones, deformidades o enfermedades y tratamiento de acné con fines estéticos.
- 17) Microcirugía, con fines estéticos.

- 18) 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.”
- 19) Servicios no requeridos de acuerdo con las normas aceptadas en la práctica médica.
- 20) Servicios que no sean razonables ni médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.
- 21) Servicios de hospitalización (incluyendo servicios ancilares) para realizar procedimientos y/o cirugías que están excluidos de cubierta.
- 22) 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.
- 23) 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.
- 24) Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología excepto los especificados en el contrato.
- 25) 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.
- 26) Gastos en hospital por cuidado personal, teléfono, *Admission Kits* y otros similares.
- 27) Hospitalización para fines puramente diagnósticos.
- 28) Servicios, tratamiento y cirugía para aumentar o bajar de peso en Centros de Programas de Control de Peso.
- 29) 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.

- 30) Servicios necesarios para el tratamiento de la disfunción temporomandibular (TMJ).
- 31) Servicios de escalonotomía, división de músculo escaleno anticus sin resección de la costilla cervical, cuando sea por fines cosméticos.
- 32) Gastos por servicios de descanso, convalecencia y cuidado custodial.
- 33) Gastos por servicios de cuidado de enfermería diestro, servicios de custodia, hospicio y visitas médicas y cuidados en el hogar.
- 34) Exámenes de laboratorios que requieren inoculación animal.
- 35) Gastos por aparatos ortopédicos y órganos artificiales, excepto marcapasos y válvulas.
- 36) Audiogramas, excepto lo requerido por la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.
- 37) Servicios de diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios o en facilidades renales, servicios médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas; luego de agotar el máximo de 90 días indicados en este contrato.
- 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, tuboplastias, 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) Gastos de enfermeras especiales.
- 43) Aparatos auditivos

- 44) Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías de refracción. El beneficio debe estar negociado en Cubierta, de lo contrario estará excluido.
- 45) Medicina deportiva, musicoterapia. Medicina natural, homeopática, acupuntura, acupresión, hipnotismo, aromaterapia, masajes, musicoterapia, psicocirugía y otras formas de medicina alternativa.
- 46) 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.
- 47) Vacunas para viajar.
- 48) Servicios de visitas a domicilio.
- 49) Servicio de Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation (TENS)
- 50) Gastos por servicios cubiertos por pólizas de seguros misceláneos.
- 51) Los implantes, prótesis y tratamientos para la impotencia.
- 52) Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta por este contrato, haga a un proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlo.
- 53) Prótesis o implantes excepto para cáncer en el seno o material ortopédico como son los tornillos, placas, clavos y cualquier otro material o aditamento.
- 54) Auxilio Salud Plus, debe proveer el endoso de cualquier otro beneficio adicional a este plan el cual se hará formar parte de esta cubierta.
- 55) 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.
- 56) Métodos anticonceptivos para hombres, excepto la esterilización masculina (vasectomía).

- 57) 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.
- 58) 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.
- 59) Cirugía maxilofacial, excepto según se dispone en la sección de Servicios Médico-Quirúrgicos.
- 60) Rayos láser, excepto en oftalmología. (Según se describe en cubierta).
- 61) Pruebas de embarazo, excepto por orden médica.
- 62) Aborto provocado no terapéutico.
- 63) Mamoplastías, (solo estará cubierta en Gastos Médicos Mayores, siempre que haya una necesidad médica válida).
- 64) 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.
- 65) Auxilio Salud Plus, 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 Auxilio Salud Plus, pagaría a un proveedor contratado.
- 66) Cargos por pruebas sicométricas sin justificación clínica. Condiciones bajo la Ley 220 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo) los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales estarán cubiertas sin límites luego que la necesidad médica haya sido establecida bajo esta póliza.

IX. 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).

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

- a. **Recipiente** – Se cubrirán los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluyendo el cuidado post-quirúrgico y las drogas inmunosupresoras.
- b. **Obtención de Órganos** – Se cubrirán los gastos relacionados a la obtención de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto.
- c. **Médula Ósea** - Se cubren los trasplantes mediante donación o auto-donación (alogénicos, autólogos y receptores sigeneicos). Los gastos cubiertos para este trasplante son:
 - i. Donación y almacenaje de la médula ósea.
 - ii. Tratamiento de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante.
 - iii. Cuidado ambulatorio posterior al trasplante.

X. Exclusiones de la Cubierta de Trasplante de Órganos

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

XI. Cubierta de Gastos Médicos Mayores

Aplica deducible inicial y luego coaseguro de 20% de los gastos médicos cubiertos según establecido en la sección VII. Tabla de copagos, coaseguros y preautorizaciones. 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.

- 1) Beneficios Cubiertos a través de Gastos Médicos Mayores:
 - a. Equipo Médico Durable (DME) requiere pre-autorización. Cubierto hasta \$10,000 por año contrato de no estar incluido en su cubierta básica.
 - b. Prótesis/Implantes/válvulas/Marcapasos/desfibriladores/Stents cubierta hasta \$10,000 por año. Requiere pre-autorización y bandejas quirúrgicas
 - c. Aparatos ortopédicos / ortóticos cubiertos hasta \$5,000 por año (beneficio combinado) con pre-autorización.
 - d. Mamoplastía de reconstrucción cubierta hasta \$5,000 por año solo como resultado de cáncer de seno de no estar incluido en su cubierta básica.

- e. Programa de Cuidado de Hospicio; requiere pre-autorización.
- f. Cirugías Cardiovasculares hasta \$20,000.
- g. Estudios Electrofisiológicos de no estar incluido en su cubierta básica.
- h. Cuidado de salud en el hogar de no estar incluido en su cubierta básica.
- i. Facilidades de enfermería diestra (SNF) de no estar incluido en su cubierta básica.
- j. Terapias del Habla de no estar incluido en su cubierta básica.
- k. Lasik

XII. 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 de gastos médicos mayores.
- 2) Servicios que estén incluidos en su cubierta básica.
- 3) Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de o en el curso del empleo de la persona asegurada;
- 4) 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).
- 5) Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
- 6) Servicios que sean recibidos gratuitamente.
- 7) Servicios no solicitados por el suscriptor.
- 8) Servicios prestados a la persona asegurada por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.
- 9) Los que se incurran en el ajuste de espejuelos.
- 10) Los que sean incurridos en artículos de comodidad personal.
- 11) Los que sean incurridos por tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular.
- 12) 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.

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.

XIII. Elegibilidad para la Cubierto de Gastos Médicos Mayores

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 Auxilio Salud Plus 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 Auxilio Salud Plus 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.

XIV. Cubierta de Farmacia

La cubierta de medicinas estará disponible para todos los empleados, pensionados y sus dependientes. De acuerdo con la cubierta seleccionada por el suscriptor principal será igual a la que tendrán sus dependientes directos y opcionales, excepto cuando alguno cualifique y seleccione la Parte D de Medicare. En todas las cubiertas, bajo este contrato, siempre la primera opción serán los medicamentos genéricos o bioequivalentes.

- 1) Auxilio Salud Plus, 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, adquiridas por una persona asegurada y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado en una Farmacia participante.

2) Medicamentos Cubiertos:

- a. Medicamentos que posean la leyenda federal “Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription”.
- b. Medicinas compuestas en las cuales, por lo menos, un ingrediente posee la leyenda federal

- c. Vitaminas prenatales
- d. Medicamentos de mantenimiento
- e. Insulina
- f. Medicamentos inyectables
- g. Quimioterapias inyectables y agentes inmunosupresores requieren preautorización revio al despacho
- h. Quimioterapias orales
- i. Vacunas y agentes inmunizantes con leyenda federal para usar en oficina de medicos
- j. Drogas psicoterapéuticas (tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos, productos de litio, otros)
- k. Anti-Rho (D)
- l. Medicamentos bioequivalentes aceptados por la FDA, se cubrirán bajo los mismos términos y condiciones de la categoría terapéutica a la cual corresponda.
- m. 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

- a. Tratamientos para Parkinson
- b. Antidepresivos
- c. Antimicóticos
- d. Estabilizadores de ánimo y ansiolíticos
- e. Alzheimer
- f. Terapia Respiratoria (Beta agonista, anticolinérgicos, xantinas, cromolyn, esteroides inhalados, simpaticomiméticos)
- g. Cardiovascular (digital y derivados, nitroglicerina, antiartríticos, vasodilatadores, agentes antiarritmicos, beta bloqueadores, bloqueadores del canal de calcio, etc.)
- h. Diuréticos
- i. Tratamiento para la diabetes
- j. Hormonas de sexo
- k. Tiroides y sus derivados
- l. Sinusitis
- m. Osteoporosis (Ejemplos: Evista, Fosamax o relacionados)
- n. Antihiperlipidémicos
- o. Reguladores de calcio (calcitonina, etidronate)
- p. Anticonvulsivos
- q. Medicamentos para condiciones de gastritis, úlcera y hernia
- r. Medicamentos para el tratamiento de adicción a sustancias controladas y alcoholismo

- s. Medicamentos para HIV/SIDA
- t. Glaucoma
- u. Anticoagulantes
- v. Antiplaquetarios
- w. Antiinflamatorios no esteroideos
- x. Agentes gastrointestinales para condiciones inflamatorias del colon
- y. Agentes y tratamientos para cáncer (en la oficina del médico)
- z. Antihemofílico (en hospitalización)
- aa. Tratamientos para anemia
- bb. Medicamentos nuevos que no son experimentales
- cc. Anti-Rho (D)
- dd. Esclerosis múltiple

XV. Exclusiones de la Cubierta de Farmacia

- 1) Gastos o cargos que están expresamente excluidos en la Cubierta Básica.
- 2) Despacho de medicamentos de marca con genéricos disponibles se le aplicará el coaseguro de marca establecido en esta cubierta más la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca.
- 3) Productos utilizados con fines diagnósticos.
- 4) Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de ley.
- 5) Están excluidos Drogas o medicamentos que no requieren una receta del médico, tales como los medicamentos “Over the Counter”.
- 6) Agentes inmunizadores están excluidos excepto, las vacunas incluidas en esta cubierta.
- 7) Están excluidos toxoides sangre, sueros biológicos, plasma sanguíneo, productos cosméticos, artículos de belleza y/o salud estética.
- 8) Para los medicamentos que se especifican a continuación se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito que no excedan de 30 días de tratamiento cada una, por un periodo máximo de 5 repeticiones y se garantizarán hasta 180 días de tratamiento a partir de la fecha de la receta original incluyendo la original.
 - a. Medicamentos para la diabetes

- b. Medicamentos para el asma
 - c. Vitaminas prenatales para las personas con cubierta de maternidad
 - d. Medicamentos para el Parkinson
 - e. Vasodilatadores
 - f. Anticonvulsivos
 - g. Medicamentos para el tratamiento de condición de tiroides
 - h. Nitroglicerina
 - i. Medicamentos para condiciones cardiovasculares
- 9) Artefactos o artículos terapéuticos, incluyendo agujas hipodérmicas (excepto para la administración de insulina), jeringuillas y vestimenta quedan excluidos de esta cubierta.
- 10) Cualquier cargo por la administración de drogas recetadas o insulina inyectable que no estén incluidos como parte de esta cubierta.
- 11) Drogas recetadas que pueden obtenerse sin costo bajo programas locales, estatales o federales.
- 12) Drogas experimentales o drogas con la leyenda: “Precaución limitada por la Ley Federal para usos de investigación” o usos no aprobados de drogas. En el caso de pacientes que padezcan de una condición que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, cuando dicho paciente sea elegible para participar en un estudio de tratamiento clínico autorizado, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del paciente le ofrezca a éste un beneficio potencial y se cumpla con la condición de que el médico que refiera al paciente a participar en el estudio entienda que es apropiada su participación, o que el paciente presente evidencia de que es apropiada su participación en el estudio, la suscriptora costeará los gastos médicos rutinarios del paciente, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios del paciente” los gastos relacionados con el estudio, o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.
- 13) Repeticiones de una receta que excedan la cantidad especificada en este contrato.
- 14) Cargos por repeticiones de fármacos o medicamentos que son despachados en un período que exceda los 180 días subsiguientes a la fecha en la cual fueron recetados originalmente por el médico, conforme a la Ley Núm. 282 del 15 de mayo de 1945, según enmendada.
- 15) Medicamentos de infertilidad o fertilidad y/o hormonas de crecimiento.

- 16) Cualquier cantidad de drogas o medicamentos despachados que excedan la cantidad indicada para despacho.
- 17) Drogas utilizadas y sus derivados para tratar la condición de impotencia, disfunción eréctil, para la pérdida de pelo, para tratamiento relacionado con dietas o control de peso. No se pagarán beneficios de drogas utilizadas para dejar de fumar, excepto aquellas que son utilizadas como parte del tratamiento al uso y dependencia al tabaco y sus derivados.
- 18) Esteroides anabólicos.
- 19) Suplementos alimenticios, vitaminas y minerales, el ácido fólico y suplementos de hierro para niños que estará cubierto como parte de los servicios preventivos conforme lo requiere la regulación “Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Service under the Patient Protection and Affordable Care Act”.
- 20) Medicamentos despachados por farmacias no participantes de la red.
- 21) Medicamentos que tienen que tomarse o administrarse a un individuo, completa o parcialmente, mientras este sea paciente en un hospital, casa de convalecencia, o institución similar que opere con los permisos pertinentes una facilidad con despacho para medicamentos.
- 22) Inmunosupresores excepto para trasplante de órganos si el beneficio está incluido en su cubierta.
- 23) Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos que no estén incluidos en la cubierta de trasplante.
- 24) Servicios después de expirado este contrato o cancelado el mismo.
- 25) Drogas anabólicas;
- 26) Medicamentos para rebajar;
- 27) Hormonas de crecimiento;
- 28) Inmunoglobulina inyectable
- 29) Medicamentos de fertilidad o infertilidad

- 30) Despacho de medicamentos para un periodo mayor de 30 días.
- 31) Cualquier porción de un medicamento de especialidad o medicamento inyectable autoadministrado, recibido por una farmacia al detal o una farmacia especializada que exceda un suplido para 30 días.
- 32) 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.
- 33) Medicamentos despachados por correo.
- 34) Pediculicidas.
- 35) Medicamentos prescritos por el padre, madre, hermanos(as), hijos(as), primos(as), tíos(as), abuelos(as) y cónyuges o cohabitantes del suscriptor.
- 36) Medicamentos para el acné.
- 37) Minoxidil en todas sus formas.
- 38) Medios de contraste utilizados en MRI's, CT's y otros.
- 39) Medicamentos para el tratamiento de enfermedades o condiciones no contempladas en este contrato.
- 40) Vacunas, excepto aquellas cubiertas en el Anejo B.1- Resumen de Beneficios Médicos.
- 41) Cualquier receta o repetición de receta por medicamentos que se hayan perdido, robados, derramados, arruinados o dañados.
- 42) Cualquier medicamento para el cual se requiere una autorización previa, que no se haya obtenido.
- 43) Anticonceptivos que no sean aprobados por la FDA. Además, no se cubrirán anticonceptivos aprobados por la FDA sin receta del médico.
- 44) Medicinas que tienen que tomarse o administradas en dosis completas o parciales, mientras el suscriptor esté hospitalizado o en un hogar de convalecencia, sanatorio, facilidad de

cuidado extendido o cualquier institución similar, en la cual en sus premisas se le permite operar una facilidad para dar medicinas o productos farmacéuticos o en el lugar que se prescriba u ordene.

Por otro lado, y según requerido por el Artículo 4.050 del Capítulo 4 de la Ley Núm. 194 de 2011 según enmendada, se incluirán en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido (“cost sharing, out-of-pocket maximum”), cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida al suscriptor por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del suscriptor en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos, coaseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida. Estas aportaciones, descuentos y cupones del manufacturero estarán disponibles y podrán utilizarse en todos los proveedores de salud, conforme a los requisitos del programa, sin importar el lugar de adquisición del descuento o cupón. El proceso de acumulación de desembolsos de bolsillo no representara una restricción a la responsabilidad establecida en este inciso.

XVI. Cubierta Dental

- 1) Aplicarán los copagos y coaseguros establecidos en la sección VII. Tabla de copagos, coaseguros y preautorizaciones.
- 2) Cargos excluidos de la Cubierta Básica.
 - a. Cargos incurridos por educación o adiestramiento en nutrición, limpieza oral y control de placa dental.
 - b. Cargos incurridos por tratamientos dentales que no son aprobados por la Asociación Dental Americana o que son de naturaleza experimental.
 - c. Cargos incurridos en el curso de un tratamiento dental o de ortodoncia iniciado antes de que la persona estuviera suscrita para este beneficio. Esto incluye cargos por cualquier corona, prótesis para sustituir piezas naturales, puente o dentadura postiza ordenada antes de que la persona estuviera suscrita bajo este beneficio.
 - d. Cargos incurridos por una cita que el suscriptor no pudo cumplir.
 - e. Cargos incurridos por la reparación o reemplazo de un artefacto ortodóntico.
 - f. Cargos por materiales incurridos para el tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporomandibular.
 - g. Cargos incurridos para corregir la oclusión.
 - h. Sustitución de puentes removibles por puentes fijos por razones de alergia.
 - i. Servicios comenzados antes del paciente tener la cubierta.

- j. Cargos por anestesia general, excepto que se proveerá cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios dentales en el contrato para los siguientes casos;
- i. cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica;
 - ii. cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;
 - iii. cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;
 - iv. cuando la anestesia local será inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;
 - v. cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;
 - vi. cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.
 - vii. Una pre-autorización será requerida para proveer los servicios de anestesia general y servicios de hospitalización, según determine un dentista pediátrico, cirujano oral o maxilofacial. RHP deberá aprobar o denegar la misma dentro de dos (2) días, contados a partir de la fecha en que el suscriptor someta todos los documentos requeridos que son los siguientes:
 - 1. el diagnóstico del paciente;
 - 2. condición médica del paciente, y
 - 3. las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental de acuerdo con lo dispuesto en Artículo 1 de la Ley Núm. 352 del año 1999
- k. Cargos por tratamientos cosméticos.

- l. Cargos incurridos por cualquier lesión o enfermedad para la cual el suscriptor tiene derecho a los beneficios bajo la Ley de Compensación al Trabajador o Ley de Enfermedad Ocupacional, o recibe algún estipendio por parte de un Agente de Compensación del Trabajador, tales como: Servicios compensados por algún programa del Gobierno Federal o Estatal (Veterano, ACAA, Fondo del Seguro del Estado, etc.).
- m. Cargos por manejo del paciente.
- n. Cargos por servicios o materiales que el paciente no esté obligado a pagar.
- o. Cargos para corregir anomalías congénitas excepto los recién nacidos y niños recién adoptados o colocados para adopción conforme el Cap. 54 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- p. Cargos por tratamientos para rehabilitación oral o el reemplazo de estos.
- q. Servicios de implantes.
- r. Escisión de quistes maxilares mandibulares.
- s. Servicios de Ortodoncia
- t. Cualquier otro servicio no incluido en los beneficios de este contrato y que no está protegido por disposiciones legales locales o federales.

XVII. Valores Añadidos

Auxilio Salud Plus ofrece valores añadidos a la cubierta médica que ayudan de una forma especial al suscriptor bajo la Ley 95, además que aportan a la calidad de vida del empleado, pensionado y sus dependientes. Entre los valores añadidos se encuentran:

1) Seguro de Vida

Esta cubierta se ofrece en el contrato a través de *Multinational Life Insurance Company*. Para ser elegible la persona tiene que suscribirse a este beneficio en o antes de los 65 años. El Seguro de Vida termina a la fecha de retiro del asegurado del plan de salud.

El suscriptor podrá designar a uno o más beneficiarios a la fecha de efectividad de la Póliza en el formulario oficial que provee la Compañía. Además, se permitirá al cambio de beneficiarios en cualquier momento durante la vigencia de la cubierta del empleado asegurado. Si no existe designación, los beneficios se pagarán a los herederos del suscriptor.

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 (cinco mil dólares) por muerte natural o accidental. Este beneficio estará sujeto a las cláusulas y disposiciones que *Multinational Life Insurance Company* establezca al respecto.

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

Edad	Beneficio
65-69 años	65%
70-74 años	45%
75-79 años	30%
80-84 años	20%
85-89 años	15%
90 años o más	10%

2) Asistencia al Viajero

Como parte de su cubierta el suscriptor bajo la Ley 95 contará con servicios de asistencia al viajero a través de Redbridge Network & Healthcare, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante la vigencia del contrato y mientras se encuentre fuera de su país de residencia habitual. Esta cubierta tiene un límite máximo de \$10,000 por evento y aplica para viajes de hasta 60 días consecutivos.

Los servicios incluidos son:

Asistencia Médica por Emergencias

- Atención médica para la estabilización y tratamiento de emergencias por enfermedad o accidente.
- Consultas médicas generales y con especialistas.
- Servicios de Telemedicina.
- Exámenes y procedimientos diagnósticos (laboratorios, rayos X, ultrasonidos).
- Medicamentos prescritos.
- Asistencia médica para condiciones preexistentes y casos de COVID-19.
- Servicios dentales de emergencia.

Transporte y Traslados Médicos de Emergencia

- Ambulancia terrestre y aérea.
- Coordinación de traslados por:
 - Emergencia médica.

- Fallecimiento de un familiar.
 - Siniestro catastrófico.
 - Interrupción de viaje por eventos imprevistos.
 - Traslado de acompañantes, menores o familiares directos (hasta los 15 años).
- Hospedaje por convalecencia del suscriptor o acompañante en caso de accidente o emergencia médica.

Asistencia Funeral

- Repatriación de restos mortales.

Otros Servicios Incluidos

- Operadores Bilingües (Inglés y Español)
- Coordinación de hospitalización e intervenciones quirúrgicas.
- Acceso a proveedores médicos y a medicamentos.
- Acceso a servicios de Laboratorio y Radiología.
- Procesamiento de reclamaciones.
- Transmisión de mensajes urgentes y asistencia en transferencias de fondos.
- Asistencia legal y gestión para Fianza.
- Gestión por pérdida de conexión aérea o cancelación de viaje.
- Compensación por retrasos en la entrega de equipaje o pérdida de equipaje.
- Asistencia en la gestión de pasaporte.
- Transferencias y Repatriaciones de Emergencia.

Se deberá notificar a la Central Operativa durante las primeras 72 horas del evento para coordinar los servicios correspondientes.

Información de Contacto

- Teléfono: 787.919.7988
- WhatsApp: +1.786.653.3717
- Correo electrónico: service@redbridgeassist.com

3) Programa De Apoyo De Salud Mental Al Individuo (PASMI) (A Través de INSPIRA)

Este programa ofrece una variedad de servicios sin costo adicional para el asegurado, con el objetivo de apoyar su bienestar emocional y promover el manejo saludable de situaciones de estrés, pérdida o cambios significativos en la vida.

1. Intervención Psicológica Individual

El asegurado tiene derecho a recibir **hasta cinco (5) sesiones** individuales con profesionales licenciados en salud mental (psicólogos, trabajadores sociales clínicos o consejeros). Estas sesiones no conllevan copago, deducible ni costo adicional y están dirigidas a:

- Intervención temprana y orientación emocional.
- Establecimiento de metas terapéuticas e intervención personalizada.
- Modalidad presencial o virtual, según preferencia del asegurado.

2. TeleInspira – Línea de Apoyo y Canalización

Servicio telefónico continuo atendido por manejadores de casos capacitados en salud mental y manejo de crisis. Incluye:

- Orientación inmediata y escucha activa en situaciones de estrés, ansiedad o pensamientos intrusivos.
- Canalización oportuna a servicios clínicos, evitando hospitalizaciones innecesarias.
- Intervención en crisis emocional y asistencia en eventos críticos como pérdidas o diagnósticos graves.

3. Grupos de Apoyo Emocional

Acceso a **hasta dos (2) sesiones grupales** terapéuticas, facilitadas por profesionales en dinámicas grupales. Se enfocan en:

- Procesamiento emocional ante pérdidas significativas (familiares, laborales, etc.).
- Afrontamiento saludable de diagnósticos médicos recientes.
- Apoyo mutuo en transiciones vitales como divorcio, envejecimiento o cambios de vida.

Beneficios adicionales:

- Reducción del aislamiento social.
- Fortalecimiento de habilidades de resiliencia.
- Espacio de validación emocional y acompañamiento.

4. Plataforma Educativa Digital – MaxSalud

Acceso gratuito a módulos educativos breves sobre temas esenciales de salud y bienestar. Disponible en español e inglés, en versión web y móvil.

- Acceso a través de: www.inspiraeducate.com

XVIII. Modelo de Cuidado Innovador a Opción del Suscriptor

Integración por la Salud

Auxilio Salud Plus, Inc. (ASP) exhorta a todos sus suscriptores a utilizar los servicios de medicina primaria como punto de entrada principal al sistema de salud. La medicina primaria permite una atención integral, continua y personalizada, facilitando el establecimiento de una relación médico-paciente que contribuye al manejo efectivo de condiciones de salud, la prevención de enfermedades y la promoción del bienestar general.

Además, ASP promueve activamente el modelo de cuidado coordinado, a través del cual el médico primario (generalista, médico de familia, internista, ginecólogo o pediatra) actúa como coordinador de los servicios de salud del suscriptor. Este modelo garantiza una atención médica más eficiente, evita la duplicidad de servicios, y asegura una mayor integración entre los distintos proveedores de cuidado, mejorando así la calidad del tratamiento recibido.

Como beneficio adicional, sólo se necesita un referido para continuar su tratamiento con el especialista en su oficina médica.

Beneficios de tener el Médico Primario:

1. **Continuidad de atención** – Responsabilidad de atención integral con el paciente.
2. **Manejo de Medicamentos** – Vigilancia y monitoreo de cualquier efecto de medicamentos recetados.
3. **Ahorro de Tiempo** – Conocer el historial del paciente hace más rápido el tratamiento de sus condiciones.
4. **Prevención** – Identificación de problemas de salud y recomendaciones para descartar riesgos.
5. **Salud del Comportamiento** – Monitoreo constante de la salud del paciente.

El Proceso del Referido es Ágil y Fácil

1. El paciente solicitará el referido al médico de cuidado primario. El referido debe ser entregado en la misma visita o consulta médica.
2. Solo necesitará un (1) referido inicial para las consultas o visitas a médicos especialistas.
3. Si el paciente tiene condición crónica, podrá continuar sus visitas con los especialistas sin necesidad de un nuevo referido para visitas subsiguientes.

4. Si el referido es sólo para consultar un médico especialista, este debe ser devuelto al médico primario para continuidad del cuidado primario.
5. El paciente puede utilizar los servicios sin necesidad de aprobación de su médico primario en sus:
 - órdenes de laboratorios
 - órdenes de pruebas diagnósticas
 - recetas de medicamentos

Clínica Primaria Salud Plus

Para beneficio de todos sus asegurados, Auxilio Salud Plus cuenta con la Clínica Primaria de Salud Plus, exclusiva para nuestros asegurados. Estas modernas instalaciones serán sede de salud integrada, manteniendo los datos médicos de cada asegurado en un solo lugar, además de servir como centro donde evaluarán todos los aspectos de salud, tanto la física como mental, emocional y familiar de los asegurados.

Beneficios:

1. **Médico Primario** – Es responsable por el Cuidado Coordinado del paciente, ofreciéndole continuidad.
2. **Eficiente** – Servicio más rápido y personalizado.
3. **Prevención** – Exámenes rutinarios y preventivos para el cuidado de su salud.
4. **Manejo de Medicamentos** – Monitoreo de recetas y dosis del paciente.
5. **Salud Centralizada** – Coordinará tratamientos con especialistas y beneficios cubiertos.

XIX. Proceso de Querellas, Apelaciones y Reclamaciones

Auxilio Salud Plus ha establecido un procedimiento para atender las quejas, querellas y apelaciones de los suscriptores. Auxilio Salud Plus evaluará la querella y dependiendo del tipo que la misma sea, (Determinación Adversa, No relacionada a una Determinación Adversa, Revisión Acelerada, Revisión prospectiva, Revisión retroactiva, etc.), emitirá su determinación y en esta norma se especificará el proceso por el cual se notificará la misma.

El proceso de querellas es mandatorio y debe seguirse para el manejo de querellas formales. Las querellas sobre el contrato pueden resolverse de una manera informal comunicando la situación a un Representante del Departamento de Servicio al Cliente de Auxilio Salud Plus. El proceso a seguir en caso de que surja cualquier tipo de querella es el siguiente:

1. La querella presentada por el suscriptor deberá contener lo siguiente, según aplique:
 - Nombre y número de contrato del suscriptor que recibió los servicios apelados
 - Fecha de Servicio
 - La cantidad de servicios y descripción de los servicios recibidos
 - Recibo original de cualquier cantidad de dinero pagada por el apelante
 - Facturas que tenga del proveedor
 - Nombre y dirección del proveedor
 - Evidencia de la precertificación concedida y/o certificado de necesidad médica, si es que alguno de éstos era requerida para recibir el servicio
 - Formas CMS-1500 ó UB-92 debidamente completadas por el proveedor
 - Argumentación escrita sobre los fundamentos que tenga para alegar que Auxilio Salud Plus erró en su determinación de reembolso, precertificación o beneficios al amparo del contrato. El suscriptor debe incluir cualquier otra evidencia o información que considere relevante. Podrá enviar su querella a:

Auxilio Salud Plus
Departamento de Servicio al Cliente
P.O. Box 191227
San Juan, PR 00919-1227

2. El suscriptor puede optar por dirigir su querella directamente a la Oficina del Comisionado de Seguros para obtener ayuda en todo momento.

Podrá comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros a:

Edificio World Plaza
268 Ave. Luis Munoz Rivera Piso 9
San Juan, PR 00918
Tel. 787-304-8686

3. Auxilio Salud Plus emitirá su determinación y la notificarán por escrito, o por medios electrónicos si la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, su representante personal, ha acordado recibir la notificación por esta vía.
4. En relación con una querella en la cual se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión prospectiva, Auxilio Salud Plus notificará y emitirá su determinación dentro de un plazo razonable, de acuerdo con la condición médica de la persona cubierta o suscriptor, pero nunca más tarde de quince (15) días calendario del recibo de la querella.

5. Revisión de Primer Nivel de las Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

- La persona cubierta o suscriptor, o su representante personal que no estuviere de acuerdo con una Determinación Adversa del Plan Médico Auxilio Salud Plus tiene derecho a radicar una querella ante Auxilio Salud Plus a más tardar ciento ochenta (180) días del recibo de la notificación de la determinación adversa. Mediante la presentación de dicha querella se solicita la revisión de primer nivel de la determinación adversa.
- Auxilio Salud Plus le proveerá a la persona cubierta o suscriptor el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona u organización designada para coordinar la revisión de primer nivel a nombre de Auxilio Salud Plus.
- Si la querella surge como resultado de una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, Auxilio Salud Plus 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.
- Auxilio Salud Plus se asegurará de que, si designa a más de un homólogo clínico para la revisión, éstos tengan la pericia adecuada. Los revisores designados tomarán en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como cualquier información relacionada a la solicitud de revisión presentada por las personas cubiertas o suscriptores, independientemente de que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.
- Las personas cubiertas o, si fuera aplicable, sus representantes personales, tienen el derecho de presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión; y recibir, a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la querella.

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

- Fueron usados en la determinación de beneficios;
- 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;
- Demuestran que al hacer la determinación, Auxilio Salud Plus siguió, de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas cubiertas en circunstancias similares; o

- Constituyen declaraciones de política o directrices de Auxilio Salud Plus relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta o suscriptor, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

Toda querella en la que se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva, Auxilio Salud Plus notificará y emitirá su determinación en un plazo razonable, pero nunca más tarde de treinta (30) días calendario del recibo de la querella.

La determinación emitida por Auxilio Salud Plus expresará de manera comprensible para la persona cubierta o, si fuera aplicable, para su representante personal:

- Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);
- Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;
- La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o, si fuera aplicable, su representante personal, pueda responder a los planteamientos de Auxilio Salud Plus;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación;

En el caso de que la determinación, luego de realizar una revisión de primer nivel, resulte adversa, se incluirá, además, lo siguiente:

- Las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas de Auxilio Salud Plus en las que se basa la determinación;
- Una declaración que haga mención del derecho que tiene la persona cubierta o suscriptor tiene derecho a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente.
- Si para formular la determinación adversa de Auxilio Salud Plus 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, si fuera aplicable, de su representante personal;
- 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 suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, de manera gratuita, a su solicitud; y
- Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:

- i. La copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud de la persona cubierta o, si fuera aplicable, de su representante personal; y
 - ii. La explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación.
- Si fuera aplicable, una declaración en la que se indique:
 - i. Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si la persona cubierta o suscriptor deseara solicitar una revisión voluntaria.
 - ii. Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, incluyendo los plazos requeridos para la revisión;
 - iii. Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente, si la persona cubierta o suscriptor decidiera que no solicitará una revisión voluntaria; y
 - iv. El derecho de la persona cubierta o suscriptor a incoar una demanda ante un tribunal competente.
 - v. Si fuera aplicable, y enfatizando el carácter voluntario, la siguiente declaración: “Auxilio Salud Plus 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”; y
 - vi. Una notificación del derecho de la persona cubierta o suscriptor a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico.

Oficina del Comisionado de Seguros
Edificio World Plaza
268 Ave. Luis Munoz Rivera Piso 9

San Juan, PR 00918

Tel. 787-304-8686

6. Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación

Adversa: La persona cubierta o suscriptor, o su representante personal, podrán presentar una querella no relacionada a una determinación adversa, junto a la presentación de documentos escritos para la consideración de las personas designadas para llevar a cabo la revisión ordinaria.

Al recibo de la querella, Auxilio Salud Plus designará una o más personas para realizar la revisión ordinaria, que no sea la persona que manejó el asunto objeto de la querella.

Auxilio Salud Plus proveerá a la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, el nombre, la dirección y el número telefónico de las personas designadas para la revisión ordinaria de la querella.

La determinación por escrito emitida contendrá:

- Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión ordinaria (los revisores);
- Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;
- La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta pueda responder a los planteamientos de Auxilio Salud Plus
- Referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación;
- Si fuera aplicable, una declaración escrita que incluya:
 - i. Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si la persona cubierta o suscriptor deseara una revisión voluntaria.
 - ii. Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, lo cual incluye los plazos requeridos para la revisión; y

Una notificación del derecho que asiste a la persona cubierta o suscriptor a comunicarse con la Oficina del Comisionado para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado.

Edificio World Plaza
268 Ave. Luis Munoz Rivera Piso 9
San Juan, PR 00918
Tel. 787-304-8686

7. **Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas:** Auxilio Salud Plus, establece que este proceso de revisión tiene el propósito de proveer a las personas cubiertas que estén insatisfechos con la determinación de la revisión de primer nivel hecha, o que estén insatisfechos con la determinación de la revisión ordinaria hecha, la opción de solicitar una revisión voluntaria adicional en la cual tengan el derecho de comparecer ante los representantes designados por el plan.

Auxilio Salud Plus proveerá a las personas cubiertas, o a sus representantes personales, una notificación, según corresponda. Tal notificación será a los efectos de que dichas personas cuentan con la opción de presentar una solicitud de revisión voluntaria adicional.

Al recibo de una solicitud de una revisión voluntaria adicional, Auxilio Salud Plus notificará a la persona cubierta o, si fuere aplicable, a su representante personal, del derecho que tiene la persona cubierta a:

- Solicitar dentro del plazo especificado anteriormente la oportunidad de comparecer en persona entre el panel de revisión designado por el plan;

- Recibir de la organización Auxilio Salud Plus a solicitud de la persona cubierta, copias de todos los documentos, registros y otra información, que no sea confidencial ni privilegiada, relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional;
- Presentar el caso de la persona cubierta ante el panel de revisión;
- Si fuera aplicable, formular preguntas a los representantes Auxilio Salud Plus en el panel de revisión; y
- Tener la asistencia o representación de cualquier persona, incluyendo abogado, que escoja la persona cubierta.

Toda persona cubierta, o su representante personal, que desee comparecer en persona ante el panel de revisión presentará por escrito a Auxilio Salud Plus una solicitud a dichos efectos, a más tardar quince (15) días laborables del recibo de la notificación enviada conforme a lo antes expuesto. No se condicionará el derecho que tiene la persona cubierta a una revisión justa, a que esta comparezca a la reunión de revisión.

Con respecto a una solicitud de revisión voluntaria adicional de una determinación emitida relacionada con una determinación adversa, Auxilio Salud Plus, nombrará un panel de revisión para considerar la solicitud.

- Al realizar la revisión, el panel de revisión tomará en consideración todo comentario, documento, registro y otra información relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional que presente la persona cubierta o su representante personal, independientemente de si la información se presentó o consideró al tomar la determinación en la revisión de primer nivel.
- El panel tendrá la autoridad legal para obligar a la organización Auxilio Salud Plus, a cumplir con la determinación de dicho panel. Si transcurren veinte (20) días calendario sin que Auxilio Salud Plus, haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tendrá la obligación de notificar dicho hecho al Comisionado de Seguros.
- La mayoría de las personas que compongan el panel de revisión serán personas que no participaron en la revisión de primer nivel realizada.
- Una persona que haya participado en la revisión de primer nivel podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel para proveer información o responder a las preguntas del panel.
- Auxilio Salud Plus, se asegurará de que las personas que realizan la revisión voluntaria adicional sean profesionales de la salud con la pericia adecuada.
- El personal que realiza la revisión voluntaria adicional no será un proveedor del plan médico de la persona cubierta ni tendrá ningún interés económico en el resultado de la revisión.

Respecto a una solicitud de revisión voluntaria adicional de una determinación emitida no relacionada con una determinación adversa, Auxilio Salud Plus nombrará el panel de revisión para considerar la solicitud.

- El panel tendrá la autoridad legal para obligar a Auxilio Salud Plus a cumplir con su determinación. Si transcurren veinte (20) días calendario sin que Auxilio Salud Plus, haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tendrá la obligación de notificar dicho hecho al Comisionado de Seguros.
- La mayoría de las personas que componen el panel serán empleados o representantes del plan que no participaron en la revisión ordinaria.
- Un empleado o representante del área relacionada con una determinación adversa que haya participado en la revisión ordinaria podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel para proveer información o responder preguntas.

Cuando una persona cubierta o su representante personal soliciten, comparecer en persona ante el panel, los procedimientos para realizar la revisión voluntaria adicional se regirán por las disposiciones establecidas a continuación.

- El panel de revisión programará y celebrará una reunión a más tardar los treinta (30) días calendario contados a partir del recibo de la solicitud de revisión voluntaria adicional.
- Con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación, se notificará por escrito a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal, la fecha en que se llevará a cabo la reunión del panel de revisión.
- Relacionada con una determinación adversa no denegará de manera irrazonable una solicitud de la persona cubierta o su representante personal para aplazar la revisión.
- La reunión de revisión se realizará durante horas laborables normales en un lugar accesible a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal.
- Cuando una reunión en persona no sea factible por razones geográficas, Relacionada con una determinación adversa ofrecerá a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal, la oportunidad de comunicarse con el panel de revisión, mediante llamada telefónica de tipo conferencia, videoconferencia u otra tecnología apropiada, por cuenta del plan.
- Relacionada con una determinación adversa tiene la intención de estar asistida por su representación legal, notificará este hecho a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal, con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación a la fecha de la reunión de revisión, Además, le notificará a la persona cubierta que puede estar asistida por su propia representación legal.
- El panel de revisión emitirá una determinación por escrito, y la notificará a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal, a más tardar diez (10) días calendario de finalizar la reunión de revisión.

- Cuando la persona cubierta o, si fuera aplicable, su representante personal, no solicite la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión, dicho panel de revisión emitirá su determinación y notificará la misma, por escrito o electrónicamente (si se ha acordado recibir la notificación por esta vía), a más tardar los cuarenta y cinco (45) días calendario de la primera de las siguientes fechas:
 - i. La fecha en que la persona cubierta o su representante personal notifique al plan que no solicitara la comparecencia en persona ante el panel de revisión; o
 - ii. La fecha en que vence el plazo establecido para que la persona cubierta o su representante personal solicite comparecer ante el panel de revisión.
8. **Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa:**
El suscriptor, médico o representante designado puede solicitar verbalmente o por escrito una revisión acelerada de solicitudes de cuidado urgente, relacionadas con una determinación adversa llamando a Servicio al Cliente o enviarla por fax. Es importante que recuerde pedir una revisión acelerada o expedita.

Auxilio Salud Plus

Servicio al Cliente

Teléfonos: 787-756-5971 ó 1-888-787-0099

Fax: 787-771-7952

Se entenderá como casos urgentes:

- aquellas solicitudes que correspondan a servicios o tratamiento médicos respecto a los cuales opere al máximo, o
- en la opinión de un médico con pleno conocimiento de la condición médica del suscriptor, podría someter al suscriptor a dolores severos que no pueden manejarse adecuadamente sin el cuidado o tratamiento médico que es sujeto de la querella.

Auxilio Salud Plus designará para la revisión acelerada homólogos clínicos de la misma especialidad o especialidad similar a la de la persona que normalmente manejaría el caso que se revisa. Dichos homólogos no deben haber participado en la determinación adversa inicial.

La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará a la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o suscriptor, pero en ningún caso a más de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la solicitud de revisión, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

La notificación de la decisión podrá ser verbal, por escrito o electrónicamente. Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, se le proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar a los tres (3) días de la notificación verbal.

La notificación detallará lo siguiente, de una manera comprensible para la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, para su representante personal:

- Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión acelerada (los revisores);
- Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la solicitud de revisión acelerada;
- La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o suscriptor pueda responder a los planteamientos del Auxilio Salud Plus;
- Una referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación; y
- Si la determinación resulta en una determinación adversa, la misma proveerá:
 - i. Las razones específicas de la determinación adversa;
 - ii. Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
 - iii. Si para formular la determinación adversa se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a la solicitud de la persona cubierta o suscriptor;
 - iv. Si la determinación adversa se basa en la necesidad o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, o una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación;
 - v. Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
 - 1. Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación adversa;
 - 2. Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación;
 - 3. Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente;
 - 4. Una declaración en la que se indica el derecho de la persona cubierta o suscriptor a incoar una demanda en el tribunal competente;
 - 5. La siguiente declaración, enfatizando el carácter voluntario de los procedimientos: “El plan médico y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tal como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros”; y

6. Una notificación del derecho de la persona cubierta o suscriptor a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.
- vi. Nada de lo aquí dispuesto se entenderá como una limitación para dejar sin efecto una determinación adversa sin observar el procedimiento aquí prescrito.

1) Procedimientos para apelaciones

- a) Cuando el suscriptor no está de acuerdo con el resultado de la querella debe presentar por escrito, dentro de los próximos diez (10) días de recibir la contestación a su querella, una apelación explicando el porqué de su desacuerdo.
- b) Esta apelación será revisada por un Comité de Querellas y resolverá de forma justa, eficiente y oportuna la petición que se le hace.
- c) El Comité resolverá de forma expedita los casos que se relacionen al cuidado y tratamiento urgente o de emergencia; los otros casos se resolverán dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha en que se recibe la apelación.

XX. Guía de Contactos para todo tipo de Apoyo al Suscriptor

Al enviar documentos, use el correo electrónico correspondiente para mantener una comunicación más eficiente con su plan. A continuación, detallamos los correos electrónicos por categorías. Así, cuando necesite enviar un documento, podrá identificar rápidamente a dónde dirigirse.

A. asegurados@auxiliosaludplus.com

- Envío de certificación de cubierta

B. preautorizaciones@auxiliosaludplus.com

- Documentos para el proceso de preautorización de servicios, servicios médicos o cirugías. Estos deben ser acompañados por orden médica, justificación médica o última nota de progreso.

C. citas@auxiliosaludplus.com

- Exclusivo para pacientes de la Clínica Auxilio Salud Plus

- Recibo y envío de laboratorios
- Referidos
- Recetas
- Documentos a ser completados por el médico

D. suscripción@auxiliosaludplus.com

- Solicitudes de ingreso, cambios y cancelaciones.

E. ley95asp@auxiliosaludplus.com

- Exclusivo para someter solicitudes de nuevo ingreso y renovaciones para Ley 95.

F. reembolsos@auxiliosaludplus.com

- Enviarla solicitud de reembolso en blanco a los suscriptores
- Recibir las solicitudes de reembolso completadas con la documentación que corresponde de parte de los asegurados
- Enviar las cartas de aceptación y denegación de parte del Departamento de Reclamaciones a cada asegurado una vez se analicen las solicitudes
- Cualquier otro asunto específicamente relacionado a reembolsos.

XXI. Definiciones

1) Cubierta Básica

- 1) ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD (ASES): La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico se creó por la Ley Núm.72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada. La ASES es una corporación pública con plena capacidad para desarrollar las funciones que la ley le encomienda. ASES tiene la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con Aseguradoras, y/u Organizaciones de Servicios de Salud, un sistema de seguros de salud que eventualmente les brinde a todos los residentes de la isla acceso a cuidados médico-hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera. Además, fiscaliza y evalúa los servicios que ofrecen las compañías aseguradoras contratadas.

- 2) **AÑO DE CONTRATO:** Significa el periodo de doce (12) 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.
- 3) **APARATO ORTOPÉDICO:** Significa instrumentación ortopédica y aditamentos fijos o temporeros los cuales incluye: clavos y tornillos, entre otros.
- 4) **ASEGURADO O SUSCRIPTOR PRINCIPAL:** El empleado o pensionado que suscribe la solicitud de ingreso al Plan.
- 5) **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.
- 6) **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.
- 7) **CANCELACIÓN DE CONTRATO:** Significa la terminación del acuerdo contractual de servicios mediante notificación y aceptación por escrito por cualquiera de las partes.
- 8) **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.
- 9) **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.
- 10) **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.
- 11) **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.

- 12) COPAGO: Significa la cantidad fija establecida a ser pagada por el asegurado o suscriptor al momento de recibir los servicios.
- 13) 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.
- 14) DEDUCIBLE: Significa la cantidad fija de gasto que el asegurado deberá incurrir antes de que el Plan comience a efectuar pago por beneficios cubiertos.
- 15) 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) Lo(s) hijo(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 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.
- 16) **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.).
- 17) **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).
- 18) **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.
- 19) **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.

- 20) **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.
- 21) **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.
- 22) **ENTIDAD CONTRATANTE:** Significa Asegurador u Organización de Servicio de Salud autorizado por la Oficina del Comisionado Seguros u Organización o Asociación que contrata con la Administración de Seguros de Salud (ASES).
- 23) **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.
- 24) **HOSPICIO:** Cuidado especial que se brinda a personas que tienen enfermedades terminales y a sus familiares. Este cuidado incluye cuidado físico y consejería.
- 25) **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.
- 26) **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.
- 27) **IMPLANTES:** Artefacto interno que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo. No incluye aditamentos utilizados en cirugías ortopédicas.
- 28) **LABORATORIO NO PARTICIPANTE:** Significa un laboratorio que no haya firmado contrato con La Entidad Contratante para prestar servicios a sus asegurados o suscriptores.

- 29) **LABORATORIO PARTICIPANTE:** Significa una institución legalmente autorizada para practicar exámenes bacteriológicos, microscópicos, bioquímicos, serológicos o histopatológicos 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.
- 30) **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.
- 31) **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.
- 32) **MEDICINA NATURAL:** Significa la técnica en la cual se emplean métodos y productos naturales para el tratamiento de condiciones físicas y mentales.
- 33) **MÉDICO PRIMARIO:** Médico generalista, pediatra, ginecólogo, médico de familia o internista.
- 34) **OBESIDAD MÓRBIDA:** Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35.
- 35) **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.
- 36) **PLAN INDIVIDUAL:** Cubierta para el empleado o el pensionado solamente.
- 37) **PLAN PAREJA:** Cubierta para el empleado o pensionado y un dependiente directo.
- 38) **PLAN FAMILIAR:** Cubierta para el empleado o pensionado y dos o más dependientes directos
- 39) **PREAUTORIZACIÓN:** Significa la autorización previa expedida por escrito por La Entidad Contratante.
- 40) **PRÓTESIS:** Artefacto que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo.

- 41) **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.
- 42) **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.
- 43) **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.
- 44) **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.
- 45) **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.
- 46) **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.
- 47) **TERAPIA OCUPACIONAL:** Terapia que ayuda al paciente a recuperar la habilidad para realizar las tareas normales del diario vivir.
- 48) **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.
- 49) **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.

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



El plan que trabaja contigo.