

CUBIERTA DE SALUD
GRUPO PEQUEÑO

Ryder PymeSalud 2027

RYDER HEALTH PLAN, INC.

RHP-PYMESALUD-2027

RYDER HEALTH PLAN, INC.

Cubierta de Salud Grupo Pequeño

Ryder PymeSalud 2027

353 Ave Font Martelo Suite 1, Humacao, PR 00791
Teléfono: (787) 852-0846
FAX: (787) 850-4863
E-mail: info@planryder.com

DE UNA PARTE:

RYDER HEALTH PLAN, INC., en adelante RHP.

DE OTRA PARTE:

PATRONO	[Nombre y Dirección del Patrono]
SEGURO SOCIAL PATRONAL	[Número de Seguro Social Patronal]
NÚMERO DE GRUPO	[Número de Grupo Asignado por RHP]
FECHA DE EFECTIVIDAD	[00/00/00]
AÑO PÓLIZA	[00/00/00 – 00/00/00]
CUBIERTAS OPCIONALES	[Dental Extendida, Seguro Grupal de Viaje Internacional]

Este contrato se emite como evidencia de cubierta bajo el plan médico de grupo pequeño y está sujeto a las siguientes Clausulas y Condiciones.

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS **CON *MEDICARE***
ESTA CUBIERTA DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Este no es una cubierta o Contrato Complementario a *Medicare*

Esta cubierta provee beneficios limitados, si usted cumple con las condiciones de la cubierta para gastos relacionados a los servicios específicos enumerados en la cubierta. No paga sus copagos o coaseguros de *Medicare* y no es un sustituto para cubierta complementario a *Medicare.*

Esta cubierta duplica beneficios de *Medicare* cuando:

Algunos de los servicios cubiertos también están cubiertos por *Medicare.*

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

Hospitalización
Servicios médicos
Otras partidas y servicios aprobados

Antes Que Usted Compre Esta Cubierta

- Coteje la cubierta en **todas** las cubiertas de salud que usted ya tenga.

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

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

¡BIENVENIDO A RHP!

Estimado suscriptor:

Le damos la más cordial bienvenida a la familia de RHP y le agradecemos la confianza depositada en nosotros.

Le exhortamos a leer detenidamente este documento, el cual constituye el contrato y la evidencia de su cubierta. En él encontrará un desglose de los beneficios incluidos en su plan y la información necesaria para aprovecharlos al máximo.

Si tiene alguna duda o pregunta sobre sus beneficios, puede comunicarse con nuestras oficinas a los números 787-852-0846 o 787-988-7910, de lunes a viernes, en horario de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.

También puede visitar nuestra página web www.planryder.org, donde encontrará directorios, formularios y otros recursos informativos disponibles para su conveniencia.

Cordialmente,

Lcdo. Angel L Rivera Martinez
Administrador
Ryder Health Plan, Inc.

TABLA DE CONTENIDO

I. DEFINICIONES 6
II. ELEGIBILIDAD 22
III. CUBIERTA RYDER PYMESALUD 23
IV. CERTIFICACIÓN DE CUBIERTA ACREDITABLE Y RESPONSABILIDAD DEL PATRONO 24
V. PERÍODO DE GRACIA 25
VI. DISPONIBILIDAD DEL PLAN MÉDICO PARA PATRONOS DE PYMES 25
VII. REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN Y APORTACIÓN PATRONAL 26
VIII. RENOVACIÓN DEL PLAN MÉDICO 26
IX. PROCEDIMIENTOS DE TRAMITE DE PREAUTORIZACIÓN 29
X. TERMINACIÓN DEL CONTRATO 29
XI. CLAUSULA DE CONVERSIÓN 30
XII. DERECHOS PERSONALES 31
XII. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) 33
XIV. SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS POR LA LEY FEDERAL ACA (AFFORDABLE CARE ACT) 38
XV. BENEFICIOS CUBIERTOS 47

A. HOSPITALIZACIÓN 49

B. SERVICIOS MÉDICO – QUIRÚRGICOS 51

C. SERVICIOS POST-HOSPITALIZACIÓN – ENFERMERÍA ESPECIALIZADA 52

D. SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA 52

E. SERVICIOS CUBIERTOS EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA 52

F. SERVICIOS AMBULATORIOS 52

G. SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA 61

H. CIRUGIA BARIATRICA 61

I. SERVICIOS CUBIERTOS MEDIANTE REEMBOLSO 62

J. CUBIERTA DE FARMACIA 62

K. CUBIERTA DENTAL 69

L. COVID-19 71

XVI. LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS 71
XVII. EXCLUSIONES 73
XVIII. DISPOSICIONES GENERALES 76
XIX. TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS PYMESALUD PLATINO 106
XX. TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS PYMESALUD ORO 114

XXI. TABLA DE SERVICIOS PREVENTIVOS, APLICABLES PARA PYMESALUD PLATINO Y PYMESALUD ORO.....123

I. DEFINICIONES

Para los efectos de esta cubierta, los siguientes términos tendrán las definiciones que se indican a continuación:

1. **AFILIADA O AFILIADA DE:** significa toda entidad o persona que directa o indirectamente, mediante uno o más intermediarios, controla, o es controlada por, o se encuentra bajo el mismo control que una entidad o persona en específico.

2. **AREA GEOGRÁFICA DE SERVICIO:** significa un área geográfica, según constituida y delineada por el Comisionado mediante cartas normativas a tales fines. La organización de servicios de salud deberá dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 194-2000, según enmendada, en especial al Artículo 6(b) relacionado a todas las áreas geográficas de servicio en las cuales esté autorizado a proveer cubierta.

3. **ÁREA DE SERVICIO:** Significa el área dentro de la cual se espera que la persona suscrita reciba la mayoría de los servicios médico-hospitalarios. En esta cubierta el área de servicio es el Este de Puerto Rico, ya que los beneficios provistos en esta cubierta están disponibles solo para aquellas personas que residen permanentemente en los siguientes pueblos Maunabo, Yabucoa, Humacao, Naguabo, Ceiba, Fajardo, Luquillo, Las Piedras, Juncos, San Lorenzo y Caguas.

4. **ASEGURADOR O ASEGURADOR DE PATRONOS DE PYMES O DE ASOCIACIONES BONA FIDES:** significa toda entidad autorizada por el Comisionado para ofrecer planes médicos a los empleados elegibles de uno o más patronos de PYMES o a los miembros de una asociación bona fide, a tenor con este Capítulo. Para propósitos de este Capítulo, "asegurador" incluye a una compañía de seguros, un plan prepagado de cuidado médico o de hospital, una sociedad fraternal benéfica, una organización de servicios de salud, y toda otra entidad que ofrezca y provea planes médicos o beneficios de salud que esté sujeta a la reglamentación de seguros en Puerto Rico.

5. **ASOCIACION O ASOCIACION DE ORGANIZACIONES DE PLANES MEDICOS:** significa la corporación sin fines de lucro establecida conforme al Artículo 10.120 del Código de Seguros de Puerto Rico.

6. **BENEFICIOS CUBIERTOS O BENEFICIOS:** Significa los servicios de cuidado de la salud a los que una persona suscrita o suscriptor tiene derecho conforme al plan.

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

8. **CARACTERISTICAS PARA PROPOSITOS TARIFARIOS**: significa:

- Composición familiar.
- Área geográfica.
- Uso de tabaco.
- Edad.
- Otras características que establezca el Comisionado mediante carta normativa.

9. **CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIA**: Un establecimiento especializado:

a. Donde la ley reglamente tal facilidad, que haya obtenido la licencia de la autoridad reguladora cuya responsabilidad sea ceder tales licencias bajo las leyes de la jurisdicción en que esté ubicado; o

b. Donde la ley no reglamente tal facilidad, que cumpla todos los requisitos siguientes:

   i. Este establecido, equipado y dirigido de acuerdo con las leyes aplicables en la jurisdicción donde se encuentra ubicado primordialmente para el propósito de ejecutar procedimientos quirúrgicos.

   ii. Funcione bajo la supervisión de un doctor en medicina (M.D.) con licencia para ejercer su profesión, que dedique un horario completo a tal supervisión y permite la ejecución de procedimientos quirúrgicos únicamente por un médico calificado, quien a la fecha en que se ejecuten tales procedimientos tenga el privilegio de ejecutarlos también en por lo menos un hospital en la región.

iii. Requiera en todos los casos, excepto en los que solamente requieran anestesia local, que un anestesiólogo con licencia administre la anestesia y permanezca presente durante todo el procedimiento quirúrgico.

iv. Provea por lo menos dos (2) salas de operaciones y por lo menos una sala de recuperación post- anestesia; este equipado para llevar a cabo exámenes de diagnóstico de radiografías y laboratorio; y disponga de personal adiestrado y equipos necesarios para atender las emergencias previsibles incluyendo un desfibrilador, un juego de traqueotomía y un banco de sangre u otro suministro pero sin limitarse a ellos.

v. Provea los servicios de horario completo de uno(a) o más enfermeros(as) graduados(as) registrados(as) (R.N.) para la asistencia de pacientes en las salas de operaciones y en la sala de recuperación post-anestesia.

vi. Mantenga un contrato escrito con por lo menos un hospital en la región para la aceptación inmediata de los pacientes que tengan complicaciones o requieran una hospitalización post- operatoria.

vii. Mantenga un registro médico adecuado, para cada paciente, el cual contenga un diagnóstico de admisión que incluya, para todos los pacientes, excepto aquellos que se sometan a un procedimiento con anestesia local. un informe de examen preoperatorio, historia clínica y pruebas de laboratorio o radiografías, un informe operatorio y un resumen del alta del paciente.

10. **CERTIFICACIÓN:** Documento que contiene una determinación, sea de una organización de servicios de salud o de una organización de revisión de utilización, de que la solicitud de un beneficio bajo el plan médico ha sido revisada y que, en base a la información provista, cumple con los requisitos de dicha organización de servicios de salud para necesidad médica, pertinencia, ámbito de atención médica, nivel de cuidado y efectividad.

11. **CIRUGIA BARIATRICA:** Procedimiento quirúrgico para el control de la obesidad, el cual se puede practicar mediante cuatro técnicas: bypass gástrico, banda ajustable, balón intragástrico o gastrectomía en manga.

12. **CIRUGIA RECONSTRUCTIVA:** Aquella cirugía que se lleva a cabo en estructuras anormales del cuerpo con intención de mejorar defectos en función y apariencia que hayan sido resultado de defectos congénitos, enfermedades o trauma.

13. **COASEGURO:** El por ciento que tiene que pagar el suscriptor al momento de recibir el servicio cubierto del médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en la cubierta y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por RHP.

14. **CODIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO:** se refiere a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada.

15. **COHABITANTES O PAREJAS COHABITANTES:** Dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, sujetas a convivencia sostenida y afectiva de manera voluntaria, estable, pública y continua durante un plazo no menor de un (1) año, que cohabita en una residencia común sin estar cansados entre sí, y que tienen la intención de continuar con esta situación. Y que no están relacionadas por lazos familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

16. **CO-PAGO:** La cantidad fija predeterminada que el suscriptor tiene que pagar al momento de recibir los servicios al médico o proveedor participante a cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en la cubierta y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable.

17. **COMISIONADO:** significa el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

18. **COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA:** significa un comité cuerpo equivalente, compuesto por empleados o consultores externos contratados por una organización de servicios de salud, el cual estará compuesto por un número impar de miembros. Los miembros del comité de farmacia y terapéutica serán profesiones de la salud, tales como médicos y farmacéuticos, los cuales tendrán conocimiento y pericia respecto a:

. La forma adecuada, desde la perspectiva clínica, de recetar, suministrar y supervisar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios; y

. La revisión y evaluación del uso de los medicamentos, así como la intervención con dicho uso.

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

19. **COMPENDIOS DE REFERENCIA ESTANDAR:** significa:

- The American Hospital Formulary Service-Drug Information;
- The American Medical Association Drug Evaluation o
- The United States Pharmacopoeia-Drug Information.

20. **COMPOSICION FAMILIAR:** significa:

- Suscriptor.
- Suscriptor, cónyuge e hijos.
- Suscriptor y cónyuge.
- Suscriptor e hijos; o
- Hijo solo.
- Suscriptor y cohabitante.

Se entenderá por hijo, todos aquellos que están así identificados en la definición de dependientes provista en la ley. Para efectos de esta definición, cohabitante significa personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, sujetas a una convivencia sostenida y a un vínculo afectivo, que cohabitan voluntariamente, de manera estable y continúa.

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

22. **CONDICIÓN MEDICA DE EMERGENCIA:** Significa una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, ante la cual una persona lega, razonablemente prudente y con un conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar que, en ausencia de atención médica inmediata, la salud de la persona se colocaría en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para trasladarla a otras instalaciones antes del parto, o que trasladarla representaría una amenaza a su salud o a la de la criatura por nacer.

23. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** significa una condición, incluyendo información genética, independientemente de la causa de la misma, para la cual se recomendó o recibió diagnóstico, cuidado o tratamientos anteriores a la fecha de efectividad del plan médico. A partir del 1 de enero de 2014, los planes médicos vigentes y futuros no podrán excluir ni discriminar o a sus beneficiarios por condiciones preexistentes, independientemente de la edad del suscriptor.

24. **CONTRATO FAMILIAR:**

a. Significa que la cubierta provee beneficios para cualquier persona elegible, su cónyuge y/o cohabitante y sus dependientes directos, según se define en esta sección. La prima correspondiente a contratos familiares será la suma de la prima suscriptor principal más la prima del cónyuge y de los primeros tres (3) dependientes directos menores de 26 años.

b. De no existir el cónyuge y/o cohabitante elegible según la define el inciso 14, el contrato Familiar será la suma de las primas del suscriptor principal y la prima de sus tres (3) dependientes directos menores de 26 años.

c. El suscriptor principal podrá incluir, además, en su contrato Familiar o Individual a cualquier dependiente opcional, según lo define el inciso 32, de esta sección, si paga la prima adicional correspondiente.

d. La inclusión de los dependientes solo podrá hacerse al momento de adquirir la cubierta o en la fecha de renovación de la cubierta, salvo lo dispuesto en la Sección Cambios Durante el Año, o cualquier otra disposición de ley.

25. **CORONAVIRUS –** son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). Pero la más reciente amenaza a la humanidad de esta familia de virus se conoce como el COVID-19.

26. **COVID-19 -** es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. La ley 43-2020 conocida como "Ley para Combatir el Covid-19" provee cuidado médico, estudio, análisis, diagnóstico y tratamiento de Covid-19, incluyendo hospitalización, libre de costo sin importar si cuenta o no con seguro de salud.

27. **CUBIERTA ACREDITABLE:** significa, respecto a una persona, los beneficios de salud o la cubierta provista conforme a algunos de los siguientes mecanismos:

- Un plan médico, ya sea grupal o individual;
- La Parte A o la Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare);
- El Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid), aparte de la cubierta que consiste solamente de beneficios en el Artículo 1928 (el programa para la distribución de vacunas pediátricas);
- El Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estados Unidos (cuidado médico y dental para los miembros y algunos exmiembros de la uniformada, y para sus dependientes. Para propósitos del Título 10 U.S.C. Capítulo 55, "la uniformada" significa las Fuerzas Armadas y el Cuerpo Comisionado de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica y del Servicio Público de Salud);
- Un fondo común de riesgos de salud estatal;
- Un plan médico ofrecido bajo el Capítulo 89 del Título 5 del Código de Estados Unidos (Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales —FEHBP, por sus siglas en inglés—);
- Un plan médico público que, para propósitos de este Capítulo, significa un plan establecido o mantenido por un estado, el Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero o alguna subdivisión política de un estado, del Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero que provea cubierta a las personas afiliadas en el plan;
- Un plan médico según descrito en el Artículo 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz, 22 U.S.C. 2504(e); o
- El Título XXI de la Ley del Seguro Social (Programa de Seguro de Salud para Niños, conocido como Children's Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés).

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

28. **CUBIERTA CONVERTIDA:** significa un plan médico básico en sus diversas cubiertas metálicas emitido conforme a las disposiciones de este capítulo y las disposiciones federales aplicables.

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

a. Programa Medicare, Medicaid, Programa Civil Médico para los Servicios Uniformados (Tricare), o de Servicio de Salud para Indígenas u otro programa auspiciado por el Gobierno.

b. Plan médico grupal lo cual incluyen una cubierta emitida por una organización de servicios de salud, un plan de hospitalización prepagada o de servicios médicos o una sociedad de auxilio mutuo, que provee beneficios similares a los del plan médico básico o los exceda, siempre y cuando la cubierta haya estado vigente por lo menos por un año.

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

(1) El patrono optó por un plan médico que participa en la Asociación de Planes Médicos conforme al Artículo 10.130 del Código de Seguros de Puerto Rico; y
(2) El patrono cumplió con los requisitos de participación del plan operacional de la Asociación de Planes Médicos.

d. Un plan médico individual o un plan de una asociación bona fide que incluye cubierta provista por una organización de servicios de salud, plan de hospitalización prepagada o servicios médicos, o una sociedad de auxilio mutuo que provee beneficios similares a los del plan médico básico con un nivel de cubierta plateada o los excede, si la cubierta ha estado vigente durante al menos los últimos doce (12) meses consecutivos; o

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

30. **CUIDADO MEDICO:** Significa:

- El diagnóstico, alivio, tratamiento o prevención de enfermedades;
- Transporte esencial para recibir el cuidado médico indicado en el inciso (a) y principalmente para dicho propósito.

31. **DENTISTA:** Odontólogo legalmente autorizado a practicar la profesión de cirujano-dentista.

32. **DEPENDIENTES:** Significa cualquier persona que es o pudiese ser elegible a un plan médico por motivo de la relación que tiene con el suscriptor principal y a tenor con las condiciones dispuesta en el plan. Podrán considerarse dependientes del suscriptor principal los siguientes:

a. El cónyuge;

b. Cohabitante, persona soltera, adulta, con plena capacidad legal, sujeta a una convivencia sostenida y a un vínculo afectivo, que cohabitan voluntariamente, de manera estable y continúa.

c. Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de veintiséis (26) años;

d. Un hijo biológico, un hijo adoptivo o colocado para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse así mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 11-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 11-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos pomulgados al amparo de éstas;

e. Hijastros;

f. Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el suscriptor principal, en una relación de padre, madre, cohabitante e hijo o hija de la familia del suscriptor principal para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;

g. Menor no emancipado cuya custodia o tutela haya sido otorgada a los abuelos u otros familiares

participantes, y de aquellos mayores de edad que hayan sido declarados incapacitados, cuya tutela haya sido otorgada, cuando la persona a quien se le ha otorgado la custodia o tutela sea el suscriptor principal del plan.

h. Persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al suscriptor principal, (abuelos u otros familiares participantes);

i. Familiar del suscriptor principal, su cónyuge o cohabitante mientras viva permanentemente bajo el mismo techo del suscriptor principal y que dependa sustancialmente de éste para su sustento, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de las organizaciones de salud;

j. Padre y madre del suscriptor principal, o los de su cónyuge, aunque no vivan bajo el mismo techo, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de las organizaciones de salud.

33. **DEPENDIENTES OPCIONALES:** Significa familiares inmediatos del suscriptor principal, cónyuge, que no cualifiquen como dependientes directos y que dependan sustancialmente de dicho suscriptor para su sustento y que no hayan alcanzado la edad de sesenta y cinco (65) años. Cualifican como dependientes opcionales los hijos que no cualifiquen como dependientes directos, padres, suegros, ex-cónyuges con evidencia de la orden del Tribunal. También cualificará como dependiente opcional, dentro de un contrato familiar, cualquier persona que no cualifique como dependiente directo y sea incapacitado donde el suscriptor principal no presenta o tiene sentencia final y firme de la custodia, patria potestad o tutela. Es responsabilidad del suscriptor principal demostrar en forma satisfactoria para RHP, la elegibilidad de estos dependientes.

34. **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).

35. **DIVULGAR:** significa dar a conocer, transferir o difundir de alguna manera, información de salud protegida a una persona que no sea la persona objeto de dicha información.

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

37. **ENFERMEDAD:** Cualquier condición no ocupacional contraída por cualquier suscriptor; pero las enfermedades por las cuales los hospitales estén impedidos de admitir al paciente, por ley o reglamentación, una vez dichas enfermedades hayan sido diagnosticadas no estarán cubiertas bajo esta cubierta.

38. **ESTABILIZAR:** Significa proveer tal tratamiento médico para una condición, según sea necesario, para asegurar, dentro de razonamiento médico probable, que ningún deterioro material por la condición es probable que ocurra durante el traslado de un individuo de una facilidad, o, con respecto a una condición de emergencia médica, para transporte.

39. **EVENTO CALIFICADOR:** significa pérdida de la elegibilidad conforme a los términos de la cubierta.

40. **EVIDENCIA MÉDICA O CIENTÍFICA:** Evidencia encontrada en alguna de las siguientes fuentes:

- Estudios revisados por homólogos expertos publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para textos científicos;
- Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y los de Elsevier Science, Ltd. En Excerpta Medicus (EMBASE);
- Revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos conforme a la Ley Federal de Seguro Social;
- Los compendios normativos en inglés:
    - . "The American Hospital Formulary Service-Drug Information"

- . "Drug Facts and Comparisons®"
- . "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics" y
- . "The United Pharmacopoeia-Drug Information";

- Los hallazgos, estudios o investigaciones realizados por las agencias del Gobierno Federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:
  - . La agencia federal "Agency for Health Care Research and Quality";
  - . Los Institutos Nacionales de Salud";
  - . El Instituto Nacional del Cáncer;
  - . La "National Academy of Sciences";
  - . Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);
  - . La Administración de Drogas y Alimentos (FDA);
  - . Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito sea evaluar la eficacia de los servicios de cuidado de la salud o
- Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los apartados (a) a la (e) precedente.

41. **EXCLUSION CATEGORICA:** significa la disposición expresa que establece un plan médico para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.

42. **FACILIDAD DE CUIDADO DE SALUD O FACILIDAD: S**e refiere a las facilidades de salud definidas en la Ley Núm. 101 del 26 de junio de 1965, enmendada y conocida como "Ley de Facilidades de Salud". Incluye hospitales, departamentos de emergencias satélites, centros de cirugía ambulatoria o cualquier centro externo de cuidado ambulatorio de un hospital donde se ofrecen servicios de cirugía ambulatoria.

43. **FAMILIAR CERCANO:** Padre, hijo o hermano.

44. **FARMACIA:** Establecimiento de servicio de salud, autorizado y registrado de conformidad con las disposiciones de la Ley de Puerto Rico y los Estados Unidos de América, para dedicarse a la prestación de servicios farmacéuticos, que incluye: la dispensación de medicamentos de receta, medicamentos sin receta y otros productos relacionados con la salud, la prestación de cuidado farmacéutico y otros servicios dentro de las funciones del farmacéutico establecido por Ley.

45. **FARMACIA PARTICIPANTE**: Farmacias contratadas en la red de RHP que brindan servicios a los suscriptores de RHP.

46. **FDA:** significa la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos.

47. **FECHA DE EFECTIVIDAD:** significa el primer día de la cubierta o, si hay un periodo de espera, el primer día del periodo de espera, lo que ocurra primero.

48. **FORMULARIO:** Es una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por la organización de servicios de salud, o su designado, y la cual regularmente se evalúa para añadir o excluir medicamentos de receta, a la cual se refieren para determinar los beneficios en la cubierta de farmacia.

49. **FORMULARIO DE SOLICITUD UNIFORME: ACREDITACIÓN Y RENOVACIÓN DE CREDENCIALES**: La Ley Núm. 73 del 17 de julio de 2023 Artículos 18.040, 18.051, 18.052, 18.053 Código de Seguros se establece con el propósito de establecer uniformidad en la información y los documentos requeridos para la acreditación y re-acreditación según lo dispuesto en el inciso (a) de esta Sección, el Secretario del Departamento de Salud, en coordinación con la Oficina del Comisionado de Seguros, adoptará un Formulario de Solicitud Uniforme para Acreditación y Re-acreditación, en formato electrónico, que será utilizado en los procesos de acreditación y re-acreditación de las organizaciones de servicios de salud y aseguradoras que estén autorizadas por contrato con la Administración para el manejo del Plan de Salud del Gobierno, de conformidad con los parámetros promulgados por o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

50. **GASTOS ELEGIBLES:** Son los gastos asumidos por Ryder Health Plan, Inc. en relación con los beneficios cubiertos.

51. **GASTOS CUBIERTOS:** Son los costos incurridos por un suscriptor al recibir servicios cubiertos a través de un proveedor no participante, que Ryder Health Plan, Inc. se compromete a reembolsar. Este reembolso se basa en las tarifas aplicables y contratadas por nuestra red de proveedores, para un proveedor de especialidad similar al servicio recibido, descontando el copago correspondiente.

52. **HIJOS DE CRIANZA**: aquellos menores de edad que, sin ser hijos naturales ni adoptivos del asegurado principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquél en una relación normal de padre/madre e hijo/hija y que son, y continuarán siendo, totalmente dependientes de la familia de dicho asegurado para recibir alimento.

53. **HOMÓLOGO CLÍNICO:** Médico u otro profesional de la salud que posee una licencia no restringida en un estado de los Estados Unidos o Puerto Rico, y en la misma especialidad o especialidad similar, que típicamente maneja la condición médica, procedimiento o tratamiento bajo revisión.

54. **HOSPITALIZACION PARCIAL:** Se refiere a las facilidades y servicios organizados para el cuidado de pacientes con condiciones mentales que requieren atención hospitalaria a través de programas diurnos o nocturnos, los cuales cubren periodos diarios menores de veinticuatro (24) horas.

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

56. **INFORMACION DE SALUD:** significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera, acerca de sucesos o relaciones con otras personas que afecten:

(1) La salud física, mental o conductual, o los padecimientos de salud de la persona, o un miembro de la familia de ésta, bien sea en el pasado, el presente o el futuro;
(2) Los servicios de cuidado de la salud que se presten a la persona o
(3) El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.

57. **INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA:** significa información de salud:

(1) Que identifica a la persona objeto de la información; o
(2) Información con respecto a la cual sería razonable entender que se podría usar para identificar a la persona objeto de ésta.

58. **INFORMACION GENETICA:** significa información sobre genes, productos de genes y características heredadas que podrían derivarse de la persona o de un miembro de la familia. Esto incluye información relacionada con el estatus de portador e información derivada de pruebas de laboratorio que identifican mutaciones en genes o cromosomas específicos, exámenes médicos físicos, historiales familiares y el análisis directo de los genes o cromosomas.

59. **INSTALACION DE CUIDADO DE SALUD O INSTALACION:** significa una instalación con licencia para proveer servicios de cuidado de la salud o un lugar donde se provee cuidado médico, incluyendo los hospitales y otros centros con pacientes recluidos, centros de cirugía o tratamiento ambulatorios, centros de enfermería especializada, centros residenciales de tratamiento, centros de laboratorios, radiología e imágenes, y los lugares de rehabilitación y otros tipos de terapia.

60. **INTERRUPCION SUSTANCIAL DE CUBIERTA:** significa un periodo de sesenta y tres (63) días consecutivos durante los cuales la persona no ha tenido cubierta acreditable alguna. Para el cómputo de este término no se tomará en cuenta el período de espera ni el periodo de suscripción.

61. **LESIONES:** Significa cualquier herida, contusión o golpe que sufra el suscriptor, que no sea un accidente automovilístico, motora o del trabajo y que requiera tratamiento médico y servicios de hospital.

62. **LITERATURA MEDICA EVALUDA POR HOMOLOGOS ("PEER-REVIEWED MEDICAL LITERATURE"):** significa un estudio científico que haya sido publicado en una revista académica o en otra publicación, en la que los manuscritos originales se divulgan luego de haber sido evaluados por peritos independientes e imparciales y de que el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas haya determinado que cumplen con los

Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a revistas biomédicas. La literatura médica evaluada por homólogos no incluye publicaciones o suplementos de publicaciones que hayan recibido gran parte de su patrocinio de una compañía manufacturera de productos farmacéuticos o de una organización de servicios de salud.

63. **MALTRATO:** significa la comisión de uno o más de los siguientes actos, bien fueren ejecutados por un miembro o ex miembro de la familia de la víctima, algún residente de su casa, compañero o compañera sentimental o cualquier persona a cargo de su cuidado:

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

64. **MANEJO DE CASOS:** Serie de actividades coordinadas, establecidas por una organización de servicios de salud y conducida para el manejo individual de condiciones serias, complicadas, prolongadas, entre otras, del paciente.

65. **MEDICARE:** La Ley Federal sobre la Cubierta de Salud para las Personas de Edad Avanzada, Titulo XVIII de las enmiendas del 1965 a la Ley del Seguro Social constituido o enmendada posteriormente.

66. **MEDICAMENTO O MEDICAMENTOS:** significa toda sustancia recetada por un proveedor de cuidado de la salud licenciado y que se utilice para el diagnóstico, alivio, tratamiento o prevención de una enfermedad, independientemente del método mediante el cual se suministre (por vía oral, inyección en el músculo, la piel, vaso sanguíneo o cavidad corporal, o que se aplique en la piel o que el cuerpo lo asimile de alguna otra manera). El término incluye las sustancias que tienen la aprobación de la FDA para al menos una indicación.

67. **MEDICAMENTO DE RECETA**: Significa un medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrados mediante recetas.

68. **MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO**: Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas a largo plazo, tales como: diabetes, alta presión, trastornos de la tiroides, arritmias cardíacas, cáncer, asma y fallo congestivo, entre otros.

69. **MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS**: Fármacos que deben ser distribuidos o almacenados en una manera no convencional y que requieren una supervisión y monitoreo cercano durante la terapia. Entre ellos se incluyen los medicamentos inyectables.

70. **MEDICAMENTO DE MARCA**: Fármacos que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o marca de fábrica.

71. **MEDICAMENTOS GENERICOS/BIOEQUIVALENTES**: Medicamentos clasificados por el FDA como terapéuticamente bioequivalentes por contener los mismos ingredientes activos; ser idénticos en su potencia, forma de dosificación y vía de administración y tener indisponibilidad comparable.

72. **MEDICINA O FÁRMACO**: Toda droga en forma de dosificación adecuada para ser utilizada en seres humanos.

73. **MEDICINA DEPORTIVA:** Aquella rama de la medicina que trata las enfermedades y lesiones que resulten de actividades deportivas; incluyendo la fase preventiva y preparatoria necesaria para mantener una buena forma física y mental.

74. **MEDICO O PROVEEDOR PARTICIPANTE**: Significa todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia, servicios médicos de emergencia pre- hospitalarios o cualquier otra persona o entidad autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, que bajo contrato directo con RHP o a través de un tercero preste servicios de salud a suscriptor o beneficiarios de RHP.

75. **NECESIDAD MEDICA:** significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es medicamente necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:

- Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica a la luz de los medios modernos de la comunicación y enseñanza;
- Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;
- La determinación de "necesidad médica" no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica;
- Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y
- Que dicha determinación de "necesidad médica" esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.

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

77. **OPERACIÓN COSMETICA:** Aquella cirugía que está dirigida únicamente a mejorar la apariencia individual y no a restaurar función corregir deformidades. La cirugía puramente cosmética no se convierte en cirugía reconstructiva por razones de naturaleza psiquiátricas o psicológicas.

78. **ORDEN DE MEDICAMENTO DE RECETA, RECETA O PRESCRIPCION:** significa una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.

79. **ORGANIZACIÓN DE REVISION DE UTILIZACION:** Entidad contratada por una organización de servicios de salud para realizar una revisión de utilización cuando dicha organización de servicios de salud no realiza una revisión de utilización para su propio plan de salud. Esto no deberá interpretarse como que el subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo procesos de revisión de utilización es un requisito para las organizaciones de servicios de salud.

80. **ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:** significa toda entidad que se compromete mediante contrato a proveer o tramitar servicios de cuidado de la salud a sus suscriptores a base del prepago de los mismos, salvo la cantidad que debe pagar el suscriptor por concepto de copago, coaseguro o deducible, según se establece en el Capítulo sobre Organizaciones de Servicios de Salud del Código de Seguros de Puerto Rico. Ryder Health Plan Inc. es la Organización de Servicios de Salud para efectos de este plan médico.

81. **ORGANIZACIÓN DE SEGUROS DE SALUD:** Significa una entidad sujeta a las leyes y reglamentos de Seguros de Puerto Rico o sujeta a la jurisdicción del Comisionado, que contrata o se ofrece a contratar para proveer, suministrar, tramitar o pagar los costos de servicios de cuidado de salud o reembolsar los mismos, incluyendo cualquier corporación con o sin fines de lucro de servicios hospitalarios y de la salud, las organizaciones de servicios de salud u otra entidad que provea planes de beneficios, servicios o cuidado de la salud. Disponiéndose que las

entidades excluidas a tenor con el Artículo 1.070 del Código de Seguros de Puerto Rico no serán consideradas como una organización de servicios de salud para propósitos de ese Código.

82. **OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA O CÁMARA HIPERBÁRICA:** Se refiere al método o tratamiento en el que un paciente es sometido a un ambiente con oxígeno superior al de la atmósfera o del 100% del oxígeno puro o de aumento en la oxigenación. Se refiere al proceso de compresión, alta presión o sobrepresión que se logra aumentando la presión del aire que se respira a presiones mayores que la presión normal.

83. **PATRONO DE PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA (PYMES):** Se refiere a toda persona, empresa, corporación, sociedad o asociación, con o sin fines de lucro, que haya empleado durante al menos el 50% de sus días laborables del

año natural anterior entre dos (2) y cincuenta (50) empleados elegibles. Para efectos de cálculo, las compañías afiliadas o aquellas que presenten planilla de impuestos combinada en Puerto Rico se consideran un solo patrono. El tamaño del patrono se determinará anualmente para evaluar la continuidad de la elegibilidad luego de emitido el plan médico.

84. **PERIODO DE ESPERA:** significa el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona cubierta o suscriptor antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico. El periodo de espera en ningún caso podrá exceder de noventa (90) días. No obstante, los servicios de sala de emergencias no tendrán periodo de espera y el periodo de espera para los servicios preventivos no podrá exceder los treinta (30) días.

85. **PERIODO DE SUSCRIPCION:** significa el lapso de tiempo establecido para que un empleado elegible se suscriba a un plan médico de patronos de PYMES o un miembro de una asociación bona fide se suscriba al plan médico de grupos pequeños que se ofrece a través de una Asociación Bona fide.

86. **PERSONA:** significa persona natural o jurídica, incluyendo corporación, sociedad, asociación, sociedad conjunta, sociedad comanditaria, fideicomiso, organización no incorporada y entidades similares o alguna combinación de las anteriores.

87. **PERSONA ELEGIBLE**: significa una persona que sea residente de Puerto Rico y que no es elegible a ser suscrito conforme a un plan médico auspiciado por su patrono. El término puede incluir lo siguiente:

- Suscriptor;
- Suscriptor, cónyuge y sus hijos;
- Suscriptor y cónyuge;
- Suscriptor e hijos; o
- Hijo solo;
- Suscriptor y cohabitante

88. **PERSONA ELEGIBLE SEGÚN LAS LEYES FEDERALES:** Una persona:

i. Para la cual, a la fecha de efectividad conforme al Código de Seguro de PR, los periodos acumulados de cubierta acreditable, según se define en ese código, sumen dieciocho (18) meses o más.

ii. Haya tenido una cubierta acreditable.

iii. Que entre la última cubierta acreditable y la fecha de efectividad, no haya transcurrido más de sesenta y tres días (63) días.

iv. Que no sea elegible para cubierta por un plan médico grupal, Parte A o Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguro Social, o un plan estatal conforme al Título XIX de dicha Ley, o programa sucesor de dichos planes y que no tenga ninguna otra cubierta de plan médico.

v. Cuya cubierta más reciente dentro de los periodos acumulados de cubierta acreditable no se dio por terminada por motivo de la falta de pago de las primas o de fraude.

89. **PERSONA QUE EXPIDE UNA RECETA DE MEDICAMENTOS:** significa todo profesional de la salud autorizada por ley a expedir órdenes de medicamentos de receta.

90. **PERSONA RECIEN SUSCRITA:** significa una persona residente de Puerto Rico y que tuvo cubierta previa calificadora durante los pasados treinta (30) días, o una persona que ha tenido un evento calificador durante los pasados treinta (30) días.

91. **PLAN MEDICO:** significa un contrato de seguro, cubierta o certificado provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual el asegurador se obliga a proveer, o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental o servicios incidentales a la prestación de éstos.

a. "Plan médico" no incluirá ninguna de las siguientes alternativas: (a) Cubierta sólo para accidente, o seguro de ingresos por incapacidad, o combinación de las mismas; (b) Cubierta emitida como suplemento al seguro de responsabilidad; (c) Seguro de responsabilidad, incluso seguro de responsabilidad general y seguro de responsabilidad de automóvil; (d) Seguro de compensación a los trabajadores; (e) Seguro de pagos médicos por accidentes automovilísticos; (f) Seguro de crédito solamente; (g) Cubierta para clínicas médicas en los predios ("on-site medical clinics"); y (h) Otra cubierta de seguro similar, en la cual los beneficios de cuidado médico son secundarios o incidentales a otros beneficios del seguro.

b. "Plan médico" no incluirá los siguientes beneficios si se proveen bajo una cubierta, un certificado o un contrato de seguros aparte, o de alguna otra manera no son parte integral del plan: (a) Beneficios limitados de servicios dentales o de visión; (b) Beneficios de cuidado a largo plazo, cuidado de enfermeras en el hogar, cuidado de salud en el hogar, cuidado basado en la comunidad, o alguna combinación de los mismos; (c) Otros beneficios limitados similares. Para propósitos de este inciso, los beneficios no se considerarán parte integral de un plan, sólo si se satisfacen los siguientes requisitos: (i) Los asegurados pueden elegir no recibir cubierta para esos beneficios, es decir, los beneficios provistos son opcionales; y (ii) Se le requiere al asegurado pagar una prima o contribución adicional por esa cubierta de beneficios opcionales.

c. "Plan médico" no incluirá los beneficios que se indican a continuación si los mismos son provistos bajo una cubierta, certificado o contrato de seguro separado: (a) Cubierta que provea beneficios sólo para una enfermedad o padecimiento específico; o (b) Indemnización por hospitalización u otro seguro de indemnización fijo; (c) Seguro de salud suplementario de Medicare; (d) Cubierta suplementaria a la cubierta provista (conocido como programas suplementarios TRICARE); o (e) Cubierta suplementaria similar provista a la cubierta bajo un plan médico grupal.

92. **PLAN MEDICO GRUPAL:** significa una cubierta, contrato de seguro o certificado, emitido por un asegurador para beneficio de un patrono PYMES, un grupo de patronos de PYMES o para beneficio de una Asociación Bona fide, mediante el cual se provee servicios de cuidado de la salud a los empleados elegibles, o a los miembros de una asociación bona fide y sus dependientes.

93. **PLAN DE SALUD: C**ontrato, certificado o acuerdo emitido por una organización de servicios de salud o cualquier otra organización, a cambio del pago de primas o de forma prepagada, por medio del cual la organización de servicios de salud provee o paga por ciertos servicios médicos, hospitalización, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental o servicios incidentales.

94. **PLANIFICACIÓN DE ALTAS:** Proceso formal para determinar, previo al alta de una facilidad médica, la coordinación y manejo del cuidado que el paciente recibirá luego de ser dado de alta de una facilidad médica.

95. **PORTAL DE CREDENCIALES DE PROVEEDORES:** En conformidad a la CC-2026- 2060-D de 12 de febrero de 2026, la Oficina del Comisionado de Puerto Rico implementó el portal con el proósito de centralizar y uniformar el proceso de verificación de credenciales, en cumplimiento con la Ley Núm. 73-2023. Bajo el Capítulo 18 del Código de Seguros de Salud estableció el uso obligatorio del Formulario de Solicitud Uniforme en los procesos de credencialización y re-credencialización por parte de las organizaciones de seguros de salud y aseguradores que operan en Puerto Rico.

Igualmente, el Artículo 2.030 (2) y 11 del Código de Seguros de Puerto Rico menciona el propósito de atemperar y agilizar los procesos de credencialización y re-credendialización de la facultad adscrita al PPMI, que promueve la reducción de procesos administrativos y la facilitación de la credencialización de proveedores con los aseguradores y organizaciones de servicios de salud. El asegurador u organización de servicios de salud dará inicio sin mayor dilación al proceso de contratación del facultativo con el PPMI, el cual no podrá excecer de treinta (30) días a partir de la fecha de recibida la solicitud. Se considerará aprobada la acreditación o re-creaditación del profesional de la salud, una vez transcurrido el término de treinta (30) días a partir de la fecha de recibida, debidamente completada con los requisitos mandatorios mínimos. Conforme a lo dispuesto en la Sección 1852 (d) de la ley del Seguro Social y a lo dispuesto en el reglamento del C*enter for Medicare a Medicaid Program, Department of Health Human Services.*

Como parte de los requisitos aplicables para la Credencialización y Re-Credencialización expedita de la Facultad del Plan de Práctica Médica Intramural (PPMI) de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de CienciasMédicas (UPR-RCM):

- Certificado/Carta NPI
- Licencia Médica
- Certificado DEA
- Certificado ASSMCA
- Certificado Negativo de Antecedentes Penales
- Copia d ela Póliza de Seguro de Impericia Médica
- Carta de Identificación de Medicaid (PEP)

Se instruye a todos los aseguradores y organizaciones de servicios de salud a abstenerse de incurrir en prácticas que obstaculicen e indebidas en el proceso de credencialización y re-credencialización de la facultad médica del PPMI. Además,

de instruir y apercibir al personal o terceros administradores a dar estricto cumplimiento a lo antes expuesto.

96. **PREAUTORIZACION:** Permiso escrito de la organización de servicios de salud, al beneficiario concediendo la autorización para obtener un beneficio, servicio, procedimiento, tratamiento o el despacho de un medicamento de receta. El beneficiario será responsable de obtener dicha preautorización de la organización para obtener los beneficios que requiere el mismo. El no obtener la preautorización cuando sea requerida impide la obtención del beneficio y la concesión de la preautorización obliga al autorizante al pago del servicio autorizado.

97. **PRIMA:** significa la cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como condición para recibir los beneficios de un plan médico para los empleados elegibles de patronos de PYMES o para los miembros de una Asociación Bona fide.

98. **PRODUCTOR:** significa una persona que, con arreglo al Código de Seguros de Puerto Rico, ostenta una licencia debidamente emitida por el Comisionado para gestionar contratos en Puerto Rico.

99. **PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS DE RECETA O PBMP, POR SUS SIGLAS EN INGLES, INCLUYE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:**

- Formularios (listas de medicamentos de receta);
- Restricciones de dosificación y límites de cantidad;
- Requisitos de autorización previa; o
- Requisitos de terapia escalonada.

100. **PROFESIONAL DE LA SALUD:** significará cualquier practicante debidamente admitido a ejercer en Puerto Rico, de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables, cualquiera de las profesiones del campo de la salud y el cuidado médico, tales como, pero sin limitarse a, médicos, cirujanos, podiatras, doctores en naturopatía, quiroprácticos, optómetras, sicólogos(as), dentistas, farmacéuticos, enfermeras, audiólogos y tecnólogos médicos, según autorización de las correspondientes leyes de Puerto Rico.

101. **PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD O PROVEEDOR:** significa un profesional de la salud o una instalación de cuidado de la salud debidamente autorizado a prestar o proveer servicios de cuidado de la salud.

102. **PROVEEDOR PARTICIPANTE:** Es el proveedor que, conforme a un contrato con una organización de servicios de salud, o con el contratista o subcontratista de esta, haya acordado brindar servicio de cuidado de la salud a las personas cubiertas con la expectativa de recibir pago, aparte del porcentaje de coaseguro, el copago o el deducible, directa o indirectamente, de parte de la organización de servicios de salud.

103. **PROVEEDOR NO PARTICIPANTE:** Médico, hospital, grupo médico o proveedor que no tiene un contrato vigente con RHP.

104. **PPO O "PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION**": es un modelo de prestación de servicios de salud que consiste de una red de hospitales, médicos y otros proveedores quienes contratan con una organización, para proveer servicios de cuidado médico a los suscriptores, y que permite libre selección de proveedores dentro de dos niveles, con diferencias en el costo compartido según el nivel utilizado.

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

- La disponibilidad, presentación o calidad de los servicios de cuidado de salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;
- El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de salud; o
- Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta y la organización de servicios de salud.

106. **RECETA**: Orden escrita original, expedida y firmada por un facultativo como el médico, odontólogo, dentista, podiatra,

en el curso normal y ejercicio legal de su profesión, para que sea dispensada por una farmacia.

107. **RED:** Grupo de proveedores participantes que proveen servicios al plan.

108. **REPETICIONES:** Receta de medicamentos que se repite por indicaciones escritas del médico o la persona que receta.

109. **REPRESENTANTE PERSONAL:** significa:

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

110. **RESTRICCION DE DOSIS:** significa el establecimiento de una limitación en el número de dosis de un medicamento de receta que estará cubierto durante un periodo de tiempo específico. Restricción de dosis no incluye:

a) Una disposición incluida en la cubierta en la cual se limita el número de dosis de un medicamento de receta que se cubrirá durante determinado periodo; o

b) Una limitación en la dosis de un medicamento de receta cuando el fabricante del mismo lo ha retirado del mercado o no lo puede suplir.

111. **REVISIÓN CONCURRENTE:** Revisión de utilización llevada a cabo durante la estadía o curso de tratamiento de un paciente en una facilidad, oficina de un profesional de la salud u otro entorno hospitalario o ambulatorio.

112. **REVISIÓN AMBULATORIA:** Revisión de utilización de servicios de salud llevada a cabo en un entorno donde se proveen servicios ambulatorios.

113. **REVISION DE UTILIZACION:** Serie de técnicas formales diseñadas para monitorear los servicios, procedimientos o facilidades de cuidado de salud o para evaluar la necesidad médica, pertinencia, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas pueden incluir revisión ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión concurrente, manejo de casos, planificación de altas o revisión retrospectiva.

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

115. **REVISIÓN RETROSPECTIVA:** Significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleve a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. No incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

116. **RHP:** Se refiere a la abreviación de Ryder Health Plan, Inc.

117. **SEGUNDA OPINIÓN:** Oportunidad o requerimiento de obtener una evaluación clínica de un proveedor distinto al que originalmente hizo una recomendación de determinado servicio de cuidado de salud para evaluar la necesidad médica y pertinencia de ese servicio recomendado.

118. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Aquellos servicios cubiertos por este contrato que reciba el suscriptor mientras no se encuentre recluido como paciente hospitalizado en un hospital.

119. **SERVICIOS DE AMBULANCIA:** Significa los servicios de transportación recibidos en un vehículo debidamente autorizado por la Comisión de Servicio Público de Puerto Rico.

120. **SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD O SERVICIOS MEDICOS:** significa servicios de diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de padecimientos crónicos, dolencias, lesiones o enfermedades.

121. **SERVICIOS DE EMERGENCIA:** Significa los servicios de cuidado de la salud prestados o que se requieren para tratar una condición médica de emergencia.

122. **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:** Los servicios cubiertos por este contrato que reciba el suscriptor mientras se encuentra recluido como paciente hospitalizado en un hospital.

123. **SERVICIOS MEDICAMENTE NECESARIOS:** Significa aquellos servicios que son provistos por un médico participante, un grupo de médico o proveedor pare mantener o restablecer la salud del suscriptor y que son determinados y provistos según el estándar de la buena práctica de la medicina.

124. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Aquellos servicios que:

a. Están expresamente excluidos en la cubierta del suscriptor;

b. No son parte integral de un servicio cubierto;

c. Son prestados por una especialidad médica a la cual no le han sido reconocidos para pago.

d. Son considerados experimentales o investigativos por las entidades correspondientes, según se indican en la cubierta y de acuerdo a la Ley 194 del 25 de agosto del 2000 mejor conocida como la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente.

e. Son provistos para la conveniencia o comodidad del suscriptor, del médico participante o de la instalación.

125. **PSICÓLOGOS O PSICOLOGOS:** Significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Psicólogos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según definido en la Ley Núm. 96 de 4 de junio de 1983, según enmendada, conocida como "Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de la Psicología en Puerto Rico", que posean adiestramiento, conocimientos, destrezas y experiencia en el ofrecimiento de servicios que incluyen, pero no se limitan a: prevención, descripción o diagnóstico del comportamiento, evaluación psicológica, intervención terapéutica con problemas psicológicos de diversos niveles de severidad y consultoría concerniente al funcionamiento intelectual, emocional, conductual, interpersonal, familiar, social y ocupacional de individuos y grupos. La licencia conferida por la Junta explícitamente exige a todo profesional de la psicología ejercer conforme a su capacitación y competencias bajo las provisiones legales y las normas éticas que reglamentan esta práctica en Puerto Rico.

126. **SITUACION DE VICTIMA DE MALTRATO:** Significa el hecho o la percepción de que la persona es o ha sido víctima de maltrato, independientemente de si la persona ha sufrido alguna condición de salud relacionada con dicho maltrato.

127. **SOLICITUD DE CUIDADO URGENTE:** Solicitud de un servicio de cuidado de salud o curso de tratamiento con respecto al cual el periodo de tiempo para tomar una determinación de una solicitud de cuidado no urgente podría: ponen en grave peligro la vida o salud del suscriptor o su recuperación plena, o la habilidad de que un órgano vital del cuerpo opere al máximo, o que, en la opinión de un médico con pleno conocimiento de la condición médica del suscriptor, podría someter a dicha persona a dolores severos que no pueden manejarse adecuadamente sin el servicio de cuidado de salud o tratamiento médico que es sujeto de la solicitud.

Al determinar si una solicitud será tratada como una solicitud de cuidado urgente, el individuo que actúe a nombre de la organización de servicios de salud deberá aplicar el juicio de un lego prudente que posee un conocimiento promedio sobre medicina y salud. Cualquier solicitud de un profesional de la salud que ha atendido la condición médica del suscriptor, que tiene conocimiento de la misma y que determine que dicha solicitud es una de cuidado urgente bajo la definición de este término, deberá tratarse como una solicitud de cuidado urgente.

128. **SUBROGACIÓN:** Cuando un tercero cause, por culpa o negligencia, una enfermedad o lesión cubierta bajo este contrato, Ryder Health Plan, Inc. tendrá derecho a subrogarse en los derechos del suscriptor para reclamar y recibir del tercero una compensación por los gastos incurridos en el tratamiento. El suscriptor reconoce este derecho y está obligado a notificar a Ryder Health Plan, Inc. sobre cualquier acción legal iniciada contra dicho tercero. Si no lo hace, el suscriptor

será responsable de reembolsar a Ryder Health Plan, Inc. por dichos gastos.

129. **SUSCRIPTOR:** significa cualquier persona acogida a un plan médico emitido por una organización de servicios de salud.

130. **SUSCRIPTOR TARDÍO**: significa un empleado elegible o dependiente que solicita acogerse a un plan médico de patronos de PYMES o un miembro de una asociación bona fide o su dependiente que solicita acogerse a un plan médico de grupos pequeños que se ofrece a través de una Asociación Bona fide, después del periodo de suscripción inicial, disponiéndose que dicho término nunca será menor de treinta (30) días.

131. **SUSTITUCION CON BIOEQUIVALENTES:** significa el intercambio de un medicamento de receta de marca por una versión bioequivalente que tenga los mismos ingredientes activos, potencia y esté indicado para el mismo uso que el medicamento de receta de marca, cuya equivalencia terapéutica haya sido reconocida por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA), y que aparezca codificado como tal en el "Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations", mejor conocido como "Orange Book".

132. **TARIFAS:** Significa la cantidad fija utilizada por RHP para pagar a sus médicos participantes por los servicios cubiertos prestados a los suscriptores cuando estos no se retribuyen mediante otro método de pago.

133. **TELEMEDICINA:** Es la práctica de la medicina a distancia incorporando tanto el diagnóstico, el tratamiento y la educación médica mediante el uso de recursos tecnológicos para optimizar los servicios de atención en salud. Los mismos deben incluir, pero sin limitarse, servicios complementarios e instantáneos a la atención de un especialista; diagnósticos inmediatos por parte de un médico especialista en un área o región determinada; educación remota de alumnos de las escuelas de enfermería, profesionales de la salud y medicina; servicios de archivo digital de exámenes radiológicos, ecografías, emergencias médicas y otros. En el caso de Centros de Rehabilitación, Centros Pediátricos y Centros de Autismo del Departamento de Salud, se incluirá para fines de Telemedicina a terapistas físicos, terapistas ocupacionales, terapistas y patólogos del habla y lenguaje, conforme a la reglamentación establecida por la Junta de Licenciamiento

134. **TERAPIA ESCALONADA:** significa el protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinar condición médica.

135. **TERAPIA CIBERNÉTICA:** es la práctica a distancia de los profesionales debidamente licenciados y autorizados a practicar en Puerto Rico las siguientes disciplinas: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación y terapia educativa, conforme a la reglamentación establecida por aquellas juntas o autoridades que las regulan, en la cual la interacción individuo- terapeuta está mediada por herramientas tecnológicas de comunicación e información. Los mismos deben incluir, pero sin limitarse a, servicios de diagnóstico, evaluación, análisis, consultas, supervisión, información, educación, interpretación e intervención con las necesidades y expectativas del individuo que los recibe.

136. **TRATAMIENTO RESIDENCIAL:** Servicio de un nivel de cuidado de alta intensidad y restrictivo, para pacientes con condiciones de salud mental incluyendo drogadicción y alcoholismo y condiciones comórbidas de difícil manejo en sus hogares y comunidades, que no han respondido a otro nivel de tratamiento menos restrictivo, e integra servicios clínicos y terapéuticos organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días.

137. **UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO:** Un área de servicio separada y claramente designada, la cual es reservada para pacientes en estado crítico y seriamente enfermos, que requieren constante observación audiovisual. según prescrita por el médico de cabecera. Además, provee consejo de cuidado de enfermería por enfermeras cuyas responsabilidades están concentradas al cuidado de pacientes en acomodo de cuidado intensivo, y equipo especial o suministros disponibles inmediatamente en cualquier momento para el paciente recluido en esta área.

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

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

140. **VISITAS COLATERALES:** entrevistas en la oficina de un siquiatra con familiares inmediatos del paciente suscriptor bajo esta cubierta.

141. **VIRUS INFLUENZA:** la Orden Administrativa 579, se reitera cubrir los tratamientos y medicamentos aprobados por la FDA que sean necesarios para tratar la influenza y sus síntomas, sin distinción de los tipos de influenza para la cual el médico ordene el tratamiento o medicamente conforme con el criterio de necesidad médica dispuesto en el Artículo 2.030(i) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Además, lo dispuesto en el Artículo 2.050 (c) (2) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico establece cubrir, libre de costo de copagos, deducibles o coaseguros para el suscriptor o beneficiario, la vacuna contra la influenza a toda persona de 6 meses de edad en adelante.

II. ELEGIBILIDAD

Fecha de Efectividad de la Cubierta. La cubierta entra en vigor el 1 de enero de 2027, hasta el 31 de diciembre de 2027.

Elegibilidad

Será elegible en este plan todo empleado activo del patrono de PYMES que cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos por el patrono (horas mínimas trabajadas, periodo probatorio, si alguno) y con los requisitos de participación y aportación patronal dispuestos en la Sección VII de este documento, así como sus dependientes elegibles según se define en este Capítulo. La inscripción se realizará conforme a los términos, periodos de suscripción y suscripción tardía dispuestos en la Sección VI (Disponibilidad del Plan Médico para Patronos de PYMES), sin evaluación de riesgo y sin exclusión por condiciones preexistentes.

Suscripción Garantizada

RHP garantiza la disponibilidad y la suscripción de la cubierta PYMES a todo patrono elegible y a sus empleados elegibles, en cualquier momento del año, sin evaluación de riesgo y sin exclusión por condiciones preexistentes, conforme a los términos de suscripción, periodos de espera, suscripción tardía y periodos especiales de suscripción de dependientes establecidos en la Sección VI (Disponibilidad del Plan Médico para Patronos de PYMES) y en la Sección VII (Requisitos de Participación y Aportación Patronal) de este documento. RHP no podrá negar, excluir ni limitar beneficios por razón de condiciones preexistentes, ni establecer reglas de elegibilidad, suscripción o renovación que discriminen por factores de salud del patrono, del empleado o de sus dependientes.

CAMBIOS DURANTE EL AÑO:

Casamiento: Un suscriptor que contraiga matrimonio tendrá derecho a incluir a su cónyuge en los beneficios de este contrato si lo solicita durante el período de treinta (30) días posteriores a la fecha del matrimonio. La cubierta tendrá efectividad según dispone la Sección de Suscripción Garantizada.

Cohabitante del suscriptor principal: Cuando el suscriptor principal entra en una relación sujeta a una convivencia sostenida y a un vínculo afectivo, que cohabita voluntariamente, de manera estable y continua, podrá incluir a su pareja en la cubierta dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la convivencia y el cual deberá certificarse mediante la presentación de una Declaración Jurada de Inclusión de Parejas Cohabitantes. La Declaración Jurada debe contener todos los requisitos establecidos en la definición de Cohabitantes.

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 período 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 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 su nacimiento.

Niños recién adoptados: los niños recién adoptados por personas cubiertas a partir de la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que se colocan en el hogar de la persona cubierta o suscriptor con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes de la persona cubierta o suscriptor, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al niño del hogar donde había sido colocado;
- La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del niño a la persona cubierta o suscriptor que tenga la intención de adoptarlo; o
- La fecha de vigencia de la adopción.

La cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados, o niños colocados para adopción, incluirá servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas, diagnosticadas por un médico, y no estará sujeta a ninguna exclusión por condiciones pre-existentes.

Hijastros o Cualquier otro Familiar que Esté Bajo la Patria Potestad o Custodia Legal: El suscriptor deberá solicitar el ingreso de un hijastro, hijo de crianza o dependiente directo que sea elegible mediante la obtención de la custodia legal dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que comenzó una relación corriente de hijo con el suscriptor, según sea el caso, sometiendo la evidencia correspondiente. La cubierta del dependiente tendrá efectividad según dispone la Sección de Suscripción Garantizada.

Por Divorcio o Muerte: Los hijos de un suscriptor que se divorcie o muera tienen derecho a continuar bajo la cubierta de tal suscriptor aunque no vivan bajo el mismo techo. La pareja cohabitante, que no sea el suscriptor principal y es elegible a continuar como suscriptor, si se acoge al derecho de conversión, de acuerdo con las disposiciones de la Sección de Suscripción Garantizada.

Representación errónea de la edad: Si la edad del suscriptor ha sido mal expresada o expresada incorrectamente, la prima se ajustará a la edad correcta.

REQUISITOS DE NOTIFICACION:

Los requisitos de notificación y pago de prima para niños recién nacidos, recién adoptados o colocados para adopción bajo la cubierta PYMES se establecen en la Sección VIII (Renovación del Plan Médico), apartado “Cubierta para Recién Nacidos, Niños Adoptados o en Proceso de Adopción – B. Requisitos de Notificación.

III. CUBIERTA RYDER PYMESALUD

Ryder Health Plan, Inc. (RHP) ofrece esta cubierta de plan médico diseñada específicamente para pequeños y medianos patronos **(PYMES)** que deseen proveer a sus empleados acceso a servicios de salud de calidad. Este plan está dirigido a patronos que buscan soluciones accesibles y completas en el área de beneficios médicos. La cubierta incluye servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, preventivos y de salud mental, entre otros, conforme a los requisitos aplicables a planes de salud grupales en Puerto Rico. Bajo esta cubierta, se incluirán a los empleados activos y elegibles del grupo patronal, así como a sus dependientes elegibles, con disposiciones específicas que permiten continuar la protección médica en casos de terminación de empleo u otras circunstancias, conforme a la legislación vigente.

En conformidad con la Ley Núm. 162, de 30 de diciembre de 2020, Ryder Health Plan emitirá la evidencia de cubierta para cada suscriptor. En el caso de suscriptores no videntes, la evidencia de cubier ta y la tarjeta de identificación se emitirán en el sistema Braille. Esta cubierta establece sus derechos y obligaciones como suscriptor o persona cubierta. Es importante que usted lea su cubierta cuidadosamente y se familiarice con sus términos y condiciones.

IV. CERTIFICACIÓN DE CUBIERTA ACREDITABLE Y RESPONSABILIDAD DEL PATRONO

Ryder Health Plan, Inc. (RHP) emitirá un **formulario de certificación de cubierta acreditable** al empleado suscrito en los siguientes casos:

a) Cuando la persona deje de estar cubierta por el otro plan médico o tiene cubierta por

una disposición de continuación según la Ley COBRA;

b) En el caso de la persona cubierta o asegurado por una disposición de continuación

según la Ley COBRA, cuando la persona ya no esté cubierta por dicha disposición.

En los casos en que un empleado continúe su cubierta médica bajo COBRA, el patrono será

responsable del pago de las primas correspondientes al contrato , incluyendo toda prima

acumulada hasta la fecha de terminación de dicho contrato, conforme a lo establecido en la cláusula

de terminación.

El formulario de certificación de cubierta acreditable contendrá lo siguiente:

a) El periodo de cubierta acreditable de la persona según el otro plan médico y

b) El periodo de espera, si alguno, y, si fuera aplicable, el periodo de suscripción que se

estipula para la persona con respecto a la cubierta del otro plan médico.

Si existiera una deuda pendiente por el pago de primas, **Ryder Health Plan, Inc. podrá recurrir a agencias de cobro** para requerir su pago. El deudor (ya sea el empleado suscrito o el patrono) será responsable de cubrir:

- Costas judiciales,
- Gastos administrativos,
- Honorarios de abogados,
- Y cualquier otro gasto adicional en que incurra Ryder Health Plan, Inc. como parte del proceso de cobro.

Además, Ryder Health Plan, Inc. se **reserva el derecho de notificar a agencias de crédito** u organismos pertinentes sobre el incumplimiento de pago, lo que podría afectar el historial crediticio del deudor.

Restricciones Relacionadas con las Tarifas

Las tarifas de los planes médicos ofrecidos por Ryder Health Plan, Inc. a patronos de PYMES estarán sujetas a las siguientes disposiciones:

1. Las tarifas deberán calcularse utilizando un sistema de **tarifación de comunidad ajustado**, permitiendo variaciones solamente por:
    - Composición familiar,
    - Edad,
    - Uso de tabaco,

- Y beneficios cubiertos.

Condiciones Preexistentes

Ryder Health Plan, Inc. **no denegará, excluirá ni limitará beneficios** por razón de condiciones preexistentes, sin importar la edad del suscriptor o beneficiario.

V. PERÍODO DE GRACIA

Se concede un **período de gracia de 31 días** para el pago de cada prima vencida luego del primer pago. Durante este período, el contrato se mantendrá vigente. Ryder Health Plan, Inc. se reserva el derecho de cancelar la cubierta conforme a la cláusula de cancelación establecida en el contrato.

VI. DISPONIBILIDAD DEL PLAN MÉDICO PARA PATRONOS DE PYMES

Ryder Health Plan, Inc. debe cumplir con las siguientes disposiciones al ofrecer cubiertas a patronos de PYMES:

1. **No podrá negar, excluir o limitar beneficios por condiciones preexistentes**.
2. **No podrá establecer reglas de elegibilidad o renovación** que discriminen por factores de salud. Esto incluye:
    - Términos de suscripción, tarifa
    - Fechas de efectividad,
    - Períodos de espera,
    - Inclusión de dependientes,
    - Y otras condiciones similares.
3. **Los períodos de espera no podrán exceder los 90 días**. Para servicios de emergencia no se permite período de espera, y para servicios preventivos el límite es 30 días. En el caso de que contenga un periodo de espera, RHP deberá reducir el mismo si el asegurado tiene una cubierta acreditable, y esta haya terminado en una fecha no anterior a los noventa (90) días previos a la fecha de suscripción al nuevo plan médico. La reducción dispuesta en este inciso será por la totalidad del período de cubierta acreditable.
4. **No se permitirá exclusión por embarazo**.
5. **Los suscriptores tardíos podrán inscribirse durante un período especial de suscripción**, si:

    (a) El suscriptor tardío estuvo cubierto por otro plan médico cuando se ofreció el plan médico de patronos de PYMES o de grupos pequeños de asociaciones bona fides, incluyendo un plan médico conforme a las disposiciones de continuación de "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act" (COBRA);

    (b) El otro plan médico que tenía el suscriptor tardío terminó conforme a los requisitos de elegibilidad de dicho plan médico, los cuales incluyen la separación, el divorcio, la muerte, la terminación del empleo, o reducción en el número de horas de empleo o las aportaciones patronales a la otra cubierta se han terminado; y

    (c) El suscriptor tardío solicita acogerse al plan médico de patronos de PYMES o grupos pequeños de la asociación bona fide, a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de vencimiento del otro plan médico.

    En estos casos, la cubierta comenzará **el primer día del primer mes natural siguiente a la fecha en que se recibió la solicitud de suscripción.**

6. Se establecerá un periodo especial para suscripción de dependientes, durante el cual el dependiente y el empleado elegible o miembro de la asociación bona fide, si no está suscrito de otra manera, podrán suscribirse al plan médico, en el caso del nacimiento, adopción de un niño, adjudicación de custodia o tutela, o en el caso de matrimonio. El periodo especial de suscripción para las personas que cumplen con las disposiciones de este inciso será un periodo no menor de treinta (30) días y comenzará en la fecha más tardía de las siguientes:

a) La fecha en que se haga disponible el plan médico para dependientes;

b) La fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o adjudicación de custodia o tutela.

Si el empleado elegible o miembro de la asociación bona fide suscribe al dependiente durante los primeros treinta (30) días del periodo especial de suscripción, la fecha de efectividad del plan médico será la siguiente:

(i) En el caso de un matrimonio, el primer día del mes siguiente a la fecha en que se recibe la solicitud de suscripción completada;

(ii) En el caso del nacimiento de un dependiente, a la fecha de nacimiento y

(iii) En el caso de la adopción, adjudicación de custodia o tutela del dependiente, la fecha de la adopción o de la adjudicación.

7. Todo plan debe estar disponible **para todos los empleados elegibles y sus dependientes**, sin restricciones selectivas dentro del grupo.

8. **No se podrá restringir el acceso al plan médico por condiciones de salud** del empleado o sus dependientes, **que esté relacionado a su condición de salud**.

VII. REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN Y APORTACIÓN PATRONAL

Ryder Health Plan, Inc. **no requerirá un nivel mínimo de participación o aportación patronal mayor a:**

a) El cien por ciento (100%) de los empleados elegibles que trabajen para patronos de tres (3) empleados o menos y

b) El setenta y cinco por ciento (75%) de los empleados elegibles que trabajen para patronos con cuatro (4) empleados o más.

Además:

a) Se aceptará como participación válida a empleados o dependientes con otra cubierta acreditable al momento de evaluar el cumplimiento de participación mínima.

b) **No se tomará en cuenta a personas cubiertas bajo COBRA** en el cálculo del porcentaje de participación.

c) Ryder Health Plan, Inc. **no podrá aumentar estos requisitos luego de aceptar al patrono en el plan médico.**

VIII. RENOVACIÓN DEL PLAN MÉDICO

Ryder Health Plan, Inc. renovará automáticamente la cubierta PYMES de todos los empleados elegibles y sus dependientes, excepto en los siguientes casos:

(1) Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia;

(2) Cuando la persona cubierta o asegurado realiza un acto que constituye fraude. En tal caso, RHP puede elegir no renovar el plan médico a esa persona cubierta o asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;

(3) Cuando la persona cubierta ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal caso, RHP puede elegir no renovar el plan médico a esa persona cubierta o asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;

(4) Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos por RHP de conformidad con las disposiciones de este Capítulo;

(5) Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;

(6) Cuando RHP determine descontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos formalizados con patronos de PYMES o planes de grupos pequeños de asociaciones bona fides en Puerto Rico. En estos casos,

RHP notificará por escrito al Comisionado, al patrono de PYMES, a las asociaciones bona fides y a las personas cubiertas o asegurados, su determinación de no renovar, por lo menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha de renovación del plan médico.

(7) Cuando el Comisionado decide que la continuación del plan médico no responde a los mejores intereses de los titulares de las cubiertas, o afectaría la capacidad de RHP de cumplir sus obligaciones contractuales.

(8) Cuando ya no hay un empleado del patrono de PYMES o algún miembro de la asociación bona fide que viva, trabaje o resida dentro del área geográfica establecida por RHP.

SUSCRIPTOR TARDÍO

Se considera suscriptor tardío a un empleado elegible o dependiente que solicita inscribirse en un plan médico de patronos de PYMES luego del período inicial de suscripción, el cual **no será menor de 30 días**. Sin embargo, **no se considerará tardío** si se cumplen ciertos criterios, tales como:

1. El empleado o dependiente estaba cubierto por una **cubierta acreditable** al momento de la suscripción inicial, y perdió esa cubierta por:
    - Cese de aportación patronal,
    - Terminación de empleo
    - Elegibilidad,
    - Reducción en horas laborales,
    - Terminación involuntaria de cubierta,
    - Fallecimiento del cónyuge, divorcio
    - Separación legal,

    Y solicita inscripción dentro de los 30 días siguientes a la pérdida de dicha cubierta.
2. Si se inscribe durante un **período de suscripción abierto o especial** provisto por el plan o por mandato de ley.
3. Si el patrono ofrece **múltiples planes médicos** y el empleado elige un plan distinto durante un período de suscripción permitido.
4. Si existe una **orden judicial** que requiere que el empleado proporcione cubierta a un cónyuge, hijo menor o dependiente, y la solicitud de suscripción se presenta dentro de los 30 días de emitida dicha orden.
5. Si el estatus del empleado cambia de **no elegible a elegible**, y solicita la cubierta dentro de los siguientes 30 días.
6. Si el empleado tenía cubierta bajo **COBRA**, y esta cubierta ha terminado.
7. Si el empleado cumple con los criterios de **suscripción especial** establecidos en esta sección.

CUBIERTA PARA RECIÉN NACIDOS, NIÑOS ADOPTADOS O EN PROCESO DE ADOPCIÓN

A. Requisitos de Cubierta

Ryder Health Plan, Inc. estará obligado a proveer cubierta médica para:

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

que nacen o

(2) Niños recién adoptados por personas cubiertas o asegurados a partir de la

primera de las siguientes fechas:

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

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

(c) La fecha de vigencia de la adopción.

B. La cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción deberá cumplir con los siguientes requisitos:

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

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

La cubierta incluirá servicios para el tratamiento de enfermedades, lesiones, y defectos congénitos, sin **exclusión por condiciones preexistentes**.

B. Requisitos de Notificación

A. En los casos de niños recién nacidos, RHP estará obligado a proveer a las personas cubiertas una notificación razonable sobre lo siguiente:

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

(2) Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, la organización de seguros de salud o asegurador podrá optar por no continuar proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de treinta (30) días. No obstante lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño la persona cubierta o asegurado emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.

(3) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, la organización de seguros de salud o asegurador podrá solicitar que se proporcione una notificación del nacimiento del niño, pero

no podrá denegar o rehusarse a continuar proveyendo la cubierta si la persona

cubierta o asegurado no proporciona dicha notificación.

B. En los casos de niños recién adoptados o niños colocados para adopción, RHP estará obligado a proveer a las personas cubiertas, una notificación razonable acerca de lo siguiente:

(1) Si para proveer cubierta a un niño recién adoptado o un niño colocado para adopción se requiere el pago de una prima específica, RHP podrá exigirle a la persona cubierta que notifique sobre la adopción o sobre la colocación en un hogar para adopción y que provea el pago de la prima o cargos requeridos a más tardar los treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience.

(2) Si la persona cubierta no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, no podrá tratar al niño adoptado o al niño colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.

IX. PROCEDIMIENTOS DE TRAMITE DE PREAUTORIZACIÓN

Los procedimientos comúnmente identificados como procedimientos de oficina no serán cubiertos en facilidades de cirugía ambulatoria, ni en hospital. Sin embargo, si las circunstancias de salud del suscriptor ameritan que sea admitido a alguna de estas facilidades para someterse a un procedimiento identificado como procedimiento de oficina, dicha facilidad coordinará la preautorización para estos servicios directamente con RHP y someterá la información clínica correspondiente. En estos casos, el aviso de admisión para el procedimiento debe realizarse, por lo menos, cinco (5) días antes de la fecha de admisión a la facilidad de cirugía ambulatoria u hospital.

Si debido a una condición de salud que pudiera poner en riesgo su vida o, que bajo el criterio médico, someterle a los términos de tiempo regulares para contestar una solicitud de autorización previa del plan le expondrían a sufrir dolor severo, RHP tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente. La solicitud para estos casos podrá hacerse de forma oral o escrita. RHP deberá notificarle de su decisión de forma oral o escrita, a menos que usted solicite que sea de forma escrita, dentro de veinticuatro (24) horas a partir del recibo de su solicitud. De RHP necesitar información adicional para hacer una determinación, tendrá no más de veinticuatro (24) horas para notificarle tal requisito de información y usted tendrá no más de cuarenta y ocho (48) horas entre la fecha de requerida de la información adicional o la fecha en que vence el plazo otorgado para proveer la misma, lo que sea más tarde. Una vez recibida la información requerida, RHP tendrá no más de cuarenta y ocho (48) horas para notificarle de su decisión. En caso de que la información adicional requerida al suscriptor no sea provista dentro del plazo otorgado, RHP podrá emitir una denegación para el servicio solicitado.

RHP no será responsable por el pago de servicios recibidos o prestados sin preautorización, excepto en casos de emergencia, según establecido bajo la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000.

X. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El patrono podrá **terminar el contrato en cualquier momento** mediante notificación escrita a Ryder Health Plan, Inc. La terminación será efectiva al momento del recibo de la notificación, o en la fecha futura especificada en la misma.

- El patrono será responsable de cubrir **todas las primas adeudadas hasta la fecha de terminación**.
- Al finalizar el contrato, el empleado suscrito deberá **devolver las tarjetas de identificación** de todos los miembros cubiertos.
- La terminación **no afectará reclamaciones por servicios brindados antes de esa fecha**.

PERIODO DE TRANSICIÓN

Ryder Health Plan, Inc. garantizará un **periodo de transición de hasta 90 días** luego de la terminación del contrato, sujeto al cumplimiento con los pagos de prima. Durante este tiempo, el suscriptor podrá continuar recibiendo servicios médicos si:

- Está hospitalizado al momento de la terminación (el período se extenderá hasta 90 días después del alta).

- Se encuentra en el segundo trimestre de embarazo (la transición cubrirá hasta el alta del neonato o la madre, lo que ocurra más tarde).
- Ha sido diagnosticado con una **condición terminal** antes de la fecha de terminación; en este caso, el período de transición se extenderá **por el resto de la vida del paciente**.

Durante este período, los proveedores deberán:

- Aceptar los pagos establecidos por Ryder Health Plan, Inc. como **pago total por sus servicios**.
- Continuar compartiendo con el plan información médica requerida y transferir récords médicos al finalizar el período de transición.

REINSTALACIÓN DEL CONTRATO

Si el suscriptor no paga la prima de renovación dentro del período de gracia de **31 días**, pero Ryder Health Plan, Inc. o su representante autorizado **acepta el pago posteriormente sin requerir una solicitud de reinstalación**, el contrato se considerará automáticamente rehabilitado.

En los casos en que se exija una solicitud de reinstalación y se emita un recibo **condicional**, el contrato será reinstalado si:

- Ryder Health Plan, Inc. aprueba la solicitud,
- O, en su defecto, a los **45 días del recibo condicional**, salvo que el plan notifique su rechazo por escrito antes de esa fecha.

La cubierta bajo el contrato reinstalado aplicará únicamente a:

- Lesiones accidentales ocurridas **luego de la fecha de reinstalación**,
- Enfermedades que comiencen **más de 10 días después** de dicha fecha.

Por lo demás, el contrato se restablece con los mismos derechos y condiciones que existían antes del vencimiento de la prima pendiente.

XI. CLAUSULA DE CONVERSIÓN

En cumplimiento con la legislación vigente aplicable a planes médicos grupales en Puerto Rico, Ryder Health Plan, Inc. cumplirá la siguiente cláusula de conversión en todos sus contratos de grupos pequeños dirigidos a patronos y suscriptores:

1. Si el seguro sobre una persona cubierta bajo la cubierta cesa por razón de finalizar su empleo o su condición de miembro de una clase o clases elegibles para cubierta bajo la cubierta, dicha persona tiene derecho a que RHP le emita, sin evidencia de asegurabilidad, una cubierta individual de incapacidad; Disponiéndose, que la solicitud escrita para la cubierta individual se hará, y la primera prima se pagará a RHP en o antes de 31 días después de finalizar tal cese; y Disponiéndose, además que:
   a) La cubierta individual deberá ser a opción de tal persona, de cualquiera de las formas, que para esa fecha sea emitida corrientemente por RHP a la edad y por los beneficios solicitados.
   b) La prima sobre la cubierta individual será de acuerdo con la tarifa entonces vigente de RHP que se aplique a la forma y los beneficios de la cubierta individual, de acuerdo con la categoría de riesgo a la cual esa persona pertenezca entonces, y a su edad alcanzada en la fecha efectiva de la cubierta individual. La condición de salud al momento de la conversión de la persona no será una base aceptable para la clasificación del riesgo.
   c) La cubierta individual deberá cubrir al cónyuge y/o hijos dependientes de la persona asegurada si éstos estaban cubiertos a la fecha de terminación de seguro colectivo. A opción de RHP, una cubierta individual separada podrá ser emitida para cubrir a la esposa y/o hijos dependientes.
   d) La cubierta individual será efectiva a la terminación del seguro bajo la cubierta de grupo.
   e) RHP no estará obligado a emitir una cubierta individual cubriendo a una persona que tenga derecho a recibir beneficios similares provistos bajo cualquier cubierta de seguro o bajo el programa de Medicare de la Ley Federal

de Seguro Social, según fuere subsiguientemente enmendada, si dichos beneficios, juntamente con los provistos bajo la cubierta individual, resultaran en un exceso de cubierta según las normas de RHP.

2. Si la cubierta de grupo cesa o es enmendada en tal forma que termine el seguro de cualquier categoría de asegurados, toda persona incluida en dicha cubierta de grupo en la fecha de dicho cese cuyo seguro termine y que se haya mantenido así asegurada por los menos tres años antes de la fecha de dicho cese tendrá derecho a que se le emita por RHP una cubierta individual de seguro de incapacidad, sujeto a las mismas condiciones y limitaciones provistas por el inciso (1) de este Artículo, excepto que la cubierta de grupo puede proveer que los beneficios de dicha cubierta de grupo puede proveer que los beneficios de dicha cubierta individual no serán menores que los beneficios de la cubierta de grupo.
3. Sujeto a las condiciones y limitaciones provistas por el inciso (1) de este Artículo, el privilegio de conversión se le otorgará:
   a) Al cónyuge y/o hijos dependientes de la persona asegurada cuya cubierta bajo la cubierta de grupo cese por razón de la muerte de tal persona.
   b) Al cónyuge y/o hijos dependientes de la persona cuya cubierta cese por razón de no cualificar como un miembro familiar bajo la cubierta de grupo, aunque la persona asegurada continúe cubierta bajo la cubierta de grupo.
4. Si un asegurado bajo la cubierta de grupo sufre una pérdida cubierta bajo la cubierta individual descrita en el inciso (1) de este Artículo durante el período dentro del cual hubiere cualificado para que se le emitiera dicha cubierta individual y antes que dicha cubierta individual empiece a regir, los beneficios a que tuviere derecho bajo dicha cubierta individual serán pagaderos como reclamación bajo la cubierta de grupo, aunque no se haya solicitado una cubierta individual o aunque no se haya hecho el pago de la primera prima.
5. Si cualquier individuo asegurado bajo una cubierta de grupo emitida en Puerto Rico en lo sucesivo adquiere el derecho de obtener una cubierta individual bajo los términos de la cubierta de grupo sin tener evidencia de asegurabilidad, sujeto a solicitar y pagar la primera prima dentro del período especificado en la cubierta, y si a ese individuo no se le avisa de la existencia de este derecho por lo menos 15 días antes de la fecha de expiración de dicho período, entonces en tal caso el individuo tendrá un período adicional durante el cual puede ejercer su derecho, pero nada de esto implica la continuación de una cubierta más allá del período provisto en dicha cubierta. El período adicional expirará 15 días después de habérsele avisado al individuo, pero en ningún caso se extenderá ese más de 60 días después de la fecha de expiración provista en la cubierta. Notificación escrita presentada al individuo o enviada por correo por el tenedor de la cubierta a la última dirección conocida del individuo según la suscriba el tenedor de cubierta será considerado aviso para los efectos de este párrafo. Si se concede un período adicional para ejercer el derecho a convertir, según aquí provisto, y si la solicitud escrita para dicha cubierta individual acompañada por la primera prima se hace durante el período adicional, la efectividad de la cubierta individual será la terminación del seguro bajo la cubierta de grupo.
6. Esto sólo aplicará a cubiertas de grupo o colectivo que provean beneficios médicos, quirúrgicos u hospitalarios, o cualquier combinación de estos beneficios. Disponiéndose, que, si dicha cubierta contiene otros beneficios, el privilegio de conversión siempre estará disponible para los beneficios arriba descritos.

XII. DERECHOS PERSONALES

Los derechos y beneficios establecidos en este contrato son de carácter exclusivamente personal y **no podrán ser transferidos, cedidos ni traspasados a terceros** bajo ninguna circunstancia. Ninguna persona cubierta podrá ceder o delegar los derechos que tenga bajo este contrato a favor de otra persona o entidad.

Ryder Health Plan, Inc. **se reserva el derecho de recuperar los gastos** incurridos cuando una persona cubierta, ya sea con conocimiento o por consentimiento expreso o implícito, **permita el uso indebido de su tarjeta de identificación por parte de personas no autorizadas o no suscritas**. El ejercicio de este derecho de recobro **no limita la facultad de Ryder Health Plan, Inc. de cancelar el contrato inmediatamente** al descubrirse dicho uso ilegal, ni impide que se presente una querella formal para iniciar un proceso criminal contra la persona cubierta o contra quien haya hecho uso indebido de la tarjeta de suscripción.

IDENTIFICACIÓN

Ryder Health Plan, Inc. emitirá una **tarjeta de identificación personalizada** a cada persona cubierta bajo este contrato. Esta tarjeta será un **requisito indispensable** para acceder a servicios cubiertos por el plan. Deberá presentarse ante cualquier proveedor participante que preste servicios bajo el plan de Ryder Health Plan, Inc. para poder recibir la cubierta correspondiente.

SUBROGACIÓN

Esta cláusula aplica en situaciones donde Ryder Health Plan, Inc. haya **pagado por servicios médicos, hospitalarios o de medicamentos** relacionados con una condición de salud o lesión atribuible a la acción o negligencia de un tercero.

En tales casos, Ryder Health Plan, Inc. tendrá el **derecho de subrogarse** en la posición del suscriptor para **recuperar las cantidades pagadas** por los servicios ofrecidos. Esto significa que RHP puede ejercer acciones legales o de cobro contra el tercero responsable, en nombre del suscriptor, hasta el monto pagado por los servicios cubiertos o que pudieran cubrirse en el futuro debido al mismo evento.

El suscriptor estará **obligado a colaborar activamente** con Ryder Health Plan, Inc. en el ejercicio de este derecho de subrogación, proporcionando la información o documentos necesarios, y realizando cualquier gestión que facilite la recuperación de dichos fondos por parte del plan médico.

DIVULGACIONES REQUERIDAS

Usted tiene derecho a recibir un **Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés)**. Este documento resume de manera clara los beneficios, servicios cubiertos y los costos compartidos bajo su plan.

- El SBC deberá entregarse **dentro de los siete (7) días posteriores** a la fecha de solicitud del plan o a la fecha de suscripción, **lo que ocurra primero**.
- En casos de **renovación del contrato o cambios en la cubierta**, el SBC será provisto **al menos treinta (30) días antes** de la fecha en que entre en vigor la nueva cubierta o modificación.

CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS DE ESTE PLAN

Para acceder a los servicios médicos cubiertos por Ryder Health Plan, Inc., el suscriptor deberá **utilizar los proveedores contratados** incluidos en el **directorio oficial de proveedores participantes**.

En la mayoría de los casos, el suscriptor solamente deberá pagar **el copago o el coaseguro aplicable**, según lo estipulado en su contrato o tarjeta de identificación. El acceso a los servicios estará sujeto a los términos, condiciones y límites establecidos en el plan médico contratado.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

A continuación, se detallan sus derechos y las responsabilidades como participante del plan médico ofrecido por **Ryder Health Plan, Inc.**

Sus responsabilidades como participante:

- **Mantener el pago de su prima al día:** Es su responsabilidad principal asegurarse de que sus pagos estén actualizados. Si ocurre algún cambio en su estatus laboral, como una licencia, retiro u otra razón que afecte su elegibilidad, debe notificarlo de inmediato.
- **Informar si tiene otra cobertura médica:** Es importante que notifique si cuenta con otro plan médico además de este.
- **Cubrir los copagos y coaseguros:** Usted es responsable de pagar estos cargos según lo indicado en su tarjeta de identificación o conforme a los términos de su plan.

Sus derechos como suscriptor:

- **Escoger su médico:** Puede seleccionar entre los profesionales de salud que aparecen en el directorio de proveedores participantes de Ryder Health Plan, Inc.
- **Acceder a servicios necesarios sin demoras indebidas.**
- **Elegir especialistas según sus necesidades médicas.**

- **Recibir servicios médicos y hospitalarios de calidad.**
- **Obtener información completa sobre su plan:** Incluye detalles sobre los beneficios cubiertos y el uso del proceso de querellas si tiene dudas o desea presentar una reclamación.

OBLIGACIÓN DE NOTIFICACIÓN:

Debe informar a **Ryder Health Plan, Inc.** sobre cualquier cambio que pueda afectar su elegibilidad para el plan, incluyendo:

- Cambio en su estado civil
- Cambio de dirección
- Modificaciones en su estatus laboral

Los servicios del plan están destinados únicamente al suscriptor principal y sus dependientes. Estos no pueden ser transferidos a otras personas. El uso indebido de la tarjeta de identificación constituye fraude y puede conllevar sanciones legales.

LEY ERISA

La Ley ERISA (Ley de Seguridad del Ingreso de los Empleados Jubilados) es una ley federal que regula cómo los patronos privados y las aseguradoras administran los planes de beneficios, incluyendo planes médicos. Los planes regulados incluyen salud, pensiones, discapacidad, indemnización por fallecimiento, asistencia legal prepagada y otros beneficios que ofrezca su patrono de manera voluntaria. No aplican a planes requeridos y administrados por el Estado, como compensación laboral o seguro por desempleo.

¿Qué significa esto para usted?

Si su patrono ofrece un plan médico sujeto a ERISA:

- El plan debe manejarse de manera justa, transparente y en beneficio exclusivo de los empleados y sus dependientes.
- Los administradores tienen la obligación de informar sobre el funcionamiento del plan, sus beneficios y cualquier cambio importante.
- Si usted presenta un reclamo de beneficios, el administrador debe responder en 90 días. Si el reclamo se niega, tiene derecho a solicitar una revisión y recibir una decisión final en un plazo máximo de 120 días después de presentar su apelación.

Limitaciones importantes:

- ERISA no exige que el patrono ofrezca un plan médico. Sin embargo, si decide ofrecerlo, debe cumplir con los estándares de la ley.
- Si se niega una cobertura y usted considera que fue injusto, puede presentar una demanda en un tribunal federal, pero solo para reclamar el costo directo del beneficio denegado, sin incluir compensación por otros daños.
- La ley prevalece sobre leyes estatales que permitan otras reclamaciones por denegación de beneficios.

XII. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

Cuando una persona está cubierta por dos o más planes de salud, las reglas para determinar el orden en que los planes pagarán los beneficios son las siguientes:

A. Pago del Plan Primario y Secundario

1. El plan primario pagará sus beneficios como si no existiera ningún otro plan secundario.

2. Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no es un plan de panel cerrado, el plan secundario pagará sus beneficios como si fuera plan primario solo cuando la persona reciba servicios fuera del panel, excepto en casos de emergencia o referidos autorizados por el plan primario.

3. En casos donde existen múltiples contratos bajo un mismo plan coordinado, esta regla aplica al plan como un todo. La coordinación interna entre contratos se rige por los términos específicos de cada contrato. El contratista designado como pagador primario será responsable del cumplimiento de la COB.

4. Si una persona tiene más de un plan secundario, estas reglas también establecen el orden en que dichos planes secundarios pagarán, considerando los pagos del plan primario y cualquier otro plan que sea pagador primario bajo estas reglas.

B. Planes sin Orden Explicito de Coordinación

- Un plan que no haya establecido un orden de coordinación de beneficios según estas reglas será considerado como plan primario, salvo que otro acuerdo contractual disponga lo contrario.
- Las cubiertas grupales diseñadas para complementar un paquete básico de beneficios pueden establecer que su cobertura sea considerada como exceso sobre otras partes del plan, como ocurre con:
    - Cubiertas de gastos médicos mayores.
    - Cubiertas para servicios de proveedores no participantes en un plan de panel cerrado.

C. Consideración de Beneficios

Un plan solo puede tomar en cuenta los beneficios pagados por otro plan si, según estas reglas, actúa como plan secundario respecto a dicho otro plan.

Definición de Gasto Permitido

Se considera gasto permitido todo gasto relacionado con cuidado de salud —incluyendo deducibles, coaseguros y copagos— que sea cubierto, al menos parcialmente, por cualquiera de los planes que tengan cubierta activa sobre el suscriptor.

- Si el beneficio se ofrece en forma de servicio y no como reembolso monetario, se considerará como gasto permitido el valor razonable en efectivo de dicho servicio.
- Un gasto que no esté cubierto por ninguno de los planes bajo los cuales la persona esté afiliada no se considera gasto permitido.
- Tampoco se consideran gastos permitidos aquellos que, por ley o por contrato, estén prohibidos de ser cobrados al afiliado por parte del proveedor.

Gastos No Permitidos

Los siguientes se consideran gastos no permitidos bajo las reglas de Coordinación de Beneficios de Ryder Health Plan, Inc.:

1. Diferencia de habitación: La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada y una privada, salvo que uno de los planes provea cubierta específica para habitación privada.

2. Métodos de reembolso usual y acostumbrado (Usual and Customary): Cuando una persona está cubierta por dos o más planes que utilizan este tipo de metodología (o una similar), los gastos calculados bajo ese método no se consideran permitidos.

3. Exceso sobre tarifas negociadas: Si ambos planes proveen beneficios basados en tarifas negociadas, cualquier cantidad que exceda dicha tarifa no es un gasto permitido.

4. Planes con métodos distintos de cálculo: Si un plan utiliza tarifas negociadas y otro utiliza métodos usuales y acostumbrados, el acuerdo de pago del plan primario se considera el gasto permitido para ambos planes. No obstante, si el proveedor tiene un contrato con el plan secundario para ofrecer el servicio a una tarifa distinta y

dicho contrato lo permite, esa tarifa negociada se aceptará como gasto permitido para efectos del plan secundario.

5. Reducción de beneficios por incumplimiento del afiliado: Si el plan primario reduce el pago de beneficios porque el afiliado no cumplió con los requisitos del plan (por ejemplo: autorización previa, segunda opinión o uso de proveedores preferidos), la parte reducida no será considerada gasto permitido.

Determinación del Orden de los Beneficios

El orden de las reglas para determinar beneficios define si Ryder Health Plan, Inc. actuará como plan primario o plan secundario, cuando una persona esté cubierta simultáneamente por más de un plan de salud.

- Cuando Ryder Health Plan, Inc. es el plan primario, pagará los beneficios conforme a los términos de su cubierta sin considerar los beneficios que puedan ser provistos por otro plan.
- Cuando Ryder Health Plan, Inc. actúa como plan secundario, calculará sus beneficios después de que lo haga el plan primario y podrá reducir el monto pagado para asegurar que la suma de los beneficios provistos por todos los planes no exceda el 100% de los gastos permitidos.

Regla para Determinar el Orden de los Beneficios

Cuando una persona está cubierta por dos (2) o más planes de salud, se aplican las siguientes reglas para determinar el orden en que cada plan debe pagar beneficios:

A. Plan Primario

El **plan primario** pagará o proveerá sus beneficios según los términos de su cubierta, sin tener en cuenta la existencia de otros planes.

B. Planes sin Reglas Consistentes

Un plan que no contenga reglas de coordinación de beneficios consistentes con las aquí expuestas se considerará como **plan primario**, a menos que alguna disposición contractual indique lo contrario.

C. Cobertura Suplementaria

Cuando una cubierta se adquiere como parte de una membresía en un grupo y está diseñada para suplementar el plan básico de beneficios (por ejemplo, cubiertas de gastos médicos mayores o coberturas para proveedores fuera de un plan de panel cerrado), se considerará como **plan secundario** y pagará en exceso a otras cubiertas.

D. Reglas de Prioridad para Determinar el Orden

Cada plan debe aplicar la primera regla que corresponda al caso:

1. Persona no dependiente vs. dependiente

El plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o retirado se considera **primario**. El plan que cubre a la persona como dependiente se considera **secundario**.

Excepción (caso de Medicare): Si la persona está cubierta por Medicare y, por ley federal, Medicare es secundario al plan que lo cubre como dependiente y primario al plan que lo cubre como no dependiente, el orden se invierte: el plan que lo cubre como dependiente será el **primario**.

2. Hijo(a) dependiente cubierto(a) bajo más de un plan

a. Padres casados o que conviven (aunque nunca se hayan casado):

- El plan del progenitor cuyo cumpleaños ocurra primero en el año calendario será **primario**.
- Si ambos progenitores cumplen años el mismo día, el plan con mayor antigüedad en la cobertura será **primario**.

b. Padres divorciados, separados o que no conviven:

- Si existe una orden judicial que asigna responsabilidad a uno de los progenitores para cubrir los gastos médicos del menor, y el plan tiene conocimiento de dicha orden, ese plan será **primario**. Si dicho progenitor no tiene cubierta médica, pero su cónyuge sí, el plan del cónyuge será **primario**. La obligación de pagar comenzará una vez el plan reciba notificación oficial de la orden.

- Si la orden establece que ambos progenitores son responsables, se aplicará la regla del cumpleaños antes descrita.

- Si hay custodia compartida sin una asignación específica, también se aplicará la regla del cumpleaños.

- Si no existe ninguna orden judicial:

    1. El plan del progenitor custodio será **primario**.

    2. Luego, el plan del cónyuge del progenitor custodio.

    3. Luego, el plan del progenitor no custodio.

    4. Finalmente, el plan del cónyuge del progenitor no custodio.

c. Menor cubierto por personas que no son sus padres:
Se aplicarán las mismas reglas del apartado (a) o (b), según corresponda, como si esas personas fuesen los progenitores.

3. Empleado activo vs. retirado o ex empleado

El plan que cubre a la persona como **empleado activo** (o como dependiente de un empleado activo) será **primario**. El plan que cubre a la persona como **empleado retirado o ex empleado** (o como dependiente de uno de estos) será **secundario**.

Si el otro plan no contiene esta misma regla y hay desacuerdo sobre el orden de pago, esta disposición se ignorará. Esta regla no se aplicará si el orden puede establecerse mediante la Regla D.1.

4. COBRA u otra extensión de cobertura por ley

Cuando una persona está cubierta bajo un plan por medio de COBRA o por una ley federal o estatal similar, y también está cubierta por otro plan, el plan que cubre a esa persona como empleado, miembro, suscriptor o retirado, o como dependiente de uno de ellos, será **primario**. El plan bajo COBRA o extensión legal será **secundario**. Si el otro plan no incluye esta regla y los planes no concuerdan en el orden de pago, esta regla se ignorará. Esta regla tampoco aplicará si el orden puede establecerse por la Regla D.1.

5. Mayor duración de cobertura

El plan que haya cubierto a la persona durante más tiempo será el **primario**.

El plan con menor tiempo de cobertura será **secundario**.

Tiempo de Cubierta Más Largo o Más Corto

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

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

3. El comienzo de un nuevo plan no incluye:
    a. Un cambio en la cantidad o alcance de los beneficios del plan;
    b. Un cambio en la entidad que paga provee o administra los beneficios del plan; o

c. Un cambio en el tipo de plan, como por ejemplo, de un plan de patrono sencillo a un plan de patronos múltiples.

4. El periodo de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan se mide desde la fecha en que comenzó la cubierta de dicha persona bajo ese plan. Si no se pudiera determinar tal fecha en el caso de un plan grupal, la fecha en que la persona se convirtió en miembro del grupo por primera vez se utilizará para determinar el periodo de tiempo en que la persona ha estado cubierta bajo dicho plan grupal.

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

Regla de Equidad

Si ninguna de las reglas anteriores permite establecer un orden, los **gastos permitidos** se dividirán equitativamente entre todos los planes que cumplan con la definición de "plan". En ningún caso, Ryder Health Plan, Inc. pagará más de lo que correspondería si actuara como **plan primario**.

Efecto de los Beneficios en este Plan

Cuando **Ryder Health Plan, Inc.** actúe como **plan secundario**, podrá reducir los beneficios que paga, de manera que el total combinado de beneficios provistos o pagados por todos los planes durante un año de contrato no exceda los **gastos permitidos**.

Para determinar el monto a pagar por una reclamación, **Ryder Health Plan, Inc.** calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de cualquier otra cubierta médica, y aplicará esa cantidad a los gastos permitidos que no fueron cubiertos por el **plan primario**. El pago se ajustará para que, al sumarse al pago del otro plan, el total no exceda el gasto permitido para la reclamación.

Asimismo, **Ryder Health Plan, Inc.** acreditará al deducible del afiliado cualquier cantidad que normalmente se acreditaría si no existiera otra cubierta médica.

Nota: Si una persona está afiliada a dos o más **planes de panel cerrado**, y por cualquier razón —incluyendo la utilización de un proveedor fuera del panel— uno de estos planes no paga beneficios, no se aplicará la Coordinación de Beneficios entre ese plan y **Ryder Health Plan, Inc.**

Derecho a Recibir y Divulgar Información Necesaria

Para aplicar las reglas de Coordinación de Beneficios y determinar los beneficios que corresponden, **Ryder Health Plan, Inc.** podrá obtener y divulgar información relevante sobre la cubierta de cuidado de salud y los servicios recibidos por la persona cubierta.

Esta información podrá obtenerse o compartirse con otras organizaciones o personas según sea necesario para coordinar beneficios, sin requerir autorización o notificación previa a la persona afiliada.

Toda persona que solicite beneficios a través de **Ryder Health Plan, Inc.** está obligada a proveer cualquier información requerida para aplicar correctamente estas reglas y calcular los pagos correspondientes.

Facilidad de Pago

En los casos en que otro plan haya efectuado un pago que debió haber sido cubierto por **Ryder Health Plan, Inc.**, esta podrá reembolsar la cantidad correspondiente a dicha organización. Este pago se considerará como si **Ryder Health Plan, Inc.** lo hubiera hecho directamente al afiliado, por lo que no será necesario efectuar un segundo pago por el mismo servicio o gasto.

El término "pago realizado" incluye tanto pagos en efectivo como el **valor razonable de servicios provistos**, según lo

determine **Ryder Health Plan, Inc**.

Derecho de Recobro

Si **Ryder Health Plan, Inc.** paga una cantidad mayor a la que le correspondería conforme a las reglas de Coordinación de Beneficios, tendrá el **derecho de recobrar** ese exceso. Este derecho podrá ejercerse contra el otro plan involucrado, o contra cualquier entidad o proveedor que haya recibido el pago indebido.

XIV. SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS POR LA LEY FEDERAL ACA (AFFORDABLE CARE ACT)

Atención preventiva que cumple con las recomendaciones descritas a continuación, según lo establecido por la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF).

Para obtener acceso a una lista más reciente de los servicios preventivos puede acceder al link https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.

a) ***Servicios Preventivos para Adultos (Sin costo compartido).***

1. Aneurisma abdominal aórtico – Una revisión por ultrasonografía para hombres de 65 a 75 años.
2. Cernimiento de trastornos de ansiedad - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de trastornos de ansiedad en adultos (64 años o menos), incluidas las personas embarazadas y en posparto.
3. Cáncer Colorrectal - La USPSTF recomienda el cernimiento del cáncer colorrectal (CCR) mediante análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia o colonoscopia, en adultos, comenzando a los (45) años y continuando hasta los (75) años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían. Además, la USPSTF recomienda una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo de una prueba no invasiva. Esta prueba es una prueba de detección, por lo que los pacientes no incurrirán en ningún costo.
4. Detección de depresión y riesgo de suicidio para adultos- El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de depresión en la población adulta, incluidas las personas embarazadas y en posparto, así como en los adultos mayores (65 años o más).
5. Prevención de caídas en adultos mayores que viven en la comunidad: Intervenciones: Adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad: El USPSTF recomienda intervenciones de ejercicio para prevenir caídas en adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad y presentan un mayor riesgo de caídas.
6. Consejería de dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares: adultos con factores de riegos cardiovascular – El USPSTF recomienda ofrecer o referir a adultos con sobrepeso u obesidad y tengan factores de riesgos de enfermedades cardiovasculares adicionales, a intervenciones intensivas de consejería de conducta para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de CVD.
7. Cernimiento de la infección por el virus de la hepatitis B - El USPSTF recomienda la cernimiento de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en adultos que aumento el riesgo de infección.
8. Examen de detección de la infección por el virus de la hepatitis C: adolescentes y adultos - El USPSTF recomienda la detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en adultos de 18 años a 79 años.
9. Cernimiento de hipertensión en adultos de 18 años o más sin hipertensión conocida - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de hipertensión en adultos de 18 años o más mediante la medición de la presión arterial en el consultorio. El USPSTF recomienda obtener mediciones de la presión arterial fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
10. Prevención de la Adquisición del VIH: Profilaxis Preexposición: adolescentes y adultos con mayor

riesgo de contraer VIH - El USPSTF recomienda que los médicos prescriban profilaxis previa a la exposición utilizando una terapia antirretroviral eficaz a personas que tienen un mayor riesgo de contraer el VIH para disminuir el riesgo de contraer el VIH. Para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirretroviral eficaz visite la página web del U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) bajo la sección Consideraciones sobre la práctica.

11. Cernimiento del VIH: adolescentes y adultos no embarazadas - Médicos que realizan pruebas de detección de infección por VIH en adolescentes y adultos de 13 a (65) años. Los adolescentes más jóvenes y los adultos mayores que corren un mayor riesgo también deberían someterse a pruebas de detección. Según lo exige la Ley 45-2016, este plan cubre una (1) prueba de VIH al año como parte de los estudios de rutina para cualquier evaluación médica, excepto para mujeres embarazadas a quienes les aplican los requisitos del USPSTF. Debe tener en cuenta las recomendaciones establecidas en la normativa sobre VIH del Departamento de Salud.
12. Vacunas - Para adultos las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían: hepatitis A, hepatitis B, herpes zóster, virus del papiloma humano, influenza (vacuna contra la gripe), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumococo, tétanos, difteria, tos ferina, varicela, Haemophilus influenza tipo b. Se deben cubrir los refuerzos. Vacuna contra meningitis (MCV4) es recomendada para niños y adolescentes entre las edades de 11 a 18 años (1 dosis) según recomendada por ACIP. Vacuna contra el COVID-19 como parte de las inmunizaciones preventivas para bebés y niños de 6 meses a 12 años y adolescentes de 13 a 18 años, según la orden establecida por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP), de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), de acuerdo con el Artículo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Vacuna contra el dengue para niños de 9 a 16 años que viven en zonas endémicas de dengue Y con confirmación de laboratorio de infección previa por dengue - serie de 3 dosis administrada a 0, 6 y 12 meses según las recomendaciones del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).Vacunación contra Mpox en adolescentes de 18 años basada en factores de riesgo sexuales para la infección por Mpox. Ver recomendaciones del CDC. Vacunación contra el virus respiratorio sincitial para jóvenes embarazadas en edades comprendidas entre 11 y 12 años hasta 18 años. Consulta las recomendaciones del CDC.1 dosis de la vacuna materna contra el VRS durante las semanas 32 a 36 de embarazo, administrada de septiembre a enero. Abrysvo es la única vacuna contra el VRS recomendada durante el embarazo. Consulte las recomendaciones del CDC. Inmunización con virus sincicial respiratorio recomendaba 1 dosis de nirsevimab para todos los lactantes de 8 meses o menos nacidos durante o que entren en su primera temporada de VRS. 1 dosis de nirsevimab para bebés y niños de 8 a 19 meses que tienen un mayor riesgo de padecer enfermedad grave por VSR y que entran en su segunda temporada de VSR. Ver recomendaciones de los CDC.
13. Cernimiento de infección latente de tuberculosis - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de LTBI en poblaciones con mayor riesgo. Para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirretroviral eficaz visite la página web del U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) bajo la sección Evaluación del riesgo.
14. Examen de cernimiento de cáncer de pulmón - El USPSTF recomienda el cernimiento anual de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) en adultos de (50) a (80) años que tienen un historial de tabaquismo de (20) paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en el pasado (15) años. La evaluación debe interrumpirse cuando una persona no ha fumado durante 15 años o desarrolla un problema de salud que limita sustancialmente su expectativa de vida o su capacidad o voluntad de someterse a una cirugía pulmonar curativa.
15. Detección y asesoramiento sobre la obesidad: adultos – El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan o refieran a los adultos con un índice de masa corporal de 30 o más (calculado como el peso en kilogramos dividido por la altura en metros al cuadrado) a intervenciones conductuales intensivas y de múltiples componentes.
16. Detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos de 35 a 70 años con sobrepeso u

obesidad - El USPSTF recomienda la detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos de 35 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o referir a los pacientes con prediabetes a intervenciones preventivas efectivas.

17. Asesoramiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual (STI)– El USPSTF recomienda asesoramiento conductual intensivo para todos los adolescentes sexualmente activos y para los adultos que corren un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (STIs). Para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirretroviral eficaz visite la página web del U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) bajo la sección Consideraciones sobre la práctica.
18. Uso de estatinas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en adultos: medicación preventiva - El USPSTF recomienda que los médicos prescriban una estatina para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en adultos de 40 a 75 años que tienen 1 o más factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (es decir, dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo) y un riesgo estimado de un evento cardiovascular a 10 años del 10% o más.
19. Examen de detección de sífilis personas no embarazadas y adolescentes - El USPSTF recomienda la detección de la infección por sífilis en personas asintomáticas, adolescentes no embarazadas y adultos que tienen un mayor riesgo de infección.
20. Cesación de fumar tabaco y medicamentos: adultos no embarazados –El USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todos los adultos sobre el consumo de tabaco, les aconseje que dejen de usar tabaco y proporcionen intervenciones conductuales y la farmacoterapia aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) para dejar de fumar a los adultos que consumen tabaco. Para aquellos que usan productos para dejar de fumar, RHP deberá cubrir el envío de medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar durante 90 días consecutivos en un intento y hasta 2 intentos por año. La Ley Núm. 10-2026 enmendó el Artículo 3 de la Ley Núm. 21-2008, conocida con la "Ley del Protocolo para Tratamiento al Uso y Dependencia al Tabaco y sus Derivados, requiere que las cubiertas de salud incluyan, cuando exista justificación médica, los servicios y medicamentos para el tratamiento del uso y dependencia al tabaco y sus derivados. Además, RHP suministrará anualmente a la División de Prevención, Control de Tabaco y Salud Oral del Departamento de Salud de Puerto Rico la información concerniente a las cubiertas médicas para la prestación de estos servicios y tratamientos. Los medicamentos disponibles para aquellos subscriptores que requieran tratamientos al uso y dependencia al tabaco y sus derivados son:
    - buPROPion HCl ER (Smoking Det) Oral Tablet Extended Release 12 Hour
    - Nicotrol NS Nasal Solution 10 MG/ML
    - Varenicline Tartrate (Starter) Oral Tablet Therapy Pack
    - Varenicline Tartrate Oral Tablet
    - Varenicline Tartrate(Continue) Oral Tablet
21. Detección de infección latente de tuberculosis: adultos: el USPSTF recomienda la detección de infección latente de tuberculosis en poblaciones con mayor riesgo.
22. Consumo no saludable de alcohol: adultos – El USPSTF recomienda la detección del consumo no saludable de alcohol en entornos de atención primaria en adultos mayores de 18 años, incluidas las mujeres embarazadas, y proporcionar a las personas involucradas en el consumo de riesgo o riesgo con breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo no saludable de alcohol.
23. Consumos no saludables de drogas: adultos - La USPSTF recomienda la detección haciendo preguntas sobre el uso de drogas no saludables en adultos de 18 años o más. La detección debe implementarse cuando se puedan ofrecer o referir servicios para un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y una atención apropiada. (La detección se refiere a preguntar preguntas sobre el uso de drogas nocivas para la salud, no sobre análisis de muestras biológicas).

b) ***Servicios Preventivos para la Mujer (incluyendo embarazadas) (Sin costo compartido).***

1. Prueba de detección de bacteriuria asintomática: personas embarazas - La USPSTF recomienda la detección de bacteriuria asintomática mediante urocultivo en personas embarazadas.
2. Cáncer relacionado con BRCA: evaluación de riesgos, genética Asesoramiento y pruebas genéticas - La USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria evalúen a las mujeres con un criterio personal o antecedentes familiares de cáncer de mama, de ovario, de trompas o

   peritoneal o que tienen ascendencia asociado con mutaciones genéticas de susceptibilidad 1 y 2 (BRCA1 / 2) al cáncer de mama con una herramienta breve adecuada de evaluación del riesgo familiar. Mujeres con resultado positivo sobre el riesgo La herramienta de evaluación debe recibir asesoramiento genético y, si está indicado después del asesoramiento, pruebas.
3. Uso de medicamentos preventivos contra el cáncer de mama para reducir el riesgo: el USPSTF recomienda que los médicos se ofrezcan a recetar medicamentos para reducir el riesgo, como tamoxifeno, raloxifeno o inhibidores de la aromatasa, a las mujeres que tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de mama de 35 años o más y con bajo riesgo de efectos adversos de la medicación.
4. Examen de detección de cáncer de mama: una mamografía de detección bienal para mujeres, de 40 a 74 años.
5. Detección de cáncer de mama en mujeres con riesgo promedio: La iniciativa de servicios preventivos para mujeres recomienda que las mujeres con riesgo promedio de cáncer de mama inicien la mamografía y otras pruebas de diagnóstico y detección de cáncer de seno, según las prácticas aceptables, conforme a lo siguiente:
   a. una mamografía de referencia “baseline mammogram”, a mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años,
   b. una mamografía anual a mujeres de cuarenta (40) años o más,
   c. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias:
      i. a mujeres de cuarenta (40) años o más, que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso, según determinado en su mamografía por un radiólogo, a base de la escala de densidad del seno del Reporte de Proyección de Imagen y Sistema de Datos del Seno (“Breast Imaging Reporting and Data System”, BI-RADS por sus siglas en inglés), promulgada por el Colegio Americano de Radiología (“American College of Radiology”);
      ii. a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer seno debido:
         1. a su historial familiar,
         2. a su propio historial como paciente de cáncer,
         3. presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o
         4. algún otro factor determinado por su médico.

   Es posible que las mujeres necesiten estudios de imagen adicionales para completar el proceso de detección o para corregir los hallazgos de la mamografía de detección inicial. Si se indican estudios de imagen adicionales (p. ej., resonancia magnética, ecografía, mamografía) y una evaluación patológica, también se recomiendan estos servicios para completar el proceso de detección de neoplasias malignas. La detección debe continuar al menos hasta los 74 años, y la edad por sí sola no debe ser motivo suficiente para suspenderla. Las mujeres con mayor riesgo también deben someterse a mamografías periódicas; sin embargo, las recomendaciones para servicios adicionales quedan fuera del alcance de esta recomendación.
6. Lactancia materna: Servicios integrales de apoyo a la lactancia (incluyendo consultas, asesoramiento y educación por parte de profesionales clínicos y servicios de apoyo entre pares; y equipos y suministros para la lactancia materna) durante los períodos prenatal, perinatal y posparto para optimizar el inicio y el mantenimiento exitosos de la lactancia materna. Los equipos y suministros para la lactancia materna incluyen, entre otros, extractores de leche eléctricos dobles (incluyendo sus piezas y mantenimiento) y suministros para el almacenamiento de leche materna. El acceso a los extractores eléctricos dobles debe ser una prioridad para optimizar la lactancia materna. El equipo también puede incluir equipos y suministros según indicación clínica para apoyar a las parejas con dificultades para la lactancia materna y a quienes necesitan servicios adicionales. No se aplican límites

monetarios. Los equipos y suministros para la lactancia materna no se pueden proporcionar mediante reembolso ni a través de la cobertura médica principal opcional. Lactancia Materna: Intervenciones de Asesoramiento Conductual de Atención Primaria: mujeres embarazadas y posparto - "El USPSTF recomienda proporcionar intervenciones o referencias, durante el embarazo y después del nacimiento, para apoyar la lactancia materna.

7. Examen de detección del cáncer de cuello uterino: El USPSTF recomienda la detección de cáncer cervical cada 3 años con citología cervical sola en mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, la USPSTF recomienda la detección cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con alto riesgo pruebas del virus del papiloma humano (hrHPV) solo, o cada 5 años con pruebas de hrHPV en combinación con citología (co-prueba).

8. Prueba de detección de clamidia en todas las mujeres sexualmente activas, incluidas las embarazadas – El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de clamidia a todas las mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y a todas las mujeres de 25 años o más que tengan mayor riesgo de infección.
9. Anticonceptivos - Todos los métodos anticonceptivos aprobados, otorgados o autorizados por la FDA, procedimientos de esterilización, pruebas de detección, educación para pacientes, consejería y provisión de anticonceptivos (incluso en el período posparto inmediato) para todas las mujeres con capacidad reproductiva, según lo prescrito. La atención anticonceptiva también incluye la atención de seguimiento. La gama completa de anticonceptivos incluye los que figuran actualmente en la Guía de Anticonceptivos de la FDA y cualquier otro anticonceptivo adicional aprobado, otorgado o autorizado por la FDA. Se cubre cualquier inserción y extracción de métodos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos no pueden proporcionarse mediante reembolso. Ni el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico ni la ley federal aplicable establecen ninguna diferencia en los niveles de anticonceptivos. Si el formulario incluye el anticonceptivo, no se aplicará ningún costo compartido, independientemente del nivel específico.
10. Consejería para Peso Saludable y Aumento de Peso en Embarazo: Personas Embarazadas - El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan a las personas embarazadas intervenciones efectivas de asesoramiento conductual destinadas a promover un aumento de peso saludable y prevenir el aumento excesivo de peso gestacional durante el embarazo.
11. Violencia de pareja, maltrato a ancianos y maltrato de adultos vulnerables: detección: mujeres en edad reproductiva, incluidas las embarazadas y posparto - El USPSTF recomienda que los médicos detecten la violencia de pareja íntima (IPV) en mujeres en edad reproductiva, incluidas las que están embarazadas y posparto. Para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirretroviral eficaz visite la página web del U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) bajo la sección Consideraciones sobre la práctica.
12. Detección y asesoramiento para la violencia de pareja y doméstica: La iniciativa de servicios preventivos para mujeres recomienda realizar pruebas de detección de violencia de pareja y doméstica a mujeres adolescentes y adultas al menos una vez al año y, cuando sea necesario, brindar servicios de intervención. La violencia de pareja y doméstica incluye violencia física, violencia sexual, acecho y agresión psicológica (incluida la coerción), coerción reproductiva, negligencia y amenaza de violencia y abuso, o ambas. Los servicios de intervención incluyen, entre otros, asesoramiento, educación, estrategias de reducción de daños y servicios de apoyo adecuados.
13. Suplementación con ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural: medicación preventiva – La USPSTF recomienda que todas las personas que planean o podrían quedar embarazadas tomen un suplemento diario que contenga de 0.4 a 0.8 mg (400 a 800 mcg) de ácido fólico.
14. Diabetes en el Embarazo- La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (WPSI, por sus siglas en inglés) recomienda evaluar a las mujeres embarazadas para detectar diabetes mellitus gestacional (DMG) después de las 24 semanas de gestación (preferiblemente entre las semanas 24 y 28 de gestación) para prevenir resultados adversos en el parto. El WPSI recomienda evaluar a las mujeres embarazadas con factores de riesgo de diabetes tipo 2 o DMG antes de las 24 semanas de gestación, idealmente en la primera visita prenatal.
15. Detección de gonorrea en todas las mujeres sexualmente activas, incluidas las embarazadas- La USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de gonorrea a todas las mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y a todas las mujeres de 25 años o más que tengan mayor riesgo de infección.

16. Detección de hepatitis B: mujeres embarazadas – Evaluación prenatal para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.
17. Prueba de detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El USPSTF recomienda que los profesionales clínicos realicen pruebas de detección del VIH a todas las embarazadas, incluidas aquellas que se presentan durante el parto o el nacimiento y cuyo estado serológico se desconoce. En el caso de las mujeres embarazadas, todas las aseguradoras u organizaciones de servicios de salud están obligadas a cubrir y no impondrán requisitos de costos compartidos para las siguientes pruebas, incluidas en las recomendaciones más recientes del USPSTF y en cumplimiento con la Ley 45 del 16 de mayo de 2016:

    1) Una primera prueba de VIH durante el primer trimestre del embarazo, en la primera consulta prenatal; y

    2) Una segunda prueba durante el tercer trimestre del embarazo (entre las semanas 28 y 34 de gestación).

18. Detección de la Infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) - Todas las mujeres adolescentes y adultas, mayores de 15 años, se sometan a una prueba de detección del VIH al menos una vez en la vida. La detección temprana o adicional debe basarse en el riesgo, y una nueva prueba anual o más frecuente puede ser adecuada a partir de los 13 años para mujeres adolescentes y adultas con un mayor riesgo de infección por VIH. Evaluación de riesgos y educación para la prevención de la infección por el VIH a partir de los 13 años y continuando según lo determine el riesgo. Se recomienda una prueba de detección del VIH para todas las mujeres embarazadas al iniciar la atención prenatal con una nueva prueba durante el embarazo en función de los factores de riesgo. Se recomienda la prueba rápida de VIH para las mujeres embarazadas que se presentan en trabajo de parto activo con un estado de VIH indocumentado. La detección durante el embarazo permite la prevención de la transmisión vertical.
19. Prevención de la obesidad en mujeres de mediana edad - Asesoramiento a mujeres de mediana edad de 40 a 60 años con índice de masa corporal normal o con sobrepeso (IMC) (18,5-29,9 kg/m2) para mantener el peso o limitar el aumento de peso para prevenir la obesidad. La consejería puede incluir una discusión individualizada sobre alimentación saludable y actividad física.
20. Osteoporosis para prevenir fracturas: detección - Mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con 1 o más factores de riesgo de osteoporosis: El USPSTF recomienda la detección de osteoporosis para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con mayor riesgo de fractura osteoporótica, según la evaluación clínica del riesgo. Para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirretroviral eficaz visite la página web del U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) bajo la sección Consideraciones sobre la práctica.
21. Osteoporosis para prevenir fracturas: detección - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de osteoporosis para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres de 65 años o más. Para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirrectroviral eficaz visite la página web del U.S. Preventive Services Task (USPSTF) bajo la sección Consideraciones sobre la práctica.
22. Servicios de Navegación para Pacientes para la Detección de Cáncer de Mama y de Cuello Uterino: La Iniciativa de Servicios Preventivos para la Mujer recomienda servicios de navegación para pacientes para la detección y el seguimiento del cáncer de mama y de cuello uterino, según corresponda, con el fin de aumentar la utilización de las recomendaciones de detección basadas en una evaluación de las necesidades de navegación de la paciente. Los servicios de navegación implican contacto personal (p. ej., presencial, virtual o híbrido) con la paciente. Los componentes de los servicios de navegación deben ser individualizados. Los servicios incluyen, entre otros, evaluación y planificación centradas en la persona, acceso a la atención médica y navegación en el sistema de salud, derivaciones a servicios de apoyo adecuados (p. ej., traducción de idiomas, transporte y servicios sociales) y educación para pacientes.
23. Depresión perinatal: asesoramiento e intervención - El USPSTF recomienda que los médicos proporcionen o refieran a las personas embarazadas y en período de posparto que tienen un mayor

riesgo de depresión perinatal a intervenciones de asesoramiento.

24. Prevención de la preeclampsia: aspirina en embarazadas con alto riesgo de preeclampsia. El USPSTF recomienda el uso de aspirina en dosis bajas (81 mg/día) como medicación preventiva después de las 12 semanas de gestación en personas con alto riesgo de preeclampsia. Para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirretroviral eficaz visite la página web del U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) bajo la sección Consideraciones sobre la práctica.
25. Detección de trastornos hipertensivos durante el embarazo en embarazadas asintomáticas: El USPSTF recomienda la detección de trastornos hipertensivos en embarazadas mediante la medición de la presión arterial durante todo el embarazo.

26. Prueba de Incompatibilidad Rh: Se realizará una prueba de tipificación sanguínea Rh (D) y de anticuerpos a todas las embarazadas durante su primera consulta de atención relacionada con el embarazo. Además, se realizará una prueba repetida de anticuerpos Rh (D) a todas las mujeres Rh (D) negativas no sensibilizadas entre las semanas 24 y 28 de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) negativo.
27. Detección de ansiedad: La iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas aquellas que están embarazadas o en el posparto. Se desconocen los intervalos óptimos de detección y se debe usar el juicio clínico para detectar la frecuencia de detección. Dada la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y los múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deberían considerar la posibilidad de realizar pruebas de detección a mujeres que no se hayan sometido a ellas recientemente.
28. Diabetes después del embarazo: La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (WPSI, por sus siglas en inglés) recomienda la detección de diabetes tipo 2 en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG) que actualmente no están embarazadas y que no han sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2. Idealmente, las pruebas iniciales deben realizarse dentro del primer año posparto y se puede realizar tan pronto como 4 a 6 semanas después del parto. Las mujeres que no se hicieron la prueba de detección en el primer año posparto o aquellas con un resultado negativo en la prueba de detección posparto inicial deben hacerse la prueba al menos cada 3 años durante un mínimo de 10 años después del embarazo. Para aquellas con un resultado positivo en la prueba de detección en el período posparto temprano, la prueba debe repetirse al menos 6 meses después del parto para confirmar el diagnóstico de diabetes, independientemente del tipo de prueba inicial (p. ej., glucosa plasmática en ayunas, hemoglobina A1C, prueba de tolerancia oral a la glucosa). La repetición de la prueba también está indicada para las mujeres examinadas con hemoglobina A1C en los primeros 6 meses posteriores al parto, independientemente de si los resultados de la prueba son positivos o negativos porque la prueba de hemoglobina A1C es menos precisa durante los primeros 6 meses posteriores al parto.
29. Detección de sífilis: mujeres embarazadas: El USPSTF recomienda la detección temprana de la infección por sífilis en todas las mujeres embarazadas.
30. Detección de la incontinencia urinaria en las mujeres: La Iniciativa de Servicios Preventivos de la Mujer recomienda evitar a las mujeres la incontinencia urinaria como un servicio preventivo. Los factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluyen aumento de la paridad, edad avanzada y obesidad; sin embargo, estos factores no deben usarse para limitar la detección. Varias herramientas de detección demuestran una precisión justa a alta en la identificación de la incontinencia urinaria en mujeres. Aunque se desconocen los intervalos mínimos de detección, dada la prevalencia de la incontinencia urinaria, el hecho de que muchas mujeres no son voluntarias de los síntomas y los múltiples factores de riesgo que cambian con frecuencia asociados con la incontinencia, es razonable realizarla anualmente.
31. Dejar de fumar tabaco: personas embarazadas - La USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todas las personas embarazadas sobre el consumo de tabaco, les aconsejen que dejen de consumir tabaco y proporcionen intervenciones conductuales para dejar de consumir tabaco.
32. Visitas de bienestar de la mujer- Visita anualmente de atención preventiva para mujeres sanas (según el estado de salud de la mujer, las necesidades de salud y otros factores de riesgo) para que las mujeres adultas obtengan los servicios preventivos recomendados que son apropiados para su edad y desarrollo, incluida la atención previa a la concepción y muchos servicios necesarios para la atención prenatal. Esta visita de bienestar de la mujer debe incluir, cuando corresponda, otros servicios preventivos enumerados. Si el médico determina que un paciente

requiere visitas, de bienestar de la mujer, adicionales las visitas adicionales deben proporcionarse sin costo compartido. La gama completa de anticonceptivos incluye aquellos que actualmente figuran en la Guía de control de natalidad de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): anticonceptivos aprobados, concedidos o autorizados, prácticas eficaces de planificación familiar y procedimientos de esterilización que estén disponibles como parte de la atención anticonceptiva.

c) ***Servicios Preventivos para Niños (Sin costo compartido).***

1. Anemia / Hierro - Realizar una evaluación o cernimiento de riesgos según corresponda, según las recomendaciones de la edición actual de la AAP Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics (capítulo sobre el hierro). Suplementos de hierro para niños de 4 meses a 21 años con riesgo de anemia.
2. Ansiedad en Niños y Adolescentes: Cernimiento - El USPSTF recomienda la detección de ansiedad en niños y adolescentes de 8 a 18 años.
3. Detección del trastorno del espectro autista - Detección para niños de 18 y 24 meses.
4. Comportamiento - La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomienda una evaluación anual desde recién nacido hasta los 21 años.
5. Concentración de Bilirrubina: Detección de concentración de bilirrubina para recién nacidos.
6. Presión arterial-Evaluación para niños Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (17) años.
7. Pruebas de sangre: Pruebas de detección de sangre para recién nacidos.
8. Displasia cervical – cernimiento en féminas sexualmente activas.
9. Depresión – La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y el USPSTF recomiendan la detección del trastorno depresivo mayor (MDD) en adolescentes de 12 a 21 años.
10. Detección y vigilancia del desarrollo - Cernimiento en niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
11. Dislipidemia - Cernimiento para todos los niños una vez entre los 9 y 11 años, y una vez entre los 17 y 21 años, y para niños con mayor riesgo de trastornos de los lípidos edades: 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
12. Profilaxis ocular para la oftalmía gonocócica Neonatorum: medicación preventiva: la medicación preventiva para la USPSTF recomienda la administración tópica ocular profiláctica para todos los recién nacidos para la prevención de la oftalmía gonocócica neonatorum (gonorrea).
13. Audición – Cernimiento de pérdida auditiva en todos los recién nacidos y en niños una vez entre los 11 y los 14 años una vez entre 15 y 17 años, y una vez entre 18 y 21 años. Cubierto sin copago ni coaseguro.
14. Altura, peso e índice de masa corporal - Medidas para niños. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
15. Hematocrito o Hemoglobina – Detección de anemia de células falciformes en recién nacidos.
16. Hemoglobinopatías en infantes- cernimiento recién nacidos.
17. Detección de la infección por el virus de la hepatitis B - El USPSTF y la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomiendan la detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en recién nacidos hasta adultos jóvenes (21 años de edad) con mayor riesgo de infección.
18. Índice de masa corporal alto en niños y adolescentes: intervenciones: niños y adolescentes de 6 años o más. - El USPSTF recomienda que los médicos brinden o refieran a los niños y adolescentes de 6 años o más con un índice de masa corporal (IMC) alto (≥ percentil 95 para la edad y el sexo) a intervenciones conductuales intensivas e integrales. Para consultar más información sobre las intervenciones conductuales, puede visitar el siguiente enlace: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/webview/#!/recommendation/2043.
19. Examen de detección de hipotiroidismo: recién nacidos. Detección del hipotiroidismo congénito en recién nacidos.

20. Cubierta mandatoria de Inmunización Bajo la Orden Administrativa 627 del 27 de enero de 2026, establece la obligación de todas las Organizaciones de Servicios de Salud y Aseguradores que suscriben Planes Médicos Privados en Puerto Rico de proveer tratamiento, medicamento y pruebas diagnósticas de Influenza, sin requisitos de compartir costos ("cost sharing"), Con respecto a las inmunizaciones para las cuales haya una recomendación del *Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease control and Prevention (ACIP),* y el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico. Además, recomendó la vacunación contra esta enfermedad desde los 6 meses de edad en adelante como herramienta para evitar la infección y complicaciones de la enfermedad. Igualmente, dicha orden dispuso la obligación de autorizar el uso de los medicamentos antivirales como: oseltamivir, zanamivir, peramivir o baloxavir para el tratamiento de la influenza a las personas con síntomas consistentes con influenza que necsites a base del criterio médico. Las vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años, las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían: difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenza tipo b, hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano, poliovirus inactivado, influenza (vacuna contra la gripe), Sarampión, Paperas, Rubéola, Meningococo, Neumococo, Rotavirus, Varicela. Se deben cubrir las recuperaciones.
    Vacunación contra el VPH a partir de los (9) años de edad para niños y jóvenes con antecedentes de abuso o agresión sexual que no hayan iniciado o completado la serie de (3) dosis (recomendación ACIP). Vacuna contra meningitis (MCV4) es recomendada para niños y adolescentes entre las edades de 11 a 18 años (1 dosis) según recomendada por ACIP.

    Vacuna contra el COVID-19 como parte de las inmunizaciones preventivas para bebés y niños de 6 meses a 12 años y adolescentes de 13 a 18 años, de acuerdo con el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), de conformidad con el Artículo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Vacuna contra el dengue para niños de 9 a 16 años que viven en áreas endémicas de dengue Y que tienen confirmación de laboratorio de infección previa por dengue: series de 3 dosis administradas a los 0, 6 y 12 meses de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).Vacunación Mpox en adolescentes de 18 años según los factores de riesgo sexual de infección por Mpox. Consulte las recomendaciones de los CDC. Vacunación contra el virus respiratorio sincitial para embarazadas jóvenes de entre 11 y 12 años hasta los 18 años. Consulte las recomendaciones de los CDC 1 dosis de la vacuna contra el VRS materna durante las semanas 32 a 36 del embarazo, administrada de septiembre a enero. Abrysvo es la única vacuna contra el VRS recomendada durante el embarazo. Consulte las recomendaciones de los CDC. Inmunización con virus sincicial respiratorio recomendaba 1 dosis de nirsevimab para todos los lactantes de 8 meses o menos nacidos durante o que entren en su primera temporada de VRS. 1 dosis de nirsevimab para bebés y niños de 8 a 19 meses que tienen un mayor riesgo de padecer enfermedad grave por VSR y que entran en su segunda temporada de VSR. Ver recomendaciones de los CDC.
21. Detección de plomo-Para niños en riesgo de exposición al plomo.
22. Depresión materna - Pruebas de cernimiento para madres de bebés en las visitas de 1, 2, 4 y 6 meses
23. Historial médico: para todos los niños durante el desarrollo Edades: de 0 a 21 años.
24. Salud oral – Evaluación de riesgos para niños pequeños. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años.
25. Phenylketonuria (PKU) – cernimiento para este desorden genético en recién nacidos y niños, conforme a la Ley Núm. 139.
26. Prevención de caries dental en niños menores de 5 años: detección e intervenciones: niños menores de 5 años - El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria prescriban suplementos de fluoruro oral a partir de los 6 meses de edad para los niños cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro. Además, la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomienda que si la fuente de agua primaria es deficiente en fluoruro, considere la administración de fluoruro oral suplementación.

El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria apliquen barniz de fluoruro a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir de la edad de erupción del diente primario. Una vez que los dientes estén presentes, aplique barniz de flúor a todos los niños cada 3 a 6 meses en la atención primaria o en el consultorio dental según el riesgo de caries

27. Consejería conductual para el cáncer de piel: La USPSTF recomienda asesorar a adultos jóvenes, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre cómo minimizar la exposición a la radiación ultravioleta (UV) para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel normales para reducir el riesgo de cáncer de piel.
28. Paro cardíaco súbito y muerte cardíaca súbita - La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) recomienda evaluar el riesgo de paro cardíaco repentino y se agregó que la muerte cardíaca súbita ocurra entre los 11 y los 21 años (para tener en cuenta el rango en el que se puede realizar la evaluación del riesgo) para ser consistente con la política de la AAP ("Muerte Súbita en el Joven: Información para el Proveedor de Atención Primaria"). Realizar una evaluación de riesgos, según corresponda.
29. Intervenciones de atención primaria para la prevención y el cese del consumo de tabaco en niños y adolescentes: el USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria proporcionen intervenciones, incluida la educación o asesoramiento breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco entre los niños y adolescentes en edad escolar.
30. Uso de tabaco, alcohol o drogas - Cernimiento de niños (11) a (21) años de edad.
31. Tuberculosis - Pruebas para niños con mayor riesgo de tuberculosis. Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (21) años.
32. Examen de la vista: niños - El USPSTF recomienda un examen de la vista para todos los niños al menos una vez entre las edades de (3) y (5) años, para detectar la presencia de ambliopía o sus factores de riesgo.

Este contrato cubre la visita anual preventiva, las pruebas de cernimiento preventivo y vacunas según lo dispone la Ley 218 del 30 de agosto de 2012 y recomendado por el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico. Estarán cubiertos los servicios de evaluación médica de acuerdo a la edad del niño, requeridos por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000 y en conformidad con la Carta Normativa N-AV-7-8-2001.

XV. BENEFICIOS CUBIERTOS

Su cubierta de Ryder PymeSalud está diseñada para proveerle libre selección a médicos, hospitales, laboratorios y especialistas, a través de la red de proveedores. Usted no necesita referido de un médico primario para acceder los servicios de otros médicos especialistas y subespecialistas dentro de la red de proveedores.

Usted tiene acceso directo y con libre selección, tanto a su médico primario como a su especialista o subespecialista y otros proveedores dentro de la red. Se cubrirán los servicios de ginecología y obstetricia con acceso directo, sin requerir referido o autorización previa del plan, siempre que ese médico sea parte de la red de proveedores del plan de cuidado de salud. También se le permite que el padre o tutor del menor dependiente pueda seleccionar a un pediatra como su proveedor de cuidado primario, siempre que ese médico pediatra sea parte de la red de proveedores del plan de cuidado de salud, en conformidad a la Ley Núm. 161 -2010. Los copagos y coaseguros dentro de la red de proveedores en Nivel 1 (servicios brindados dentro de las facilidades del Hospital Ryder Memorial, Inc.) son más bajos que aquellos en la red de proveedores identificados como Nivel 2 (servicios brindados fuera de las facilidades del Hospital Ryder Memorial, Inc.). Para confirmar que usted recibe los beneficios de su cubierta de salud debe visitar a un proveedor de servicios dentro de la red de proveedores de Ryder PymeSalud.

Bajo nuestra cubierta de salud, existe un máximo de desembolsos que las personas, según su tipo de contrato, pagan por los servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos. La cantidad máxima de desembolso es de $6,350 en un contrato individual y $12,700 en contrato pareja o familiar. Esta es la cantidad máxima que los suscriptores pagan durante el año contrato por servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos bajo esta cubierta cuando visita a los proveedores dentro de la red, incluyendo la compra de medicamentos y pagos por servicios dentales esenciales, según

descritos en este contrato. Una vez el suscriptor alcance la cantidad que le aplica según su tipo de contrato, no tendrá que hacer desembolsos adicionales por el resto del año del contrato.

Servicios fuera de la red y reembolsos

Ryder Health Plan, Inc., en adelante RHP, actualizará el directorio de proveedores en la página de Internet de RHP dentro de los veinte (20) días siguientes a incluir o excluir a un proveedor a la red o de realizar cualquier cambio en la afiliación de un médico a una facilidad, siempre que, en el caso de un cambio en la afiliación, RHP haya recibido notificación de tal cambio, según el inciso A del Artículo 48.050 del Capítulo 48 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Para consultas, puede revisar el directorio en el siguiente enlace: https://planryder.org/documentos-importantes.

Cuando un(a) suscriptor(a) obtenga servicios fuera de red de proveedores participantes, los servicios serán cubiertos por reembolso, siempre y cuando sea un servicio cubierto por este contrato. El procesamiento del mismo estará sujeto a las políticas operacionales.

La metodología utilizada por RHP, para determinar el monto permitido para los servicios fuera de la red de proveedores, será que RHP reembolsará al suscriptor(a) el cien por ciento (100%) de los gastos cubiertos que sean médicamente necesarios, según las tarifas aplicables y contratadas por la red de proveedores, para un proveedor de una especialidad similar al servicio ofrecido, menos el copago o coaseguro que aplique conforme a la especialidad del médico o al tipo de proveedor.

De haber un proveedor de servicios de una especialidad no disponible en el directorio de proveedores de RHP, y que el servicio que este brinde sea uno cubierto por el plan, RHP deberá reembolsar el 100% de los gastos incurridos por el (la) suscriptor(a), menos el copago o coaseguro que aplique. Esto, según requerido en el inciso B del Artículo 48.050 del Código de Seguros de Salud de PR. A continuación, se muestran ejemplos de los costos anticipados para servicios fuera de la red facturados de continuidad:

Ejemplo de reembolso:

Sonograma de extremidades (76881)

Precio	Tarifa Contratada	Coaseguro PymeSalud Platino 40%	Reembolso Neto
$90.00	$75.00	$30.00	$45.00

Ejemplo de pago a proveedor fuera de la red:

Endoscopía con biopsia (EGD) (43239)

Precio	Tarifa Contratada	Coaseguro PymeSalud Oro 50%	Reembolso Neto
$340.00	$319.00	$159.50	$159.50

El (La) suscriptor(a) deberá someter a RHP, recibo original que el proveedor le entrega una vez paga el servicio. Este recibo deberá incluir:

1) CPT de servicio recibido, 2) Cantidad de pago, 3) Diagnóstico(s), 4) NPI con la información completa del proveedor que brindó el servicio, y 5) Autorización de servicio, en caso de que sea requerido, según el contrato.

De tener alguna dificultad con lo anterior, pueden comunicarse los 7 días de la semana al (787) 988-7910, de 7:00 a.m. a 11:00 p.m. para solicitar el cálculo del costo por recibir servicios fuera de la red. Según antes mencionado, en la página web encontrará el Directorio de Proveedores Plan Ryder donde están los proveedores que están activos en el plan

médico.

Además, puede visitar el siguiente enlace para utilizar nuestra herramienta y obtener un costo estimado de servicio con un proveedor fuera de la red: https://planryder.org/reembolso.

Los(as) suscriptores(as) por quienes las primas requeridas hayan sido pagadas, son elegibles a la cubierta bajo el contrato. La cubierta está sujeta a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones del contrato. De conformidad con la Ley Núm. 134 y el Artículo 48.050 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico:

> Cuando RHP, autoriza a un proveedor de servicios o de salud dentro de la red a prestar un servicio cubierto en cualquier plan de salud, y el estatus del proveedor o de la facilidad cambia a fuera de la red antes de que se realice el servicio autorizado, RHP notificará de ello a la persona cubierta tan pronto sea posible. Si RHP no proporciona el aviso al menos treinta (30) días antes de que se realice el servicio autorizado, la responsabilidad económica de la persona cubierta se limitará a la responsabilidad económica en la que habría incurrido si el proveedor hubiera estado dentro de la red de RHP.
>
> Los cargos inadvertidos e involuntarios fuera de la red no están sujetos a cobro o factura más allá de la responsabilidad económica incurrida bajo los términos del contrato de servicio dentro de la red. Cualquier intento por parte del proveedor de cobrar o facturar deberá ser informado inmediatamente al Departamento de Servicio al Cliente de RHP, al número de teléfono que este proporcionará en la Información sobre Beneficios y toda la correspondencia sobre reembolso a la persona cubierta.

Le notificamos del derecho que le asiste, de conformidad con la Ley Núm. 134 y el Artículo 48.120 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Puerto Rico (OCS) para informar o impugnar un cargo fuera de la red contratada llamando al (787)304-8686, por correo a PO Box 195415, San Juan, PR 00919-5415 o visitando las oficinas de la OCS en Edificio World Plaza, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918.

A. HOSPITALIZACIÓN

Hospitalizaciones para servicios o procedimientos realizados tanto de manera hospitalaria como ambulatoria. Se excluyen los servicios destinados a la comodidad personal y/o los servicios de custodia.

1. Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días por hospitalizaciones regulares.

    a. El suscriptor o paciente será responsable por la diferencia en costo, cuando decida por habitación privada, en vez de semiprivada, a menos que la habitación privada sea medicamente necesaria.
    b. Los médicos y/o proveedores no podrán cobrar a pacientes en habitaciones privadas, diferentes cantidades, a aquellos que están en habitaciones semi-privadas.

2. Hospitalización total y parcial por condiciones mentales. Sin límite, conforme a la Ley de Paridad en Salud Mental “Mental Health Parity Act”. Incluye desintoxicación y tratamiento residencial.

3. Hospitalización total y parcial por desorden de abuso de sustancias - Sin límite, conforme a la Ley de Paridad en Salud Mental “Mental Health Parity Act”. Las hospitalizaciones parciales están incluidas 2 días de hospitalizaciones parciales equivalentes a 1 día de hospitalización total. Incluye desintoxicación y tratamiento residencial. El tratamiento residencial fuera del área de servicio no está cubierto.

4. Uso de las unidades de cuidado intensivo, cuidado coronario y cuidado intensivo de pediatría.

5. Quimioterapias en todas sus modalidades (inyectables, oral, intratecal, intravenoso). Cubierto, sin límites.

6. Radioterapia y Cobalto. Cubierto, sin límites.

7. Servicio pre-natal y post-natal en las clínicas de maternidad, como también, servicios de parto incluyendo

todos los servicios necesarios de hospitalización. Cubierto al suscriptor principal, a su cónyuge y/o cohabitante, e hijas dependientes.

Además, conforme a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, se cubrirán expresamente, en todos sus productos, planes o primas, el cernimiento y el tratamiento físico y emocional de las madres que reflejen síntomas de depresión preparto. Se cubrirá según lo establece la Ley 248 del 15 de agosto de 1999, conocida como Ley para garantizar un cuidado adecuado para las madres y sus recién nacidos durante el periodo de post-parto.

a. Se proveerá una cubierta mínima de cuarenta y ocho (48) horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para beneficio de la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) si se trata de un parto natural sin complicaciones y un mínimo de noventa y seis (96) horas si requirió cesárea.

b. Cualquier decisión que tenga como efecto acortar el periodo de tiempo provisto en el inciso a. de este artículo, tendrá que ser determinado por el proveedor asistente con el visto bueno de la paciente.

c. Si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo de tiempo menor al dispuesto en el inciso a. de este artículo, pero de conformidad con el inciso b., la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.

8. Alimentos, incluso dietas especiales provistas por el hospital

9. Hiperalimentación

10. Sala de operaciones, Sala de recuperación y servicio general de enfermería

11. Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos relacionados con hiperalimentación y materiales de anestesia.

12. Administración de anestesia.

13. Oxígeno.

14. Servicio de laboratorio clínico y patológico; producción de electrocardiogramas; y producción de estudios radiológicos.

15. Servicios de terapia física y rehabilitación

16. Servicios de terapia respiratoria

17. Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que usualmente provee el hospital, que sean ordenados por escrito por el médico a cargo, que no estén expresamente excluidos en este contrato.

18. Terapias electroconvulsivas para el tratamiento de condiciones mentales estarán cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada y a los estándares de la American Psychiatric Association (APA).

19. Servicios de diálisis y hemodiálisis. Servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como los servicios para cualquier complicación que pueda surgir y sus correspondientes servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, será cubierto por los primeros 90 días desde: a) la fecha en que el suscriptor comenzó a ser elegible para la cubierta durante la primera vez o, b) la fecha en que él/ella recibió la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicará cuando diálisis o hemodiálisis subsecuentes son relacionadas a la misma condición clínica

20. Productos sanguíneos para transfusión, incluyendo todos sus componentes, provisión y administración.

21. Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.

22. Procedimiento de litotricia (ESWL) cubierto, sin límites. Pre-autorización es requerida.

23. Plan Ryder ofrece cubierta, a través de su Red de Proveedores, según la "Ley 121 de 2023 para el Establecimiento de un Sistema de Manejo Multisectorial, Uniforme y Coordinado de Accidentes Cerebrovasculares ("Stroke")", para la identificación, diagnóstico, manejo, transporte y tratamiento pre-hospitalario y post-hospitalario de pacientes que sufran un evento de accidente cerebrovascular.

B. SERVICIOS MÉDICO – QUIRÚRGICOS

Incluye los siguientes servicios médicos y quirúrgicos, mientras se encuentre recluido en el Hospital (cubierto, sin límites, a menos que se indique lo contrario):

1. Diagnósticos y tratamientos, cirugías, administración de anestesia por médicos anestesiólogos, enfermeras anestesistas y técnicos de anestesia empleados por anestesiólogos.

2. Consultas de especialistas – cubierto, sin límite.

3. Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.

4. Servicios de diálisis y hemodiálisis. Cubierto por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de la primera diálisis o hemodiálisis o la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez al contrato. Esta cláusula aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.

5. Quimioterapia en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecal, intravenoso). Cubierto, sin límites.

6. Radioterapia y Cobalto.

7. Trasplantes de piel, hueso y cornea. Pre-autorización es requerida.

8. Procedimientos Endoscópicos, incluyendo Endoscopias gastrointestinales – cubierto, sin límite. Pre-autorización es requerida.

9. Procedimientos y pruebas cardiovasculares invasivas y no invasivas, como también electromiogramas. Pre- autorización es requerida.

10. Cirugía "Orthognatic". Pre-autorización es requerida.

11. Evaluaciones audiológicas. Incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal, conforme lo requiere la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003. Cubierto sin copago ni coaseguro.

12. Cirugía Bariátrica – Cubierto por Bypass Gástrico. Pre-autorización es requerida. Servicio sujeto a copago o coaseguro correspondiente.

13. Pruebas y Procedimientos Neurológicos, cubiertos, sin límites.

El suscriptor será responsable de pagar el coaseguro o copagos correspondientes por los servicios indicados de acuerdo con la Tabla de Copagos y Coaseguros establecidos al final de esta cubierta.

C. SERVICIOS POST-HOSPITALIZACIÓN – ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Los Servicios de Enfermería Especializada se ofrecen luego de una hospitalización con la debida justificación médica. Este servicio se conoce como *Skilled Nursing Facility* (*SNF*) y está cubierto sólo si ocurre 14 días luego del alta del hospital, luego de haber estado hospitalizado al menos 3 días, a causa de la misma condición por la cual fue admitido. Se cubre hasta un máximo de 120 días, por suscriptor, por año contrato. Pre-autorización es requerida.

D. SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA

Se proveerán beneficios de servicios de emergencia, urgencia, accidente o trauma sin periodo de espera, sin límites. Dichos servicios de emergencia serán provistos sin la necesidad de autorización previa por parte del plan; serán provistos, además, independientemente de que el proveedor de tales servicios de emergencia sea un proveedor participante con respecto a los mismos y sin imponer ningún requisito administrativo ni limitación que sea más restrictiva que la exigida para los servicios de los proveedores participantes y al nivel de costos compartidos dentro de la red. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos a un paciente por un proveedor no contratado por la RHP, se le compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y éste vendrá obligado a aceptar una cantidad que no será menor a la contratada con el proveedor participante por el plan para ofrecer los mismos servicios. Además, bajo estas circunstancias, tales servicios de emergencia serán provistos independientemente de las condiciones del plan de cuidado de salud correspondiente.

Están cubiertos 24 horas diarias, 7 días a la semana, en las facilidades debidamente licenciadas para brindar estos servicios.

E. SERVICIOS CUBIERTOS EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Los servicios fuera del área de cobertura están cubiertos para casos de emergencia o casos que requirieron equipo, tratamiento e instalaciones no disponibles en Puerto Rico.

- Servicios de Emergencia en Estados Unidos - Estarán cubiertos basados en un cargo usual y acostumbradas de la zona geográfica donde se ofreció el servicio. Aplica 40% coaseguro a todos los servicios.
- Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico – El suscriptor puede ser responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al 40% coaseguro. Los servicios están sujetos a preautorización, excepto en caso de emergencia.

Los tratamientos electivos, que no se consideran una emergencia, no están cubiertos por este contrato a menos que haya un equipo, tratamiento o instalación no disponible en Puerto Rico. Las tarifas que se pagarán son la tarifa habitual y de costumbre (UCR) del área geográfica en la que se prestan los servicios y serán pagadas directamente al proveedor.

F. SERVICIOS AMBULATORIOS

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

1. Visitas iniciales y de seguimiento de cuidado para tratamiento de lesión o enfermedad, cubierto sin límites.

2. Vistas a generalistas, especialistas y sub-especialistas, cubierto, sin límites.

3. Servicios de Salud Mental:

    a. Visitas a psiquiatra y psicólogo.

    b. Terapias de Grupo

c. Visitas Colaterales

d. *Servicios para el tratamiento de condiciones mentales – Sin límite de acuerdo con la Ley de Paridad en Salud Mental "Mental Health Parity Act".*

e. *Servicio por Desorden de Abuso de Sustancias – Sin límite e acuerdo con la Ley de Paridad en Salud Mental "Mental Health Parity Act".*

4. Visitas a Audiólogos.

5. Visitas a Podiatras.

6. Visitas a Optómetra y Oftalmólogos.

7. Visitas a Quiroprácticos. Las manipulaciones podrían estar sujetas a limitaciones y exclusiones según cubierta.

8. Servicios de Nutricionistas. Los servicios de nutrición podrían estar sujetos a limitaciones y exclusiones, según cubierta.

9. Centros de Cirugías Ambulatorias – Pre-autorización es requerida. Los servicios prestados en un centro ambulatorio que puedan realizarse en el consultorio del médico no están cubiertos.

10. Servicios quirúrgicos ambulatorios en: Hospitales, Centros de Cirugías Ambulatorias y Oficina Médica. Pre-autorización es requerida.

11. Pruebas Diagnósticas mediante servicios de Rayos-X y Laboratorios – Sin límite.

    a. La reproducción de los rayos-x está cubierto.

    b. Laboratorios relacionados a problemas de infertilidad están cubiertos, siempre y cuando los mismos estén en la cubierta.

    c. La Ley Núm. 29 de 18 de enero de 2024, Artículo 9 requiere que se ofrezcan ciertas pruebas clínicas, las cuales están clasificadas como exentas del requisito de la presentación de una orden médica y cualquier otra prueba clasificada como exenta por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés), siempre y cuando el paciente sufrague los costos de las pruebas que le sean realizadas. Los resultados que entregue el laboratorio clínico al paciente deberán indicar lo siguiente: "Los resultados deben ser interpretados y consultados por un médico licenciado para la protección del paciente".

12. Sonogramas, Mamografía, Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías, sin límites.

13. Angiografía por Resonancia Magnética (Imaging MRA) – Cubierto. Sin límite. Pre-autorización es requerida.

14. Pet CT & Pet Scan – uno (1) por año contrato, por suscriptor. Pre-autorización es requerida.

15. Imagen por Resonancia Magnética (MRI) & Tomografía Computadorizada (CT) - uno (1) por región anatómica, por año contrato, por suscriptor. Pre-autorización es requerida.

16. Pruebas de medicina nuclear, cubierto, sin límites. Pre-autorización es requerida.

17. Estudios y Pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como:

    a. Visitas a Especialistas
    b. Exámenes Clínicos de mamas
    c. Mamografías, Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías

d. Tratamientos como pero no limitados a:
   i. Mastectomía (Incluyendo a varones)
   ii. Cirugías Reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído
   iii. Reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica
   iv. Prótesis de seno y tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

18. Electroencefalogramas – Sin límite. Pre-autorización es requerida.

19. Pruebas y procedimientos cardiovasculares: Invasivos, No invasivos, y Electromiogramas. Pre-autorización es requerida.

20. Pruebas diagnósticas y procedimientos de oftalmología – cubierto, sin límite.

21. Procedimientos endoscópicos, incluyendo endoscopias gastrointestinales – cubierto, sin límite. Pre-autorización es requerida.

22. Quimioterapia en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecal, intravenoso) – cubierto, sin límites.

23. Radioterapia y cobalto – Cubierto, sin límite.

Ryder Health Plan provee cubierta que incluye de forma mandatoria, los tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas, incluidas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer ("NCCN Guideliness") y/o aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés), así como los necesarios para atender y minimizar sus efectos adversos, sujeto a las disposiciones de la Ley Especial para Asegurar el Acceso al Tratamiento y Diagnóstico de los Pacientes de Cáncer en PR" conocida como "Ley Gabriela Nicole Correa del 1 de agosto de 2020". Ryder Health Plan deberá remitir sus aprobación o denegación 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. Siempre que, del plan médico, no emita su determinación dentro de dicho término, se entenderá que los medicamentos, tratamientos y/o pruebas diagnósticas fueron aprobados por el mismo. Cualquier plan médico, que requiera la cita de un proveedor de atención primaria, puede permitir la cita, en pacientes oncológicos, de un médico especializado en oncología, como proveedor de atención primaria; siempre y cuando ese profesional de salud dé su consentimiento para dicha designación.

Los derechos establecidos en esta Ley serán adicionales a los que dispone la Ley 275-2012, según enmendada, bajo la Ley Núm. 165 de 15 de agosto de 2024, conocida como "Declaración de derechos de los pacientes y sobrevivientes de cáncer", y tendrá el alcance y se regirá de acuerdo con los requisitos y procedimientos previstos por la Ley Pública 111-148, conocida como "Protección al Paciente y Ley de Atención Médica Accesible", Ley Pública 111-152, conocida como "Ley de Reconciliación de la Atención Médica y la Educación" y la regulaciones federales y locales adoptadas bajo esta y cualquier otra ley o regulación que sea sucesora o aplicable en el nivel federal o local.

Todo paciente tendrá derecho a recibir el tratamiento que su médico le recomiende, sin limitaciones por parte del plan, que el paciente reciba un tratamiento más eficaz y de vanguardia, disponible en el mercado, en de acuerdo con las coberturas y protocolos diseñados para la protección de los Artículos 5 y 9 de esta Ley. Además, según el Artículo 3 de esta Ley, RHP no rechazará ni negará ningún tratamiento que esté cubierto bajo los términos y condiciones de su contrato de salud, siempre que exista una recomendación médica fundamentada en las guías del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) o en tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA). Esto incluirá hospitalizaciones, diagnósticos y medicamentos para pacientes diagnosticados con cáncer. El criterio médico del profesional tratante será el único referente para determinar el tratamiento a seguir, y no podrá ser modificado sin la autorización del médico o del paciente, según corresponda. Además, RHP garantizará la cobertura continua del tratamiento y el monitoreo frecuente del estado físico y bienestar emocional de los sobrevivientes de cáncer. Además, permitirá la designación, en pacientes con cáncer, de un médico especialista en oncología, como proveedor de atención primaria; siempre que ese profesional de la salud consienta dicha designación, (A tenor con la Ley Núm. 79 del 1 de agosto de

2020)

Las cubiertas, contratos, certificados o convenios ofrecidos o emitidos en Puerto Rico por un plan médico para proporcionar, entregar, procesar, pagar o reembolsar el costo de los servicios de atención médica, tratamientos, medicamentos o pruebas diagnósticas incluidas como obligatorias y uniformes, no dispondrán que la interpretación de los términos del contrato estará sujeta a la discreción de la organización de servicios de salud, ni contendrán normas de interpretación o revisión que contravengan lo dispuesto en esta Ley. Todo lo anterior se aplicará en cumplimiento con las leyes y regulaciones federales vigentes.

24. Inyecciones intraarticulares.

25. Terapia física, siempre y cuando estén relacionadas con una condición, enfermedad o lesión cubierta provistas por un fisiatra.

26. Servicios de Rehabilitación Ambulatoria. Pre-autorización es requerida.

27. Servicios de Habilitación. Pre-autorización es requerida.

28. Terapia del Habla Lenguaje (Sólo para casos de Autismo, Cuidado de Salud en el Hogar y Syndrome Down).

29. Terapia Ocupacional (Sólo para casos de Autismo, Cuidado de Salud en el Hogar y Syndrome Down) .

30. Terapia respiratoria.

31. Pruebas de alergia.

32. Visitas para cuidado preventivo del recién nacido (well baby care) durante el primer año de vida.

33. Criocirugía del cuello uterino. Pre-autorización es requerida.

34. Vacunas – todas las vacunas y refuerzos "catch-ups" recomendados por el "United States Preventive Services Task Force" estarán cubiertos para niños, adolescentes y adultos de acuerdo con lo especificado en los itinerarios de vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico y el Center for Disease Control (CDC, por sus siglas en inglés). Estas Inmunizaciones estarán cubiertos con $0 copago ó 0% coaseguro de acuerdo con la edad del suscriptor. Ver Sección de Servicios Preventivos Cubiertos por la Ley Federal ACA "Affordable Care ACT".

35. Prueba diagnosticas de polisomnografía (estudio del sueño). Pre-autorización es requerida.

36. Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.

37. Perfil biofísico. Pre-autorización es requerida.

38. Vacuna para el virus sincitial respiratorio (palivizumab)– pacientes pediátricos. Ley Núm. 165-2006.

39. Prueba de timpanometría. Pre-autorización es requerida.

40. Prueba de VIH – una por año, como parte de la evaluación médica de rutina (Ley 45 del 16 de mayo de 2016).

41. Equipo médico durable – Pre-autorización es requerida. Cubierto al ser aprobado, mediante alquiler o compra de parte del plan durante el tiempo estipulado en la orden médica. Se considera cubierto lo siguiente: oxígeno y equipo necesario para su administración, silla de ruedas y cama de hospital o posición, incluyendo el colchón. Estará sujeto a que su utilización sea para propósitos médicos. El equipo debe ser apto para usarse de manera efectiva en un entorno no médico, como el hogar, como también debe aportar una mejora significativa en el tratamiento de la enfermedad o lesión y su costo debe estar justificado en relación con los beneficios terapéuticos que proporciona.

42. Menores de 21 años postrados en cama con diversidades físicas/fisiológicas; ventilador-Respiradores Mecánicos y Ventiladores - Pre-autorización es requerida. Cubierto sin límites, según Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015 y la Ley Núm. 40 del 21 de febrero de 2023 para pacientes afiliados menores de (21) años, postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador artificial para mantenerse con vida. Aquellos que hayan iniciado tratamiento siendo menores de (21) años y cumplan (21) años, y que hayan recibido servicios médicos o atención domiciliaria continuarán recibiendo estos servicios después de los (21) años.

    La cobertura también incluye los siguientes beneficios: equipo tecnológico necesario para que el asegurado pueda mantenerse con vida; al menos un (1) turno diario de ocho (8) horas de servicios de enfermería especializada con experiencia en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con experiencia en enfermería o de técnicos(as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P), debidamente licenciados(as) deberán contar con cursos, certificaciones y capacitación aprobados y validados o los requisitos de habilidades y conocimientos establecidos por reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados con el cuidado y manejo de dichos pacientes. y su equipo médico según lo autorizado en esta Ley; suministros que impliquen el manejo de equipo tecnológico; fisioterapia y terapia ocupacional. Se entenderá como beneficiario a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, entiéndase respirador o de oxígeno suplementario, por lo que va a requerir cuidado diario especializado de cualesquiera profesionales antes mencionados para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad. Estos servicios estarán cubiertos sujeto a que el suscriptor, con su representante, presenten evidencia de justificación médica y de inscripción del suscriptor en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para estos propósitos. También incluye suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos relacionados con ventilador mecánico.

43. Cubierta para el tratamiento de Autismo (todas sus formas) – está cubierta incluye y no se limita a: genética, neurología, psiquiatría, inmunología, gastroenterología, endocrinología y nutrición; servicios de habla y lenguaje, psicológicos, psiquiátricos, ocupacionales, visuales, auditivos, físicos, de alimentación y disfagia; evaluaciones y terapias conductuales, incluyendo el Análisis de Conducta Aplicado (ABA), u otros basadas en las evaluaciones correspondientes y con base en la evidencia, que incluirán visitas médicas, pruebas derivadas con las adaptaciones necesarias, incluyendo citas prioritarias, anestesia y otros servicios médicos que sean médicamente necesarios para el tratamiento de pacientes con autismo. Sin limitación, se incluyen análisis de laboratorio, electroencefalograma, resonancia magnética (MRI), entre otras pruebas radiológicas que sean médicamente necesarias, trabajo dental, entre otros servicios que se recomienden médicamente debido a la complejidad del manejo de la ansiedad y el comportamiento de los pacientes con autismo. La cubierta no establece límite en cuanto a la edad de los pacientes. Tampoco está sujeta a límite de beneficios, tope en el número de visitas a un profesional de servicios médicos, luego que la necesidad médica haya sido establecida por un médico licenciado. La cubierta aquí establecida está sujeta a copagos y coaseguros a que estén sujetos otros servicios similares. RHP, proveedor o administrador de beneficios, persona o institución no puede denegar a admitir o prestar sus servicios y todo lo específicamente establecido como parte de la cobertura en este Artículo, debido a los efectos que pueda tener la inclusión de la cobertura de Autismo. Tampoco podrá negarse a renovar, referir, restringir o cancelar la póliza o la cobertura de Autismo, porque la persona o sus dependientes sean diagnosticados con Autismo o utilicen los beneficios que ofrece esta Ley. RHP tendrá la obligación de informar trimestralmente al Departamento de Salud el censo de asegurados que presenten Trastornos del Espectro Autista. Se prohíbe cancelar una póliza de salud vigente porque uno de los beneficiarios fue diagnosticado con Trastornos del Espectro Autista y, al momento de obtener la póliza, se desconocía su condición. (En conformidad a Ley Núm. 163 del 13 de agosto de 2024.

    Además, en cumplimiento con la “Ley para el Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para las Personas con Trastorno de Espectro de autismo” Ley 63-2019, se incluye el tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales.

44. Cubierta para cesación de fumar. Cubierto, hasta noventa (90) días consecutivos, hasta dos (2) intentos por año.

45. Servicios de cuidado en el hogar – Pre-autorización es requerida. 40 terapias físicas, ocupacional y del habla bajo un límite combinado, por año, por suscriptor. Sólo están cubiertos si comienzan 14 días después del alta hospitalaria del suscriptor de al menos 3 días, y si se proporcionan para la misma condición por la cual haya sido admitido.

46. Preparación de Aminoácidos Libre de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de edad del paciente. En adición, a la atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo, según dispone la Ley 139 del 8 de agosto del 2016.Además, forma parte de los servicios preventivos en recién nacidos. El suscriptor será responsable de pagar el copago o coaseguro establecido para este servicio.

47. Tratamiento para el cuidado rutinario de los pies. Cubierto. Sin límite.

48. El examen de refracción estará cubierto cuando sea realizado por un especialista en oftalmología u optometría.

49. Examen rutinario de la vista para niños usando el suplementado FEDVIP. Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un par por año contrato, por suscriptor, incluyendo espejuelos de gran potencia para suscriptores con pérdida significativa, pero que no tienen ceguera total. Además, se cubre un aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopio de lentes sencillos o dobles) para suscriptores hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero no tienen ceguera total. Servicio relacionado a espejuelo no puede ser provisto por reembolso, descuento o concesión.

50. Ambulancia aérea – según los Protocolos de Servicio – sin límites. Servicio de ambulancia aérea solo aplica en Puerto Rico, incluye Vieques y Culebra, por lo que el servicio fuera de esta área no está cubierto.

51. Nerve conduction velocity test

52. Servicios de Diálisis y Hemodiálisis – 90 días. Servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como los servicios para cualquier complicación que pueda surgir y sus correspondientes servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, será cubierto por los primeros 90 días desde: a) la fecha en que el suscriptor comenzó a ser elegible para la cubierta durante la primera vez o, b) la fecha en que él/ella recibió la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicará cuando diálisis o hemodiálisis subsecuentes son relacionadas a la misma condición clínica.

53. Un monitor de glucosa cada tres (3) años con reemplazo de equipo dañado, el suministro de una (1) inyección de glucagón y su reemplazo en caso de uso o vencimiento, y un mínimo de ciento cincuenta (150) tiras y ciento cincuenta (150) lancetas cada mes para pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 1 por un especialista en endocrinología o endocrinología pediátrica.

Una vez que el paciente ha sido diagnosticado con la condición de diabetes mellitus tipo I, para que el paciente reciba el beneficio establecido por Ley, deberán presentar una receta debidamente expedida por un médico debidamente autorizado para ejercer la profesión dentro de la jurisdicción de Puerto Rico para que un farmacéutico dispense en su caja original debidamente sellada las tiras y lancetas mensuales autorizadas por Ley.

Si el endocrinólogo ordena un glucómetro en específico debido al tratamiento que utilice el paciente, el endocrinólogo someterá una justificación. En dicho caso RHP cubrirá la marca del glucómetro ordenado por el endocrinólogo. RHP será responsable de que los distribuidores de los glucómetros cumplan con éstos requisitos.

Respecto a la cubierta de bomba de infusión de insulina, la selección de la marca de este dispositivo la determina el endocrinólogo basado en la edad del paciente, el grado de actividad física del paciente y el conocimiento del paciente y/o cuidadores sobre la condición. Debido a que el endocrinólogo es el médico especialista con el conocimiento necesario para determinar qué tipo y/o manera de bomba de infusión de insulina su paciente requiere, RHP cubrirá la bomba de insulina ordenada por el endocrinólogo. En conformidad a la Ley Núm. 14 de 2023, “Carta de derechos y responsabilidades de las personas que viven con diabetes en Puerto Rico**:** RHP no discriminará en la cubierta para cualquier suscriptor con Diabetes.

Derechos y Responsabilidades de las Personas que viven con Diabetes en Puerto Rico, la Ley Núm. 14 de 12 de

enero de 2023, establece que todo paciente que vive con diabetes tendrá derecho a:

a) Obtener a precios asequibles los medicamentos, insulina, dispositivos y tecnologías avanzadas y recientes para el automanejo de su condición;
b) no ser discriminadas al realizar una solicitud de cubierta de seguros de salud;
c) recibir un diagnóstico temprano y acceso a un tratamiento, atención asequible y equitativa independientemente de su raza, etnia, sexo o edad, incluido el acceso a la atención y apoyo psicosocial. También podrá recibir consejo fiable y con regularidad, educación y tratamiento de acuerdo con prácticas basadas en evidencia que se centren en sus necesidades independientemente del entorno en el que reciben la atención;

Las personas que viven con diabetes tienen la responsabilidad de:

a) compartir información con su proveedor de salud sobre su actual estado de salud, todos los tipos de medicamentos que utiliza, alergias, entorno social, estilo de vida y otra información que pueda ser relevante para que el proveedor de salud determine el tratamiento y las recomendaciones adecuadas;
b) compartir con su proveedor de salud cualquier problema que experimente con el plan de tratamiento recomendado, incluida, cualquier barrera para implementarlo con éxito;

Las personas que viven con diabetes y sus padres o cuidadores (en caso de que sean menores o dependientes) tienen derecho a:

a) recibir información fiable sobre los nombres y la dosificación de cualquier terapia y medicamento, sus acciones y posibles efectos secundarios e interacciones con otras condiciones médicas y terapias específicas del individuo;

54. En el caso de pacientes que padezcan de una condición que ponga en peligro 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, RHP 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.

55. Telemedicina, Telesalud y ley Ciberterapia – En conformidad a la Ley Núm. 8 del 11 de abril de 2025 el cual enmienda ley 168-2018 y ley 48-2020 establece en el Artículo 5. – A partir de la vigencia de esta Ley, todo médico o profesional de la salud autorizado a ejercer en Puerto Rico, podrá realizar sus consultas o proveer sus servicios por medio de tecnologías de telemedicina o telesalud en Puerto Rico, sin necesidad de obtener una Certificación adicional para dicha práctica.

En el Artículo. 13, expone que todo profesional licenciado autorizado a ejercer la telemedicina o la telesalud en Puerto Rico podrá facturar los servicios provistos, según establecido en virtud de esta Ley, a las compañías de seguro de salud y a la Administración de Seguros de Salud (ASES), quienes vendrán obligados a pagarla como si fuera un servicio prestado de forma presencial. A esos fines, las compañías de seguro de salud y ASES tendrán que proveerles a los médicos y profesionales de la salud, que así lo soliciten, los correspondientes códigos para la facturación por los servicios prestados por los medios aquí establecidos." Todo profesional licenciado autorizado a ejercer la práctica de la fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación y terapia educativa en Puerto Rico podrá facturar los servicios provistos utilizando la ciberterapia, según establecido en virtud de esta Ley, a las compañías de seguro de salud y a la Administración de Seguros de Salud (ASES), quienes vendrán obligados a pagarla como si fuera un servicio prestado de forma presencial. A esos fines, las compañías de seguro de salud y ASES tendrán que proveerles a los

profesionales a los que aquí se hace referencia, que así lo soliciten, los correspondientes códigos para la facturación por los servicios prestados por los medios aquí establecidos.

A partir de la vigencia de esta Ley, todo profesional licenciado en la fisioterapia, terapia ocupacional terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación y terapia educativa en Puerto Rico, podrá realizar sus consultas a distancia por medios tecnológicos, tales como, teléfonos, video llamadas, aplicaciones o cualquier otra herramienta tecnológica al alcance, sin la necesidad de obtener la certificación para la práctica de la Ciberterapia descrita en este Artículo.

El Servicio de Telemedicina a través de consulta médica virtual, o telefónica, le permite recibir atención médica en cualquier lugar dentro de la región geográfica de Puerto Rico, los 365 días del año, con los proveedores del Plan, debidamente certificados. El médico tendrá que poseer la Certificación para la práctica de telemedicina en Puerto Rico concedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, conforme a los requisitos contenidos en su reglamento. Usted tiene acceso a consultas de salud con un generalista, médico de familia, internista o pediatra licenciados, ya sea para una dolencia o urgencia menor. El proveedor debe tener certificación para la práctica de telemedicina conforme a la Ley Núm. 168 de 2018. El proveedor puede enviar las recetas a la farmacia participante. También, usted puede compartir con el médico, resultados de estudios. Si es una emergencia, es importante que llame al 911 o visite la sala de emergencia. Este beneficio requiere el copago correspondiente, por consulta, según especialidad médica. Servicio de Telemedicina a través de consulta médica virtual, o telefónica, le permite recibir atención médica en cualquier lugar dentro de la región geográfica de Puerto Rico, los 365 días del año, con los proveedores del Plan, debidamente certificados. El médico tendrá que poseer la Certificación para la práctica de telemedicina en Puerto Rico concedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, conforme a los requisitos contenidos en su reglamento. Usted tiene acceso a consultas de salud con un generalista, médico de familia, internista o pediatra licenciados, ya sea para una dolencia o urgencia menor. El proveedor debe tener certificación para la práctica de telemedicina conforme a la Ley Núm. 168 de 2018. El proveedor puede enviar las recetas a la farmacia participante. También, usted puede compartir con el médico, resultados de estudios. Si es una emergencia, es importante que llame al 911 o visite la sala de emergencia. Este beneficio requiere el copago correspondiente, por consulta, según especialidad médica.

El servicio de telemedicina puede ser ofrecido por su proveedor o solicitado directamente por usted. Las instrucciones para conectarse y el proceso de acceso serán explicados por el médico y dependerán del sistema que utilice cada proveedor, así como del tipo de cita que usted necesite. Entre los métodos disponibles se encuentran:

Por voz: a través de una llamada telefónica, ideal para situaciones en las que no sea necesario el uso de video, pero que requieren orientación médica inmediata.

Por video: mediante una plataforma digital segura que permite la comunicación visual en tiempo real entre el médico y el paciente. Esta opción facilita una evaluación más completa, ya que el médico puede observar síntomas o expresiones relacionadas con la condición.

Combinada (voz y video): donde se utilizan ambas herramientas para maximizar la interacción y brindar una atención más detallada.

La modalidad de telemedicina disponible dependerá de las políticas de cada proveedor, de la

tecnología que ambos (médico y paciente) tengan disponible, y de la naturaleza de la cita o condición que se atienda. En todo momento, el sistema utilizado deberá cumplir con los requisitos de confidencialidad y seguridad establecidos bajo la Ley HIPAA, garantizando la protección de su información de salud. De tener alguna duda o necesitar asistencia para acceder a este servicio con cualquiera de los proveedores de nuestra red, o si desea conocer cuáles son los deducibles, copagos o coaseguros puede comunicarse con Ryder Health Plan, Inc. al 787-852-0846 , o referirse a la Tabla de copagos y coaseguros aplicables para este servicio. y con gusto haremos las gestiones pertinentes para asistirle en la coordinación o proveerle una alternativa.

56. La terapia cibernética es la práctica a distancia de las profesiones descritas en el párrafo anterior, en la que la interacción individual-terapeuta está mediada por herramientas tecnológicas de comunicación e información. Ellos deberían incluyen, entre otros, servicios de diagnóstico, evaluación, análisis, consulta, supervisión, información, educación, interpretación e intervención con las necesidades y expectativas del individuo que las recibe. La práctica de la terapia cibernética debe tener en cuenta aquellos aspectos definidos por el "Center for Medicare Servicios "(CMS, por sus siglas en inglés), para que las consultas realizadas puedan ser consideradas para reembolso por "Medicare" o "Medicaid".

57. Atención directa de un ginecólogo-obstetra: A tenor con la Ley Núm. 7 del 11 de abril de 2025, incida: a los fines de garantizar el derecho de toda mujer a seleccionar y recibir atención directa de un ginecólogoobstetra, en adición a su médico primario, bajo el plan de cuidado de salud al que esté acogida, hasta un (1) año después del parto; para disponer que las aseguradoras autoricen al obstetra a diagnosticar, manejar y tratar las condiciones de las pacientes durante el embarazo y el posparto, sin requerir un referido o autorización previa del médico primario; atemperar las disposiciones legales pertinentes; y para otros fines relacionados.

58. Para personas que tienen el Síndrome de Down desde el nacimiento - Esta cubierta incluirá pruebas, sin limitarse a, genéticas, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición; incluirá, además, las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente y servicios terapéuticos con enfoque remediador para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años. Los servicios terapéuticos con enfoque remediador deberán incluir, pero no se limitarán a, terapias físicas, terapias del habla, terapias ocupacionales y cualquier otra terapia necesaria recomendada por un profesional de la salud autorizado a ejercer tal profesión en Puerto Rico o los Estados Unidos, en las cantidades y frecuencia prescritas por el profesional o especialista. RHP no rescindirá, rechazará ni negará la cobertura ni los servicios si un asegurado es diagnosticado con síndrome de Down. La aseguradora no cancelará una póliza de salud vigente si uno de los beneficiarios es diagnosticado con síndrome de Down y este no se conocía al momento de la contratación de la póliza.

59. Albinismo y el Síndrome de Hermansky-Pudlak. Servicios cubiertos para la condición de Albinismo y los trastornos genéticos que pueden causarlo. Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son:

Acceso directo a proveedores y médicos especialistas, así como aquellos medicamentos, tratamientos, terapias y pruebas que no sean experimentales ni de modificación genética, validadas científicamente como eficaces y recomendadas para diagnosticar y tratar la condición y los trastornos genéticos de acuerdo con las necesidades específicas del paciente, sin necesidad de referido según establecido por la Ley Núm. 109 de diciembre de 2022. Pruebas genéticas de HPS tipo 1 estarán cubiertas y requieren preautorización. Estará cubierto en adición, los servicios, pruebas y procedimientos medicamente necesarios de seguimiento prescritos por un oftalmólogo o dermatólogo para el manejo de la condición una vez establecido el diagnóstico, en los casos de Síndrome de Hermansky-Pudlak y Chediak-Higashise se cubrirán, además los servicios, pruebas y procedimientos ofrecidos por un hematólogo, medicamentos prescritos por oftalmólogos, dermatólogos y en los casos del Síndrome de Hermansky-Pudlak, aquellas prescritas por hematólogos, neumólogos para tratar condiciones o complicaciones en el manejo y prevención de complicaciones en esta población, lentes y espejuelos especialmente prescritos para protección, prevención y mejora de la visión, según los parámetros de cantidad y costo de estos establecidos en esta cubierta y cremas de protección solar específicas para prevención de complicaciones por

exposición a los rayos ultravioletas, según los parámetros de cantidad establecidos por el Plan. Estas lociones o cremas tienen que ofrecer al menos un factor de protección solar SPF de 50 o más y proteger contra rayos ultravioletas A y B (UVA y UVB). También, se cubrirá otro servicio, tratamiento o medicamento que se entienda pertinente incluir bajo esta ley.

60. Detección y el diagnóstico de la hepatitis A, B y C -Se ofrece una prueba de detección del virus de Hepatitis A, de Hepatitis B y C (VHC) al año, así como la secuencia de pruebas en caso de pruebas de anticuerpos reactivas, como parte de los estudios de rutina de toda evaluación médica; excepto que, para personas con condiciones o exposiciones reconocidas, se deberán cubrir de acuerdo con la frecuencia dispuesta en las recomendaciones vigentes de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, esto incluirá una prueba a personas embarazadas por cada embarazo. El tipo, secuencia y frecuencia de pruebas a cubrirse serán conforme con las recomendaciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). El servicio está cubierto según requerido por la Ley Núm. 67 del 12 de junio de 2023 conocida como "Ley para el Cernimiento y Diagnóstico de la Hepatitis A, B y C en Puerto Rico" y la Orden Administrativa 594 del Departamento de Salud de Puerto Rico, efectiva desde el 30 de julio de 2024.

61. Cernimiento y el tratamiento físico y emocional de las madres que reflejen síntomas de depresión preparto o posparto, o que sean identificadas o referidas a profesionales o instituciones de salud emocional como pacientes en riesgo de sufrirla, según Ley 101 del 2023.

62. Cubierta para el tratamiento de Angioedema hereditario. Incluye, sin que se entienda como una limitación, el acceso directo a proveedores y médicos especialistas, así como aquellos medicamentos, tratamientos, terapias y pruebas que no sean experimentales ni de modificación genética, validadas científicamente como eficaces y recomendadas para diagnosticar y tratar la condición de Angioedema Hereditario de acuerdo con las necesidades específicas del paciente, sin necesidad de referido. Plan Ryder contratará especialistas que traten la condición de Angioedema Hereditario si no los tienen como parte de su red de proveedores, o, en la alternativa que no los tuvieran contratados, se requiere pagar el costo del servicio de un proveedor fuera de la red por reembolso como si el especialista perteneciera a la red de proveedores del plan médico.

G. SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA

Cuando el servicio sea utilizado a través del Sistema 9-1-1, RHP pagará directamente al proveedor. Los servicios de emergencias son considerados un beneficio esencial de salud, conforme al Artículo 2.050(A) del CSSPR, y conforme al Reglamento de la Oficina de Transporte y otros Servicios Públicos, adscrito a la Junta Reglamentadora de Servicio Público de Puerto Rico.

Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:

a) Desde la residencia o lugar de la emergencia hacia el hospital o sala de emergencia/urgencia.

b) Fue transportado por un servicio de ambulancias, según se define en la sección de Definiciones

c) Padecía de una enfermedad o lesión para la cual estaba contraindicado otro medio de transportación

H. CIRUGIA BARIATRICA

Procedimiento quirúrgico para el control de la obesidad mórbida, el cual se puede practicar mediante cuatro técnicas: bypass gástrico, banda ajustable, balón intragástrico o gastrectomía en manga. RHP solo cubrirá, conforme a lo requerido por ley, el bypass gástrico, sujeto a pre-autorización. La banda ajustable, el balón intragástrico y la gastrectomía en manga no estarán cubiertas. Obesidad Mórbida significa el exceso de grasa en el cuerpo, determinado por el índice de masa corporal (BMI) mayor o igual de 35 kilogramos por metro cuadrado. El beneficio de tratamiento de la Obesidad Mórbida requiere un periodo de espera de los primeros doce (12) meses a partir de la fecha de efectividad del contrato, excepto en los casos para los cuales el médico le certifique a RHP que la vida del suscriptor está en riesgo. Las cirugías para eliminar el exceso de piel

(comúnmente conocidas como colgajos) no están cubiertas, a menos que el médico certifique que es necesario eliminar el exceso de piel, ya que afecta funcionalmente a una extremidad o parte del cuerpo. Cirugía de exceso de piel conocida como colgajos, se cubrirá según establece la Ley 212-2008.

I. SERVICIOS CUBIERTOS MEDIANTE REEMBOLSO

SERVICIOS DE AMBULANCIA: El servicio de ambulancia terrestre prestado en o fuera de Puerto Rico estará cubierto a base de reembolso al suscriptor de las tarifas correspondientes, conforme con la distancia recorrida y hasta un máximo de OCHENTA DOLARES ($80.00) por viaje.

Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:

1. Entre hospital y hospital o Skilled Nursing Facility - esto en casos donde la institución que transfiere o autoriza el alta, no es la apropiada para el servicio cubierto.
2. Desde el hospital hasta la residencia.
3. De una institución proveedora de Servicios de Salud Mental a un hospital de medicina general dada a que se encuentre en peligro inminente por una condición física según lo requerido por la Ley 183 del 6 de agosto de 2008.

   Este servicio debe ser sometido con la reclamación a RHP, incluyendo el informe médico de la emergencia y el diagnostico. Además, esta reclamación debe indicare el lugar donde se recogió al suscriptor, y su destino.

J. CUBIERTA DE FARMACIA

La cubierta de medicamentos estará disponible para todos los suscriptores y sus dependientes. Cuando el suscriptor llegue a la cantidad de mil dólares **($1,000.00)** por suscriptor, todo servicio, sin excepción, en exceso de mil dólares **($1,000.00),** pagará **60% de coaseguro.**

RHP provee un beneficio de medicinas para el pago de medicinas recetadas por un médico para ser adquiridas por el suscriptor y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado. Está cubierta de farmacia incluye genéricos/bioequivalentes, marca preferida, marca no preferida, medicamentos especializado marca preferida y medicamentos especializados marca no preferida. Este beneficio de farmacia utiliza una Lista de Medicamentos o Formulario la cual aprueba el Comité de Farmacia y Terapéutica para esta cubierta. Los medicamentos son clasificados a nivel de formulario en "tiers" o niveles por tipo de medicamento (0= preventivos, 1= genéricos bioequivalente preferidos, 2= genéricos bioequivalente no preferidos, 3= marcas preferidas, 4= marca no preferida, 5= especializados marca preferidos, 6= especializada marca no preferido). Se despachará genérico como primera opción. Algunos medicamentos requieren pre-autorización por límite de edad, y/o terapia escalonada.

RHP proveerá para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. Además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento. En conformidad al Artículo 52.040.

Los beneficios pueden estar sujetos a requisitos de autorización previa, si los hubiera. La tarjeta de identificación debe ser presentada en la farmacia participante de la red de RHP cada vez que se presenta una receta o una repetición de receta. Los medicamentos recetados cubiertos son:

1. Fármacos, medicinas o medicamentos que, al amparo de la ley federal y estatal, deben ser despachados sólo con la receta de un médico incluidos en la lista de medicamentos; incluyendo los cubiertos bajo el "Preventive Service under The Patient Protection and Affordable Care Act"
2. Insulina y suministros para la diabetes y agujas o jeringuillas hipodérmicas cuando son recetadas por

un médico para usar con insulina o medicamentos inyectables auto-administrados.
3. Medicamentos de especialidad y auto-administrados incluidos en formulario de medicamentos.
4. Fórmulas necesarias para el tratamiento de enfermedades hereditarias, tales como modificadores metabólicos, incluido en formulario de medicamentos.
5. Fármacos, medicinas o medicamentos para el cuidado de la salud de la mujer, deben ser despachados sólo con la receta de un médico. Ácido fólico para mujeres aptas para embarazarse.
6. Aspirina y Buprenorfina (para el tratamiento de la dependencia a opioides)
7. Ácido Fólico, Tamixifen y/o Raloxifen y Hierro.

El listado de Medicamentos de RHP es revisado por un Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) para validar la seguridad de los medicamentos incluidos, su efectividad clínica y costos. El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) de RHP está compuesto de médicos y farmacéuticos reconocidos, además de otros profesionales relacionados a la industria de la salud.

El Comité de Farmacia y Terapéutica actualizará e implementará actualizaciones y cambios en el formulario u otro procedimiento de manejo, de manera oportuna, a base de:

1. Nueva evidencia científica y médica u otra información relacionada con los medicamentos de receta que figuren en el formulario o estén sujetos a otro procedimiento de manejo y nueva evidencia científica y médica sobre medicamentos de receta recién aprobados y de otra índole que no figuren en el formulario o estén sujetos a algún otro procedimiento de manejo, para determinar si se debe hacer un cambio al formulario o procedimiento de manejo;

2. Si fuera aplicable, información que reciba RHP respecto a solicitudes de excepción médica para permitir que el comité de farmacia y terapéutica evalúe si los medicamentos que figuran en el formulario o que están sujetos a otro procedimiento de manejo, cumplen con las necesidades de las personas cubiertas; e

3. Información sobre la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta que figuran en el formulario o están sujetos a otro procedimiento de manejo, información sobre medicamentos de receta que sean clínicamente similares o bioequivalentes pero que no figuran en el formulario ni están sujetos a otro procedimiento de manejo, información que surja de las actividades de garantía de calidad de RHP, o información incluida en reclamaciones recibidas después de la revisión más reciente del comité de farmacia y terapéutica de dichos medicamentos de receta.

4. RHP requerirá que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la “Food and Drug Administration” (FDA, por sus siglas en inglés) en un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de que el nuevo medicamento de receta entre al mercado, el Comité de farmacia y terapéutica deberá emitir su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho nuevo medicamento de receta.

5. RHP sólo podrá hacer, durante la vigencia del contrato, cambios en el formulario o en otros procedimientos de manejo de medicamentos de receta, si el cambio obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. A estos efectos, a más tardar a la fecha de efectividad del cambio, notificará, o bajo su responsabilidad hará las gestiones para que algún tercero notifique dicho cambio a los siguientes:

   (a) Todas las personas cubiertas o suscriptores, y

   (b) a las farmacias participantes solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos

medicamentos de receta en el formulario. En este caso, RHP deberá dar notificación con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión.

Todo medicamento bioequivalente que esté aprobado por la FDA será incluido automáticamente en su cubierta. Además, se cubrirá cualquier cargo por la administración de drogas recetadas.

Para las excepciones, favor de referirse a las **EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.**

Requisitos y procedimientos para Aprobación de excepciones médicas -

Procesos de Solicitud de Excepción aplica a medicamentos:

i. No incluidos en el Formulario
ii. Con dosis que excedan los criterios establecidos
iii. Con limitación de edad (AL) que no cumpla los criterios establecidos
iv. Con Pre Autorización (PA) que no cumpla los criterios establecidos
v. Con protocolo de terapia escalonada (ST) que no cumpla los criterios establecidos

RHP provee acceso a beneficios de medicamentos de receta. Dicho beneficio se maneja mediante el uso de un formulario o la aplicación de limitaciones de dosis, dependiendo de la cubierta del suscriptor. En los casos que determinado medicamento recetado no se cubra para la cantidad de dosis recetada, o que tenga un requisito de terapia escalonada, de manera que no se cubra un medicamento recetado hasta que se cumplan los requisitos del procedimiento de manejo en particular, RHP ha establecido y mantendrá un procedimiento para solicitar excepciones médicas que permita que el suscriptor, o su representante personal, solicite la aprobación de:

A. (1) Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;

(2) cubierta continuada de determinado medicamento de receta que RHP habrá de descontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o

(3) una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.

B. (1) El suscriptor, o su representante personal, solamente podrá hacer una solicitud conforme al Artículo 4.070 de la Ley Núm. 194 de 29 de agosto de 2011, la cual deberá constar por escrito, si la persona que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta porque:

(a) No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica del suscriptor;

(b) el medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada:

i) ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el

cumplimiento por parte del paciente; o

ii) ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona cubierta; o

iii) el suscriptor ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.

(c) La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

(2) (a) RHP requerirá que el suscriptor o su representante personal, provea una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación que se hizo conforme al inciso (1).

(b) En dicha certificación se requiere la siguiente información:

(i) Nombre, número de grupo o contrato, número de suscriptor;

(ii) historial del paciente;

(iii) diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica;

(iv) razón por la cual:

i. El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular;

ii. el medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada; o

iii. la dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis;

(v) razón por la cual el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica se necesita para el paciente, o, si la solicitud se relaciona con una limitación de dosis, la razón por la que se requiere la excepción a la limitación de dosis para ese paciente en particular.

C. (1) Al recibo de una solicitud de excepción médica hecha conforme a esta Sección RHP, confirmara que la solicitud sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al hacer su determinación sobre la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona cubierta para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

(a) Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y

(b) si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica

aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica RHP, u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.

( ) Los profesionales de la salud designados por RHP para revisar las solicitudes de excepción médica, confirmaran que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona cubierta. Los profesionales de salud designados para revisar las solicitudes de excepción médica poseen experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones se harán constar en un informe debidamente y en el mismo se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron tal determinación.

D.

(1) El procedimiento de solicitud de excepciones médicas que se dispone en esta Sección

Requerirá que RHP tome la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha determinación al suscriptor, o a su representante personal, con la premura que requiera la condición médica del suscriptor, pero en ningún caso a más de cuarenta y ocho (48) horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha del recibo de la certificación, en el caso que la organización solicite la misma conforme al apartado B (2), cual fuere posterior de las fechas. Enel caso de medicamentos controlados este término no deberá exceder de las veinticuatro (24) horas

(2) (a) Si RHP no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la

notifica dentro del periodo antes mencionado:

(i) La persona cubierta tendrá derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud hasta por treinta (30) días, derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud; y según el suministro sea solicitado o prescrito, o en caso de terapia escalonada, por los términos que disponga la cubierta;

(ii) RHP tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona cubierta finalice de consumir el medicamento suministrado.

(b) Si RHP no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona cubierta termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento al suscriptor y se considere que el mismo sea contrato para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

E. (1) Si se aprueba una solicitud de excepción médica hecha conforme a esta Sección, RHP proveerá cubierta para el medicamento de receta objeto de la solicitud y no requerirá que la persona cubierta solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos de receta del plan médico, siempre y cuando:

(a) La persona que le expidió la receta al suscriptor siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica; y

(b) se siga considerando que el medicamento de receta sea contrato para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta.

(2) RHP no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de excepción médica.

F. (1) Toda denegación de una solicitud de excepción médica hecha por RHP:

(a) Se notificará al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona cubierta ha acordado recibir la información por esa vía;

(b) Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito; y

(c) se podrá apelar mediante la presentación de una querella a tenor con el Procedimientos Internos RHP el cual está a tenor con el Capítulo de Procedimientos Interno de Querellas del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

(2) La denegación expresará de una manera comprensible al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal:

(a) Las razones específicas de la denegación;

(b) referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud;

(c) instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación; y

(d) una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querella para apelar la denegación conforme al Procedimientos Internos de Querellas de RHP, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

G. No se requerirá que RHP establezca un procedimiento para solicitar excepciones médicas, ni que cumpla con las disposiciones de los apartado B, C, D, E (1), y F, si RHP:

(1) Tiene un procedimiento de revisión acelerada de utilización como se dispone en el Capítulo sobre Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios de este Código; y

(2) Permite que el suscriptor o su representante personal, use dicho proceso para solicitar la aprobación de cubierta de un medicamento de receta que no tiene cubierta debido al formulario u otro procedimiento de manejo.

H. No se interpretará que este procedimiento permite que el suscriptor pueda usar el procedimiento de solicitud de excepción médica aquí dispuesto para solicitar la cubierta de un medicamento de receta que esté incluido categóricamente de la cubierta de su plan médico.

ABASTECIMIENTO DE FARMACIA

El beneficio de medicinas incluye los siguientes límites por despacho:

. Medicamentos para condiciones agudas; hasta un máximo de 15 días; 0 repeticiones

. Medicamentos de Mantenimiento; hasta 30 días y 5 repeticiones

Los medicamentos recetados estarán sujetos a los copagos y/o coaseguros en la tabla de Copagos y Coaseguros en este contrato. El despacho de medicamentos genéricos está provisto como primera opción, excepto para aquellos medicamentos de marca incluido en la lista de medicamentos para está cubierta para la cual no exista el genérico. Si el suscriptor solicita el medicamento de marca, cuando existe un genérico disponible el copago será mayor. El suscriptor será responsable del copago que aplique al medicamento genérico y la diferencia entre la cantidad que hubiese pagado a la farmacia por el medicamento de marca y la cantidad que se hubiera pagado a la farmacia por el medicamento genérico. Si el médico que receta, determina que el medicamento de marca es adecuado, el suscriptor sólo es responsable del copago que aplique el medicamento de marca. Ryder Health Plan 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 asegurado por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del paciente 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 ser utilizados en todos los proveedores de salud, conforme a los requisitos del programa, sin importar el lugar de adquisición del descuento o cupón, según requiere la Ley 109 del 31 de agosto de 2023.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA:

No se pagarán beneficios por lo siguiente:

1) Productos utilizados con fines diagnósticos, excepto si estos medicamentos son utilizados con pruebas diagnósticas requeridas por ley.

2) No se aceptarán recetas enviadas mediante fotografías al paciente directamente.

3) Drogas o medicamentos que no requieren una receta del médico, tales como los medicamentos "Over the Counter", excepto aspirina.

4) Sangre, plasma, cosméticos, artículos de belleza o salud.

5) Para los medicamentos que se especifican a continuación se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito que no excedan de treinta (30) días de medicación cada una, por un periodo máximo de tres (3) repeticiones y se garantizaran hasta ciento veinte (120) días de medicación a partir de la fecha de la receta original.

    . Medicamentos para diabetes
    . Medicamentos para asma
    . Vitaminas prenatales para las personas con cubierta de maternidad
    . Medicamentos para Parkinson
    . Vasodilatadores
    . Anticonvulsivos
    . Medicamentos para el tratamiento de condición de tiroides
    . Nitroglicerina
    . Medicamentos para cardiacos

6) Artefactos o artículos terapéuticos, incluyendo agujas hipodérmicas, jeringuillas (excepto cuando son recetadas por un médico para usar con insulina o medicamentos inyectables auto-administrados).

7) Drogas recetadas que pueden ser obtenidas sin costo bajo programas locales, estatales o federales.

8) 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 entidad 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.

9) Por repeticiones de una receta que excedan la cantidad especificada por el médico.

10) Cargos por repeticiones de fármacos o medicamentos que son despachados en un período que exceda los 120 días subsiguientes a la fecha en la cual fueron recetados por el médico, conforme a lo dispuesto por ley.

11) Medicamentos de infertilidad o fertilidad u hormonas de crecimiento.

12) Cualquier cantidad de drogas o medicamentos despachados que excedan la cantidad indicada para despacho.

13) 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, según definida el Articulo 19.020 del Codigo de Seguros de Puerto Rico, Ley 77 de 19 de Junio de 1957. según enmendada, deberan proveer anualmente a la Division de Prevención, Control de Tabaco y Salud Oral, adscrita al Departamento de Salud de Puerto Rico, La información concerniente a sus cubiertas medicas para la prestación de servicios según se requiere en este Articulo. Esta información debe, Además, incluir el detalle sobre los medicamentos disponibles a sus suscriptores que requieren tratamiento al uso y dependencia al tabaco y sus derivados.

14) Esteroides anabólicos.

15) Suplementos alimenticios, vitaminas y minerales, excepto el ácido fólico y suplementos de hierro para niños que estará cubierto como parte de los servicios preventivos.

16) Medicamentos que tienen que tomarse o administrarse a un individuo, completa o parcialmente, mientras este sea paciente en casa de convalecencia, o institución similar que opere con los permisos pertinentes una facilidad con despacho para medicamentos.

17) Medicamentos para trasplante de órganos y tejidos excepto para el trasplante de hueso, piel y córnea.

18) Medicamentos recetados fuera del periodo de cubierta del suscriptor.

19) Drogas para el tratamiento de anorexia y/o control de peso.

20) Repeticiones autorizadas por el médico que excedan de treinta (30) días de medicación cada una.

21) Medicamentos prescritos por el padre, madre, hermanos(as), hijos(as), primos(as), tíos(as), abuelos(as) y cónyuge y/o cohabitante del suscriptor.

22) Medicamentos para el tratamiento de acné en todas las formas de presentación sin importar su uso.

23) Minoxidil (Rogaine) para el tratamiento de alopecia (tratamiento para la pérdida del cabello).

24) Toxoides, sangre o sueros biológicos no serán cubiertos.

25) Se excluye el despacho de medicamentos por correo.

Según requerido por la Ley Núm. 194 de 29 de agosto de 2011, articulo 4.100 adjunto encontrará el formulario de medicamentos incluidos en esta cubierta.

K. CUBIERTA DENTAL

Estarán cubiertos los servicios dentales bajo los beneficios esenciales bajo la ley federal “Patient Protection Afforable Care Act” que se cubrirán bajo la cubierta básica de esta cubierta.

A. Diagnóstico

- Se cubre un (1) examen oral de rutina cada seis (6) meses como parte de los beneficios esenciales de salud.

- Se incluye un (1) conjunto completo de radiografías intraorales (periapicales y de mordida) cada treinta y seis (36) meses, también como beneficio esencial.

B. Prevención

- Se ofrecen dos (2) limpiezas dentales por año de cubierta, espaciadas cada seis (6) meses, por asegurado, como beneficio esencial de salud.

- La aplicación tópica de fluoruro está cubierta como beneficio esencial para asegurados menores de diecinueve (19) años.

Limitaciones Cubierta Dental

1. Las radiografías (bitewings y periapicales) están limitadas a no más de un juego completo cada tres (3) años cubierta por suscriptor, ni más de un par de radiografías de mordida por cada año cubierta, por suscriptor.

2. Los sellantes de fisura están limitados a uno (1) por vida; solo para dientes posteriores permanentes y no obturados.

3. Los servicios no utilizados durante un año de cubierta no podrán ser acumulados para el próximo año de cubierta.

Se proveerá cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios dentales en el contrato para los siguientes casos:

1. 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;

2. 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;

3. 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;

4. cuando la anestesia local será inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;

5. 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;

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

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:

a. el diagnóstico del paciente;

b. la condición médica del paciente, y

c. las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental de acuerdo a lo dispuesto en Artículo 1 de la Ley Núm. 352 del año 1999.

L. COVID-19

La Ley 43 2020 conocida como "Ley para Combatir el Covid-19" provee cuidado médico, estudio, análisis, diagnóstico y tratamiento de Covid-19, incluyendo hospitalización, libre de costo sin importar si cuenta o no con seguro de salud. Además, no exigirá copago, deducible, preautorización o referido al paciente para la atención médica, estudio, análisis, diagnóstico y tratamiento del COVID-19, incluyendo la hospitalización, siempre que estos servicios se presten en Puerto Rico.

XVI. LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS

Esta cubierta tiene las siguientes limitaciones:

1. Hospitalización por Desorden de Abuso de Sustancias - Sin límite en acuerdo con el "Mental Health Parity Act". Las hospitalizaciones parciales están incluidas (2 días de hospitalización parcial equivale a 1 día regular).

   Los gastos por servicios resultantes de la administración de un programa de detección de drogas del empleador no están cubiertos. Sin embargo, después de la participación del suscriptor en cualquier tratamiento relacionado con un resultado positivo en el programa de detención de drogas del empleador, es elegible para el tratamiento bajo este contrato.

2. Servicio Ambulatorios por Desorden de Abuso de Sustancias – Sin límite en acuerdo con el "Mental Health Parity Act".

   Los gastos por servicios resultantes de la administración de un programa de detección de drogas del empleador no están cubiertos. Sin embargo, después de la participación del suscriptor en cualquier tratamiento relacionado con un resultado positivo en el programa de detención de drogas del empleador, es elegible para el tratamiento bajo este contrato. No todos los medicamentos relacionados con afecciones mentales, o de salud conductual se pueden administrar a través de un límite de especialidad.

3. Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como los servicios para cualquier complicación que pueda surgir y sus correspondientes servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, será cubierto por los primeros 90 días desde:

   a) la fecha en que el suscriptor comenzó a ser elegible para la cubierta durante la primera vez o,

   b) la fecha en que él/ella recibió la primera diálisis o hemodiálisis.

   Esto aplicará cuando diálisis o hemodiálisis subsecuentes son relacionadas a la misma condición clínica.

4. Imaging Pet & Pet/CT – 1 por año contrato, por suscriptor. Pre-autorización es requerida.

5. Imaging MRI & CT - 1 por región anatómica, por suscriptor, por año contrato. Pre-autorización es requerida.

6. Las pruebas de alergia están cubiertas hasta cincuenta (50) pruebas por año cubierta, por suscriptor. Las vacunas contra la alergia, las cuales son una modalidad de tratamiento denominada "inmunoterapia", no están cubiertas.

7. Las inyecciones intraarticulares están cubiertas hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones por año cubierta, por suscriptor.

8. El cuidado quiropráctico incluye hasta 20 terapias físicas o manipulaciones quiroprácticas, combinadas por año, por suscriptor. Pre- autorización es requerida.

9. Las terapias respiratorias en oficinas médicas están cubiertas hasta dos (2) sesiones por día y hasta un máximo de quince (15) sesiones por año cubierta, por suscriptor.

10. La criocirugía de cuello uterino está cubierta hasta un (1) procedimiento por año cubierta, por suscriptor. Pre-autorización es requerida.

11. Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivos y no invasivos, cubiertos, sin límites. Los electromiogramas, están cubiertos hasta 2 procedimientos por año, por suscriptor. Pre-autorización es requerida.

12. Visitas para cuidado preventivo del recién nacido están cubiertas hasta una (1) visita por mes.

13. El examen de refracción estará cubierto cuando sea realizado por un especialista en oftalmología u optometría, hasta un (1) examen por año cubierta, por suscriptor.

14. Servicios de Rehabilitación Ambulatoria – Incluye hasta 20 terapias físicas o manipulaciones, combinadas, cubiertas por año contrato, por suscriptor. Servicios no cubiertos incluyen: terapias ocupacionales, de habla y lenguaje, prótesis e implantes. Tampoco estarán cubiertos aparatos ortopédicos u ortóticos ni rehabilitación cardiovascular. Terapia Ocupacional y del Habla estarán cubiertos para condiciones de Autismo de acuerdo con la ley núm. 163 del 2024, y para los servicios de Cuidado en el Hogar. Servicios limitados a terapias físicas o manipulaciones, excepto aquellos cubiertos bajo el beneficio de servicios de Cuidado en el Hogar. Pre-autorización es requerida.

15. Servicios de Habilitación – Incluye hasta 20 terapias físicas o manipulaciones, combinadas, cubiertas por año contrato, por suscriptor. Servicios limitados a terapias físicas o manipulaciones, excepto aquellos cubiertos bajo el beneficio de servicios de salud en el hogar. Pre-autorización es requerida.

16. Servicios de Nutricionista – Hasta 4 visitas por año, por suscriptor. Limitado a condiciones mórbidas, renales y diabetes. Sujeto a copago correspondiente por visita.

17. Prueba diagnosticas de polisomnografía (estudio del sueño) – 1 tipo de prueba, por vida, por suscriptor. Pre-autorización es requerida.

18. Perfil biofísico hasta 1 procedimiento por embarazo.

19. Prueba de timpanometría – 1 por año, por suscriptor. Pre-autorización es requerida.

20. Nerve conduction velocity test – hasta 2 procedimientos por año contrato, por suscriptor.

21. Para el tratamiento de obesidad mórbida, se cubrirá una cirugía de bypass gástrico, y una cirugía de exceso de piel (colgajos) de por vida, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico y un médico y hospital especializado lo estipule necesario. Requiere pre autorización. Según protocolo.

22. Servicios de Trasplante – Beneficio cubre trasplante de piel, hueso y cornea. Estos servicios sólo están cubiertos por proveedores participantes. Pre-autorización es requerida. Este servicio es cubierto al 100% en Puerto Rico. El beneficio no está disponible por reembolso. La cubierta se extiende directamente a gastos relacionados a los servicios de trasplante, incluyendo cuidado previo a la cirugía, cuidado de post-cirugía y tratamientos de drogas inmunosupresoras.

23. Para los medicamentos que se especifican a continuación se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito que no excedan de treinta (30) días de medicación cada una, por un periodo máximo de tres (3) repeticiones y se garantizarán hasta ciento veinte (120) días de medicación a partir de la fecha de la receta original.

. Medicamentos para diabetes
. Medicamentos para asma
. Vitaminas prenatales para las personas con cubierta de maternidad
. Medicamentos para Parkinson
. Vasodilatadores
. Anticonvulsivos
. Medicamentos para el tratamiento de condición de tiroides
. Nitroglicerina
. Medicamentos para cardiacos

XVII. EXCLUSIONES

Está cubierta no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Servicios que se presten mientras el contrato de la persona no esté en vigor.

2. Servicios cubiertos por Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, para los cuales la persona suscriptora no este legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.

3. Servicios para tratamientos que surjan como resultado de que la persona suscrita cometió un delito o no cumplió con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico u otro país, excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.

4. Gastos por servicios prestados por médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores no participantes en el área geográfica de Puerto Rico, excepto en caso de emergencia que estarán cubiertos de acuerdo a lo estipulado en esta cubierta.

5. Visita al consultorio de otro profesional: Profesionales no médicos o doctores en odontología, incluidos enfermeros y asistentes médicos, excepto aquellos requeridos por la ley local, como: podólogos, audiólogos, optometristas, psicólogos clínicos y quiroprácticos.

6. Servicios que no son medicamente necesarios, o servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la Food and Drug Administration (FDA), Departament of Human and Health Services (DHHS) o el Departamento de Salud de Puerto Rico y de acuerdo a la de acuerdo a la Ley 194 del 25 de agosto del 2000 mejor conocida como la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente.

7. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto RHP determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta cubierta, excepto que sea requerida por alguna ley estatal o federal.

8. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física (excepto defectos y anormalidades congénitas que hayan sido diagnosticadas por un médico), mamoplastias o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno). Tratamientos de liposucción, abdominoplastias, ritidectomías abdominales y ritidectomías faciales. blefaroplastias, implantes de pelo, otoplastías, rinoplastias, e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a estas, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.

9. Intervenciones quirúrgicas cuyo propósito sea el de restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear. Además, se excluyen los servicios hospitalarios y las complicaciones asociadas con estas.

Los servicios para tratamientos para la infertilidad no están cubiertos, excepto laboratorios para propósitos diagnósticos o relacionados a la concepción por medios artificiales. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, los servicios médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas con estos.

10. Gastos por servicios de escalenotomía - división del músculo escaleno anticus sin resección de la costilla cervical.

11. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos (Ejemplo: corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea). Además, se excluyen las hospitalizaciones, evaluaciones pre-trasplante, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresivos relacionados al trasplante. Estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyan en esta cubierta.

12. Gastos por: servicios de medicina deportiva, medicina natural, músico terapia, terapia ocupacional, terapia del habla y lenguaje, psicoanálisis y rehabilitación cardíaca. Las terapias ocupacionales y del habla están cubiertas para autismo y para servicios de cuidado en el hogar. El psicoanálisis está cubierto sólo para casos de autismo.

13. Servicios de anestesia intravenosa y por inhalación de gases administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.

14. Servicios de asistencia quirúrgica independientemente si existe o no justificación médica para la misma.

15. Gastos por inmunoterapia para alergias.

16. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.

17. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, una vez termine los servicios ofrecidos por el programa del patrono, cualquier otro servicio adicional que necesite está cubierto por RHP.

18. Costos de productos biológicos que sean inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.

19. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima.

20. Servicios prestados por facilidades de tratamiento residencial fuera de Puerto Rico, independientemente exista o no justificación médica para el tratamiento.

21. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de alguien suscriptor del cuerpo.

22. Los servicios rendidos en una facilidad ambulatoria que pueden ser realizados en una oficina médica, no están cubiertos.

23. Servicios de comodidad personal y/o servicios de custodia en hospitalización.

24. Hospitalizaciones para servicios o procedimientos que se pueden realizar de forma ambulatoria, no están cubiertos.

25. Gastos por lancetas, jeringuillas para la administración de insulina, tirillas para el glucómetro, glucómetro, bomba de insulina incluyendo terapias, mantenimiento y suplidos, para mayores de veintiún (21) años que no cumplan con la Ley 177 de 13 de agosto de 2016.

26. Cirugías y microcirugías cosméticas con fines estéticos para corregir defectos de apariencia física (deformaciones, excepto si los defectos son anormalidades congénitas para niños recién nacidos,

recién adoptados y adoptados para adopción de conformidad con el Capito 54 del Código de Seguros de Salud de PR), liposucción, remoción de tatuajes o cicatrices, tratamientos de acné e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas y sus complicaciones, tratamiento con fines estético de celulitis.

27. Pruebas diagnósticas y tratamiento asociado a la hemofilia, excepto en recién nacidos, recién nacidos recién adoptados o recién nacidos recién colocados para adopción.

28. Gastos por servicios de "multiphasic screenings"

29. Transferencia de embrión, transferencia de gameto Intra-Falopio (GIFT) y transferencia de zigoto Intra Falopio (ZIFT), y otros procedimientos comparables o similares en propósito y técnica de reproducción asistida.

30. Vacunas requeridas para viajar o estudiar, excepto las requeridas y desglosadas en este contrato.

31. Gastos por servicios de equipo auditivo y/o implante coclear, independientemente de si existe o no justificación médica.

32. Terapia cardiaca rehabilitativa.

33. Equipo médico durable que no esté descrito en esta cubierta, incluyendo equipo médico customizado o hecho a la medida del paciente.

34. Servicios o gastos por comodidad personal como: teléfono, televisión cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o asilo.

35. Gastos relacionados para material de Cirugía "Orthognatic".

36. Aparatos ortopédicos u ortóticos, marcapasos (con o sin desfibrilador), desfibrilador, válvulas, STENT's, todo tipo de prótesis y/o implante, incluyendo, pero no limitado a implantes de impotencia, excepto cuando se especifique lo contrario en la cubierta. bandejas de tornillos para cirugías neurológicas.

37. Servicios Quirúrgicos – Excluye: operación cosmética, cirugía oral, excepto aquellas resultado de un accidente, mamoplastia (excepto aquellas requeridas para pacientes después de una mastectomía de cáncer de seno), septoplastia, blefaroplastia, rinoseptoplastia, procedimientos para reestablecer la habilidad de procrear, procedimientos de trasplante de órganos (aparte de aquellos especificados en la cubierta), procedimiento experimental de aborto inducido, remover etiquetas de piel, reparación ptosis, escisión de uña, scalentomia, Lasik y otros procedimientos quirúrgicos para corregir defectos refractivos (como miopía, hipermetropía y astigmatismo), servicios de asistencia quirúrgica, servicios de anestesia intravenoso o anestesia administrada por inhalación en oficina de médicos o dentistas, servicios de tratamiento síndrome de articulación temporomandibular, escisión de granulomas o quistes radicular originados por infección en la pulpa dental, servicios para corregir la dimensión vertical o oclusión, remoción de exostosis (mandibular y maxiliar).

38. Gastos médicos relacionados con estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, clinical trials), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos médicos que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el suscriptor se haya inscrito en el estudio (clinical trials) para tratar una enfermedad que ponga en peligro su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En este caso, RHP cubrirá los "gastos médicos rutinarios del paciente", entendiéndose que no son "gastos runtinarios del paciente", aquellos relacionados con el estudio o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio. Una vez estos servicios sean incluidos en la cubierta, el Plan pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dichos servicios médicos se hubiesen prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.

XVIII. DISPOSICIONES GENERALES

1. **HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA):** Es aplicable en nuestra jurisdicción y reemplaza el Código de Seguros de Puerto Rico en relación a la provisión requerida en el mismo, las cuales no son provistas en dicho Código o los cuales son menos severos que los requerimientos federales.

2. **ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS**: Si por culpa o negligencia de un tercero el suscriptor o cualquiera de sus dependientes sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta bajo la cubierta, RHP tendrá derecho a subrogarse en los derechos del suscriptor, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento del suscriptor, ocasionados por tales actos culposos o negligentes.

   El suscriptor estará obligado a reconocer el derecho de subrogación de RHP, y tendrá la responsabilidad de notificarle a RHP toda acción que inicie en contra de dicho tercero; disponiéndose, que en caso de que actúe en forma contraria, el suscriptor será responsable de pagar por dichos gastos a RHP.

   El suscriptor reconoce el derecho de RHP para tramitar en su nombre las acciones necesarias para obtener el recobro de los gastos incurridos como consecuencia de la culpa o negligencia del tercero.

3. **CONDICIONES PREEXISTENTES:** RHP no denegará, excluirá, ni limitará los beneficios de una persona cubierta por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad del suscriptor.

4. **DIVULGACION DE PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE:** Todo suscriptor tiene derecho a radicar con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico una solicitud para la revisión externa de una determinación adversa o determinación adversa final. La revisión externa está disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final se fundamenta en la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio o rescisión de cubierta. El suscriptor que radica la solicitud de revisión externa, autorizará la divulgación de la información de salud necesaria y relevante que se tuviera que revisar, con el fin de tomar una determinación con respecto a la revisión externa.

   La solicitud se radicará en la Oficina del Comisionado de Seguros con la dirección: P.O. Box 195415, San Juan, PR 00919-5415, y Edificio World Plaza, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan, PR 00918, con el Teléfono 787-304-8686. RHP tiene disponible el procedimiento completo para la radicación de Revisión Externa a solicitud del suscriptor. Las revisiones externas independientes se llevarán a cabo a través del organismo de revisión independiente " Federal Hearings & Appeal Services, Inc." (FHAS)".

5. **CANCELACION**: RHP podrá cancelar el contrato de cualquier suscriptor en cualquier momento si el suscriptor incurre en actos fraudulentos o en representaciones falsas de un hecho material, haya presentado o haya hecho presentar una reclamación fraudulenta, o cualquier prueba en apoyo de la misma, para el pago de una reclamación con arreglo a cualquier cubierta de RHP, sin importar la fecha en que se cometió tal acto, ni la fecha y el modo en que fue descubierta tal actuación, o cuando el suscriptor presente patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por la cubierta.

6. **RESCISIÓN:** La rescisión retroactiva se notificará al suscriptor mediante un aviso por escrito que le será entregado, o se enviará por correo a la última dirección según demuestren los archivos de RHP, indicando cuando dicha rescisión será efectiva, que no será menos de treinta (30) días después del aviso. La cubierta sólo se podrá rescindir por fraude o tergiversación intencional de datos sustanciales, por parte del suscriptor o de la persona que solicita a nombre de otra persona. No se permite la recuperación del costo de los servicios proporcionados.

7. **CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**: RHP requerirá a sus suscriptores, o en el caso de personas incapacitadas o menores de edad, a los padres, tutores, custodios a encargados de dichas personas que lean y se familiaricen con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente' o un resumen adecuado y razonable de la misma, según preparado o autorizado por el Departamento de Salud.

8. **CONFIDENCIALIDAD:** RHP mantendrá la confidencialidad de la información médica y sobre reclamaciones del suscriptor. Los siguientes tendrán acceso a la misma: a) RHP y sus subcontratistas cuando estos administren el contrato;

b) oficiales del orden público cuando estén investigando o entablando una acción civil o judicial; c) individuos bona fide participando en una investigación médica o educacional en la cual no sea necesario revelar la identidad del suscriptor; o d) Cuando de conformidad con las leyes estatales o federales los pagos de rembolso, sujetos a una orden o resolución de un tribunal o agencia administrativo con jurisdicción relacionados con una National Medical Support Notice, puedan ser pagados a una persona distinta que no sea el suscriptor principal.

9. **DERECHO DE RHP A HACER AUDITORÍAS:** Al suscribirse a esta cubierta, el suscriptor principal y sus dependientes aceptan, reconocen y entienden que RHP como pagador de los servicios de salud incurridos por el suscriptor principal y sus dependientes tiene la autoridad para acceder a sus expedientes médicos para realizar auditorías sobre todas o cualquier reclamación de servicios de salud que RHP haya pagado.

10. **DERECHOS PERSONALES:** Los derechos y beneficios de esta cubierta no son transferibles y ningún suscriptor puede ceder, traspasar o enajenar ninguno de los derechos o beneficios que pueda reclamar en virtud de la cubierta en favor de terceras personas. RHP se reserve el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que el suscriptor, con su consentimiento expreso o implícito, permita que personas no suscriptores utilicen la tarjeta de suscriptor expedida a su favor por RHP; y disponiéndose además, que el recobro de tales gastos no impedirá que RHP pueda cancelar el contrato en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la radicación de querella para que se enjuicie criminalmente al suscriptor o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.

11. **DERECHO DE LOS PACIENTES Y SOBREVIVIENTES DE CÁNCER:** RHP no rechazará o denegará ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato suscrito entre las partes, cuando medie una recomendación médica a esos fines y esté basado en el National Comprehensive Cancer Network Guidelines o de las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas. RHP, médicos, administradores, manejadores o terceros contratados y proveedores no podrán rechazar o denegar tratamiento entre los cuales se incluye la hospitalización, diagnósticos y medicamentos a cualquier paciente diagnosticado con cáncer. El diagnóstico y tratamiento recomendado y establecido por el profesional médico será criterio rector y exclusivo para determinar el tratamiento a seguir en un paciente. El criterio profesional médico no podrá ser alterado sin el aval del médico o del paciente, según sea el caso. No obstante, este inciso deberá cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema. Para el sobreviviente de cáncer, el tratamiento y monitoreo frecuente y permanente de la salud física y bienestar emocional del asegurado, no podrá dejarse al descubierto por parte de dichas aseguradoras, administradores, manejadores o terceros contratados, organizaciones de servicios de salud y proveedores de planes de cuidado de salud.

Todo paciente de cáncer tendrá derecho a recibir de forma expedita, entiéndase dentro de un término no mayor de cinco (5) días laborables, contados a partir de la solicitud, copia de su expediente cuando desee una segunda opinión médica o desee consultar con otro proveedor. El expediente médico o de salud no podrá ser alterado bajo ninguna circunstancia.

En la etapa avanzada y final, el paciente diagnosticado con cáncer, su tutor o representante legal, o cualquier persona autorizada por este, tendrá derecho a solicitar y obtener la puesta en práctica o activación, dentro de un término expedito, de los protocolos de manejo agresivo del dolor hasta donde los protocolos aplicables por las agencias reguladoras federales lo permitan.

Los niños con cáncer no serán discriminados por ninguna persona natural o jurídica, o institución de cualquier naturaleza, tampoco serán penalizados por ausencias o tardanzas que estén relacionadas al tiempo de sus citas o tratamiento médico, y de así ocurrir, estaría sujeta a las penalidades contempladas en esta Carta de Derechos.

El criterio profesional médico no podrá ser alterado sin el aval del médico o del paciente, según sea el caso. No obstante, este inciso deberá cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema.

RHP no dejará al descubierto el tratamiento, monitoreo frecuente y permanente de la salud física y bienestar emocional de suscriptores sobrevivientes de cáncer.

12. **CARTA DE DERECHOS DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH EN CUALQUIERA DE SUS ETAPAS EN PUERTO RICO:** La Ley Núm. 42 del 8 de julio de 2025 - enmienda ley 248 de 1 de diciembre de 2018, toda persona con VIH, en cualquiera de sus etapas tiene derecho a: la protección de salud, asistencia, cuidado de salud, al tratamiento idóneo, al trato igualitario por todo el personal de salud y a ser protegido del discrimen en la prestación de los servicios.

Toda persona con diagnóstico positivo a VIH en cualquiera de sus etapas a quien se le nieguen servicios médicos tiene derecho a presentar una querella ante la Oficina del Procurador del Paciente; independientemente si este posee o no un

plan médico. En los casos en que un asegurador de plan médico privado deniegue un servicio de cubierta o cancele una póliza o contrato del plan médico de una persona con diagnóstico positivo a VIH por razón de su condición de salud, tendrá también el derecho de presentar una querella ante la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS).

Las personas con diagnóstico positivo a VIH en cualquiera de sus etapas tienen derecho a recibir información clara, exacta y científica sobre la infección por el VIH en todas sus etapas, incluyendo la del SIDA (etapa avanzada de la infección), sin ningún tipo de restricción. Al igual tienen derecho a recibir información específica sobre su estado de salud, resultados de laboratorio y opciones de tratamiento farmacológico idóneo."

13. **IDENTIFICACION**: RHP expedirá una tarjeta a cada suscriptor la que será requisito presentar a cualquier proveedor participante de RHP al cual se le soliciten servicios, para que los mismos estén cubiertos por este contrato. Además, deberá presentar una segunda identificación con fotografía.

14. **SISTEMA BRAILLE EVIDENCIA DE CUBIERTA Y TARJETA DE IDENTIFICACIÓN** - Cada suscriptor tiene derecho a evidencia de cobertura. Si el suscriptor obtiene cobertura a través de una cubierta de contrato, la organización de servicios de salud emitirá la prueba de cobertura. En el caso de suscriptores ciegos la evidencia de cobertura y la tarjeta de identificación serán emitidas en el sistema Braille.

15. **PAGO DE PRIMA:** El patrono será responsable de cubrir la prima correspondiente al contrato, incluyendo cualquier cantidad adeudada hasta la fecha en que este sea finalizado, según lo establecido en la cláusula de terminación. Ryder Health Plan, Inc. podrá recurrir a agencias de cobro para gestionar el recaudo de cualquier deuda pendiente. Además, el deudor estará obligado a asumir los costos legales, honorarios de abogados y cualquier otro gasto adicional en que incurra Ryder Health Plan, Inc. como parte del proceso de cobro. Ryder Health Plan, Inc. también se reserva el derecho de notificar de manera detallada a agencias, instituciones u organismos dedicados a la verificación de crédito sobre cualquier incumplimiento de pago por parte del empleado afiliado.

16. **POSESION:** La persona que solicito el contrato para beneficio de un menor y firma la solicitud de ingreso, será el tenedor de la cubierta. Además. esta persona será responsable del pago de la prima aplicable. Si por cualquier razón (incapacidad, muerte, etc.) el tenedor de la cubierta no pudiese cumplir con sus obligaciones, incluyendo el pago de la prima, durante la vigencia del contrato; el mismo podía continuar en vigor siempre y cuando se pague la prima correspondiente, y se designe y se apruebe un nuevo tenedor, para que asuma todas las responsabilidades.

17. **PRIMAS INSOLUTAS:** Al pagarse una reclamación con arreglo a esta cubierta, cualquier prima vencida e insoluta, o cubierta por cualquier pagare u orden escrita, podía deducirse de dicho pago.

18. **RECUPERACION O RECOBRO DE PAGOS EN EXCESO POR ERROR:** RHP tiene derecho a recuperar pagos en exceso o por error emitidos a favor de un suscriptor hasta un periodo de dos (2) años retroactivos contando a partir de la fecha en que RHP emitió el pago. RHP se comunicará con el suscriptor cuando se percate que ha efectuado un pago equivocado o en exceso. El suscriptor, también, tiene la obligación de notificar a RHP cuando se percate de que ha recibido un pago equivocado o en exceso.

19. **RENOVACION DE CUBIERTA:** RHP renovará el plan médico PYMES al suscriptor o dependiente elegible, en conformidad con la legislación y reglamento federal aplicable, conforme al Artículo 8.060, del Capítulo 8, del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

20. **TERMINACIÓN:** El patrono podrá dar por terminado este contrato mediante notificación escrita dirigida a Ryder Health Plan, Inc. Dicha terminación tendrá efecto al momento en que la notificación sea recibida o en la fecha posterior que se indique en la misma. El patrono será responsable de pagar las primas correspondientes hasta la fecha efectiva de terminación del contrato. Una vez concluido el contrato, el empleado afiliado deberá devolver a Ryder Health Plan, Inc. su tarjeta de identificación, así como las tarjetas de todos los dependientes cubiertos. La terminación del contrato no afectará las reclamaciones por servicios recibidos antes de la fecha de finalización. Sujeto al cumplimiento de los requisitos aplicables de pago de prima, Ryder Health Plan, Inc. garantizará al afiliado la continuidad de los servicios médicos durante un período de transición de noventa (90) días a partir de la fecha en que concluya el plan médico.

En aquellos casos en que el afiliado se encuentre hospitalizado en la fecha de terminación del plan y exista una fecha de alta programada previamente, el período de transición se extenderá desde la fecha de terminación hasta noventa (90) días luego de la fecha en que el paciente sea dado de alta. Si el afiliado se encuentra en el segundo trimestre de embarazo al momento de la terminación del plan, y ya estaba recibiendo tratamiento médico relacionado con el embarazo, el período de transición para dichos servicios se prolongará hasta la fecha de alta hospitalaria de la madre tras el parto o

la del recién nacido, lo que ocurra más tarde.

En los casos en que el afiliado haya sido diagnosticado con una condición terminal antes de la fecha de terminación del plan, y esté recibiendo tratamiento médico relacionado con dicha condición, el período de transición se extenderá por el resto de la vida del paciente. Durante el período de transición, los proveedores que continúen ofreciendo servicios a los afiliados deberán aceptar como pago total las tarifas establecidas por Ryder Health Plan, Inc. Asimismo, deberán seguir suministrando toda la información requerida por el plan para propósitos de control de calidad y entregar o transferir los expedientes médicos correspondientes al finalizar dicho período.

21. **ACTOS DE DISCRIMEN INDEBIDO POR PARTE DE LOS PLANES MEDICOS:**

A. Constituye discrimen indebido:

(1) Denegar, rehusar emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que la persona cubierta o suscriptor ha sufrido maltrato; o
(2) Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta o suscriptor. (En conformidad al Artículo 72.040 A).

22. **SISTEMA INTERNO PARA TRAMITAR QUERELLAS:** Una determinación adversa – significa:

a. Una determinación hecha por una organización de servicios de salud de una revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar la técnica de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según RHP, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa;

b. La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte de RHP, o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta de participar en el plan; o

c. La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.

d. A la determinación adversa que ha sido confirmada por RHP o la organización de revisión de utilización designada, al completarse los procedimientos internos de querella que se disponen en este contrato, se le conoce como determinación adversa final.

Si usted no estuviere de acuerdo con una Determinación Adversa de RHP, bien se relacione con una solicitud de reembolso, una solicitud de preautorización, la Rescisión de Cubierta, o cualquier denegación de beneficios descritos en esta cubierta, usted podrá apelar la determinación de RHP bajo el siguiente procedimiento:

23. **PROHIBICIÓN DE LÍMITES DE DÓLARES ANUALES Y VITALICIOS:** este contrato no incluye límites anuales irracionales o de por vida sobre los beneficios de salud esenciales.

24. **REVISIÓN DE PRIMER NIVEL DE LAS QUERELLAS RELACIONADAS CON UNA DETERMINACIÓN ADVERSA:**

A. A más tardar ciento ochenta (180) días del recibo de la notificación de una determinación adversa, la persona cubierta, o su representante personal, podrá radicar una querella ante RHP, en la que se solicita una revisión de primer nivel de la determinación adversa.

B. RHP proveerá a la persona cubierta el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona u organización designada para coordinar la revisión de primer nivel a nombre de la RHP.

C. (1) (a) Si la querella surge como resultado de una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, RHP 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.

(b) RHP verificará de qué, si designa a más de un homólogo clínico para la revisión, éstos tengan la pericia adecuada.

(2) Al llevar a cabo una revisión de primer nivel, los revisores tomarán en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como cualquier información relacionada a la solicitud de revisión presentada por las personas cubiertas, independientemente de que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.

D. (1) (a) Las personas cubiertas, si fuera aplicable, sus representantes personales, tienen el derecho de:

(i) Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión; y
(ii) Recibir de RHP, a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la querella.

(b) Para los fines del sub inciso (a) (ii), se considerará que los documentos, registros o cualquier información será pertinente para la radicación de la querella de la persona cubierta si los mismos:

(i) Fueron usados en la determinación de beneficios;
(ii) Se presentaron, consideraron o generaron con relación a la determinación adversa, aunque la determinación del beneficio no dependiera de dichos documentos, registros u otra información;
(iii) Demuestran que al hacer la determinación, RHP 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 del plan médico relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

(2) RHP informarán a las personas cubiertas o, si fuera aplicable, a sus representantes personales, de los derechos que conforme al inciso (1) le asisten, a más tardar tres (3) días laborables del recibo de la querella.

E. A los fines de calcular los plazos que se establecen para la determinación y notificación, los plazos comenzarán cuando RHP reciba la querella, independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. Si RHP entiende que la querella no contiene toda la información necesaria para hacer una determinación, le indicará claramente a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal, las razones por las cuales considera que no puede tramitar la querella, indicando los documentos o información adicional que deberá someter.

F. (1) RHP emitirá su determinación y la notificarán por escrito, o por medios electrónicos si la persona cubierta o, si fuera aplicable, su representante personal, ha acordado recibir la notificación por esta vía, dentro de los plazos establecidos en los incisos (2) ó (3).

(2) En relación a una querella en la cual se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión prospectiva, RHP notificará y emitirá su determinación dentro de un plazo razonable, de acuerdo a la condición médica de la persona cubierta, pero nunca más tarde de quince (15) días calendario del recibo de la querella.

(3) Toda querella en la que se solicita una revisión de primer nivel de una determinación

adversa relacionada con una revisión retrospectiva, RHP notificará y emitirá su determinación en un plazo razonable, pero nunca más tarde de treinta (30) días calendario del recibo de la querella.

G. La determinación emitida expresará de manera comprensible para la persona cubierta o, si fuera aplicable, para su representante personal:

(1) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);

(2) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;

(3) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o, si fuera aplicable, su representante personal, pueda responder a los planteamientos de RHP;

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

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

(a) Las razones específicas de la determinación adversa;
(b) Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
(c) Una declaración que haga mención del derecho que tiene la persona cubierta tiene derecho a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente;
(d) Si para formular la determinación adversa RHP 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;
(e) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, o una declaración de que se proveerá una explicación a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal, de manera gratuita, a su solicitud; y
(f) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
(i) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación. Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación.

(6) Si fuera aplicable, una declaración en la que se indique:
(a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si la persona cubierta deseare solicitar una revisión voluntaria;
(b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, incluyendo los plazos requeridos para la revisión;
(c) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente, si la persona cubierta decidiera que no solicitará una revisión voluntaria; y
(d) El derecho de la persona cubierta a incoar una demanda ante un tribunal competente.

(7) Si fuera aplicable, y enfatizando el carácter voluntario, la siguiente declaración: “RHP 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

(8) Una notificación del derecho de la persona cubierta a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para solicitar ayuda en todo

momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

25. REVISIONES ORDINARIAS DE QUERELLAS NO RELACIONADAS CON UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

A. (1) Los Procedimientos permitirán que la persona cubierta, suscriptor, o su representante personal, presente una querella no relacionada a una determinación adversa ante RHP, conforme a las disposiciones de este Artículo.

(2) (a) La persona cubierta o, si fuera aplicable, su representante personal, tiene derecho a presentar documentos escritos para la consideración de las personas designadas por RHP para llevar a cabo la revisión ordinaria.

(b) RHP informará a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal, dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, los derechos que le asisten, conforme al inciso anterior.

B. (1) Al recibo de la querella, RHP designará una o más personas para realizar la revisión ordinaria.

(2) Para realizar la revisión ordinaria, RHP no designará a la persona que manejó el asunto objeto de la querella.

(3) RHP proveerá a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal, el nombre, la dirección y el número telefónico de las personas designadas para realizar la revisión ordinaria de la querella.

C. RHP notificará por escrito su determinación a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante personal, a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo de la querella.

D. La determinación contendrá:

(1) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión ordinaria (los revisores);

(2) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;

(3) 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 RHP;

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

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

(a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si la persona cubierta deseare solicitar una revisión voluntaria;

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

(6) El suscriptor tendrá derecho a solicitar asistencia al Procurador de la Salud en los procesos antes descritos. La Oficina del Procurador de la Salud está ubicada en 1215 Ponce de León, PDA 18, Santurce, PR y puede contactarles en los números de teléfono (787) 977 -0909 (Área Metro) ó 1-800-981-0031 (Isla). Además, puede solicitar asistencia de la Oficina Del Comisionado De Seguros de Puerto Rico, cuyas oficinas están localizadas en Edificio World Plaza, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan, PR 00918, y cuyo número de teléfono es el (787) 304-8686.

26. REVISIONES ACELERADAS DE QUERELLAS RELACIONADAS CON UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

A. RHP establecerá por escrito procedimientos para la revisión acelerada de solicitudes de cuidado urgente, relacionadas con una determinación adversa.

B. Los procedimientos permitirán que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, solicite a la organización de seguros de salud o asegurador una revisión acelerada, según se dispone en este Artículo, verbalmente o por escrito.

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

D. En una revisión acelerada, toda la información necesaria, incluida la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador, se transmitirá entre la organización de seguros de salud o asegurador y la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, por teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.

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

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

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

H. Para fines de calcular los plazos en que se requiere que se tome la decisión y se notifique, el plazo comenzará en la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada con RHP, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

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

a. Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión acelerada (los revisores);
b. Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la solicitud de revisión acelerada;
c. La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta pueda responder a los planteamientos de RHP;
d. Una referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación; y
e. Si la determinación resulta en una determinación adversa, la misma proveerá:
i. Las razones específicas de la determinación adversa;
ii. Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
iii. Si para formular la determinación adversa RHP 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;
iv. Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación;
v. Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
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;

vi. Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente;

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

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

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

(2) (a) RHP podrá proveer la notificación que se requiere en este Artículo verbalmente, por escrito o electrónicamente.

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

(3) Nada de lo aquí dispuesto se entenderá que limita la facultad de RHP para dejar sin efecto una determinación adversa sin observar el procedimiento aquí prescrito.

27. PROCEDIMIENTOS PARA LA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS ORDINARIA

A. RHP mantendrá, por escrito, procedimientos para llevar a cabo la revisión de utilización y determinación de beneficios ordinaria, con respecto a las solicitudes de beneficios hechas por los suscriptores, y para la notificación de sus determinaciones dentro de los plazos que se requieren en el Artículo 24.090 del CSSPR.

B. (1) (a) (i) En el caso de las determinaciones de revisiones prospectivas, RHP hará su determinación y la notificará al suscriptor, independientemente de si se certifica el beneficio o no, dentro del plazo adecuado según la condición de salud del suscriptor, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días, contados a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

(ii) En caso de que se emita una determinación adversa, RHP notificará dicha determinación como se dispone en el apartado (F) del Artículo 24.090.

(a) El plazo de quince (15) días para hacer la determinación y notificar al suscriptor se podrá extender o prorrogar una vez por parte de RHP, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando RHP satisfaga los siguientes requisitos:

(i) Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de RHP; y

(ii) Notifique al suscriptor, antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

(b) Si la prórroga se debe a que el suscriptor no ha presentado información necesaria para que RHP pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

(i) Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la

solicitud; y

(ii) Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que el suscriptor provea la información adicional especificada.

(2) (a) Cuando RHP reciba una solicitud de revisión prospectiva que no cumpla con los requisitos para la radicación de solicitudes de beneficios de RHP, le notificará al suscriptor de esta deficiencia y proveerá en la notificación información sobre los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

(b) (i) La notificación sobre deficiencia en la radicación de la solicitud se proveerá a la brevedad posible, pero en ningún caso en un plazo mayor de cinco (5) días, contados a partir de la fecha de la presentación deficiente.

(ii) RHP podrá hacer la notificación sobre deficiencia, verbalmente o por escrito, si así lo solicita el suscriptor.

C. (1) En el caso de las determinaciones de revisiones concurrentes, si RHP ha certificado previamente el tratamiento en curso por un plazo de tiempo determinado o por determinada cantidad de tratamientos, las siguientes normas serán de aplicación:

(a) Se considerará como una determinación adversa toda reducción o terminación del tratamiento que haga RHP antes de finalizar el plazo o la cantidad de tratamientos previamente certificados, salvo que la reducción o terminación se deba a una enmienda en los beneficios del plan médico o a la terminación del plan médico; y

(b) RHP notificará, según se dispone en el apartado (F) del Artículo 24.090, la determinación adversa al suscriptor, con antelación a la reducción o terminación, de modo que el suscriptor pueda presentar una querella interna a tenor con el Capítulo 22 del CSSPR y obtener una determinación con respecto a dicha querella, antes de que se reduzca o termine el beneficio.

(2) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la determinación adversa se continuará hasta tanto RHP notifique al suscriptor la determinación relacionada con la querella interna hecha conforme al Capítulo 22 del CSSPR.

D. (1) (a) En el caso de las determinaciones de revisiones retrospectivas, RHP hará su determinación en un plazo razonable, pero en ningún caso en un plazo mayor de treinta (30) días, contados a partir del recibo de la solicitud.

(b) En caso de que se emita una determinación adversa, RHP notificará dicha determinación como se dispone en el apartado (F) del Artículo 24.090.

(2) (a) El plazo para hacer la determinación y notificar al suscriptor se podrá extender o prorrogar una vez por parte de RHP, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando RHP satisfaga los siguientes requisitos:

(i) Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de RHP; y

(ii) Notifique al suscriptor, antes del vencimiento del plazo inicial de treinta (30) días calendario, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

(b) Si la prórroga se debe a que el suscriptor no ha presentado información necesaria que RHP pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes

requisitos:

(i) Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y

E. Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que el suscriptor provea la información adicional especificada.

(1) A los fines de calcular los plazos en que se requiere que RHP tome sus determinaciones, conforme a los apartados (B) y (D) del Artículo 24.090, el plazo comenzará en la fecha en que RHP reciba la solicitud conforme a los procedimientos de radicación que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 del CSSPR, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

(2) (a) Si se extiende el plazo debido a que el suscriptor no presentó toda la información necesaria para hacer la determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a partir de la fecha en que RHP envíe la notificación de prórroga al suscriptor, hasta la que ocurra primero de entre las siguientes fechas:

(i) La fecha en que el suscriptor responda a la solicitud de información adicional especificada; o

(ii) La fecha para la cual se debiera haber presentado la información adicional especificada.

(b) Si el suscriptor no presenta la información adicional especificada antes de vencer la prórroga, RHP podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

F. (1) Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios RHP emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible al suscriptor, lo siguiente:

(a) Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;

(b) Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;

(c) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

(d) Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que el suscriptor pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario;

(e) Una descripción de los procedimientos internos de querellas de RHP, establecidos a tenor con el Capítulo 22 del CSSPR, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(f) Si para formular la determinación adversa RHP se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, al suscriptor una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;

(g) Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o

límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias del suscriptor; y

(h) Una explicación del derecho del suscriptor a comunicarse, según corresponda, con la Oficina del Comisionado de Seguros de PR o con la Oficina del Procurador del Paciente para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de RHP. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

(2) RHP proveerá la notificación que se requiere en el Artículo 24.090, de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

28. PROCEDIMIENTOS PARA LA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN EXPÉDITA Y DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

A. (1) RHP establecerá, por escrito, procedimientos para la revisión acelerada de utilización y determinación de beneficios, y para notificar a los suscriptores sus determinaciones respecto a las solicitudes de cuidado urgente.

(2) (a) Como parte de los procedimientos que se requieren en el apartado (A)(1) del Artículo 24.100 del CSSPR, RHP dispondrá que, si el suscriptor no sigue los procedimientos de radicación para una solicitud de cuidado urgente, RHP deberá notificarle dicha deficiencia y los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

(b) La notificación sobre deficiencia en la radicación de una solicitud de cuidado urgente:

(i) Se proveerá al suscriptor a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud; y

(ii) Podrá ser verbal, a menos que el suscriptor solicite la notificación por escrito.

B. (1) (a) En el caso de una solicitud de cuidado urgente, RHP notificará al suscriptor su determinación, sea o no una determinación adversa, a la brevedad posible, tomando en cuenta la condición de salud del suscriptor, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que el suscriptor no haya provisto suficiente información para que RHP pueda determinar si los beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos a tenor con el plan médico.

(b) En caso de que se emita una determinación adversa, RHP notificará dicha determinación como se dispone en el apartado (E) del Artículo 24.100.

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

(b) RHP proveerá al suscriptor un plazo razonable para presentar la información adicional especificada, pero en ningún caso dicho plazo será menor de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la deficiencia.

(c) RHP notificará al suscriptor su determinación respecto a la solicitud de cuidado urgente a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de lo que ocurra primero entre lo siguiente:

(i) La fecha del recibo, por parte de RHP, de la información adicional especificada; o

(ii) La fecha en que vence el plazo otorgado para que el suscriptor presentara la información adicional especificada.

(d) Si el suscriptor no presenta la información adicional especificada en el término concedido, RHP podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

(e) En caso de que se emita una determinación adversa, RHP notificará dicha determinación como se dispone en el apartado (E) del Artículo 24.100.

C. (1) En el caso de solicitudes de revisión concurrente de cuidado urgente en las que el suscriptor pide que se extienda el tratamiento más allá del plazo originalmente aprobado o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados, si la solicitud se hace por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo original o de cumplirse la cantidad de tratamientos previamente aprobados, RHP hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará al suscriptor a la brevedad posible, teniendo en consideración la condición de salud del suscriptor, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

D. A los fines de calcular los plazos en que se requiere que RHP tome sus determinaciones, conforme a los apartados (B) y (C) del Artículo 24.100, el plazo comenzará en la fecha en que RHP reciba la solicitud conforme a los procedimientos para la radicación de solicitudes que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 del CSSPR, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

E. (1) Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios, RHP emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible al suscriptor, lo siguiente:

(a) Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;

(b) Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;

(c) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

(d) Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que el suscriptor pueda completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué dicho material o información es necesaria;

(e) Una descripción de los procedimientos internos de querellas de RHP, establecidos a tenor con el Capítulo 22 del CSSPR, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(f) Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas de RHP, establecidos a tenor con el Artículo 22.100 del CSSPR, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(g) Si para formular la determinación adversa RHP se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, al suscriptor una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;

(h) Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o

tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias del suscriptor;

(i) Una explicación del derecho del suscriptor a comunicarse, según corresponda, con la Oficina del Comisionado de Seguros de PR o con la Oficina del Procurador de la Salud para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de RHP. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado de PR y del Procurador de la Salud.

(2) RHP proveerá la notificación que se requiere en este Artículo de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

Servicios de Emergencia

A. Al llevar a cabo revisiones de utilización o al hacer determinaciones de beneficios con respecto a servicios de emergencia, RHP seguirá las disposiciones del Artículo 24.110.

B. RHP cubrirá los servicios de emergencia necesarios para el cernimiento y estabilización del suscriptor, de conformidad con las siguientes normas:

(1) RHP no requerirá obtener autorización previa para los servicios de emergencia descritos en el apartado (B) anterior, aun cuando dichos servicios de emergencia hayan sido provistos por un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de RHP (en adelante denominado "proveedor no participante");

(2) Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, no se impondrán requisitos administrativos ni limitaciones de cubierta que resulten más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicables a los proveedores participantes cuando prestan los mismos servicios de emergencia;

C. (1) Si los servicios de emergencia son provistos por un proveedor participante, dichos servicios estarán sujetos a los copagos, coaseguros y deducibles aplicables.

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

(b) El suscriptor no podrá ser requerido a pagar, cantidad alguna en exceso de los copagos, coaseguros y deducibles aplicables conforme el apartado anterior.

(c) Se considerará que RHP ha cumplido con los requerimientos de pago del Artículo 24.110, si paga por los servicios de emergencia provistos por un proveedor no participante, una tarifa no menor que la que resulte mayor de las siguientes cantidades:

(i) La tarifa negociada con los proveedores participantes para tales servicios de emergencia, excluyendo los copagos o coaseguros que debe pagar el suscriptor;

(ii) La tarifa atribuible al servicio de emergencia provisto, calculada según el método que RHP utilice para determinar los pagos a los proveedores no participantes, pero utilizando los copagos, coaseguros y deducibles aplicables a los proveedores participantes por los mismos servicios, en lugar de los copagos, coaseguros y deducibles de los proveedores no participantes;

(iii) La tarifa que se pagaría bajo Medicare por el servicio de emergencia provisto, excluyendo cualquier requisito de copago o coaseguro aplicable a los proveedores

participantes.

(d) (i) En el caso de planes médicos que paguen sobre una base per cápita o cualquier otro método en el que no haya fijada una tarifa por servicio para los proveedores participantes, el apartado (C)(2)(c)(i) del Artículo 24.110 no será de aplicación.

(ii) Si el plan médico tiene negociada más de una tarifa para determinado servicio de emergencia provisto por los proveedores participantes, la cantidad a la que se refiere el apartado (C)(2)(c)(i) del Artículo 24.110 sería la mediana de dichas tarifas negociadas.

(3) (a) Cualquier requisito de compartir costos ("cost-sharing") que no sea copago o coaseguro, como pudiera ser un deducible, podrá ser impuesto a los servicios de emergencia provistos por los proveedores no participantes en la medida en que tales requisitos sean generalmente aplicables a otros servicios provistos por proveedores no participantes.

(b) Un deducible podrá ser impuesto respecto a los servicios de emergencia provistos por proveedores no participantes sólo como parte de los deducibles que generalmente apliquen a los beneficios o servicios provistos por proveedores no participantes.

D. Para facilitar la revisión de los servicios post evaluación o post estabilización que los suscriptores pudieran requerir de inmediato, RHP deberá proveer acceso a un representante designado las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana.

29. **NOTIFICACIÓN DEL DERECHO A LA REVISIÓN EXTERNA**

1. (1) RHP notificará por escrito a la persona cubierta del derecho que tiene a solicitar que se realice una revisión externa conforme a las disposiciones de esta sección. Dicha notificación se hará cuando RHP envíe una notificación escrita de alguna de las siguientes:

(a) Una determinación adversa, al completarse el proceso de revisión de utilización que se dispone en el Capítulo 24 del Código de Seguros de Salud de PR. Revisión de Utilización y Determinación

(b) Una determinación adversa final.

(c) Casos de rescisión de cubierta.

(2) Como parte de la notificación escrita que se requiere en el apartado (1) anterior, RHP incluirá el siguiente lenguaje, o uno sustancialmente equivalente:
"Hemos denegado su solicitud de servicios de cuidado de la salud, curso de tratamiento o el pago de los mismos. Usted podría tener derecho a que profesionales de la salud que no tengan ninguna relación con nosotros revisen esta determinación si, con respecto al servicio de cuidado de la salud o el tratamiento solicitado, nuestra determinación conllevaba una valoración de la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio. A tales efectos, usted podrá radicar una solicitud de revisión externa independiente en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Para más información, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros, en la dirección P.O. Box 195415, San Juan, PR 00919-5415, y Edificio World Plaza, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan, PR 00918, o a el cuadro telefónico 787-304-8686.

e. El Comisionado podrá disponer la forma y contenido de la notificación requerida.

B. (1) RHP incluirá, en la notificación que se requiere lo siguiente, según corresponda:

(a) En el caso de una notificación de determinación adversa, una declaración mediante la cual se informe a la persona cubierta lo siguiente, según aplique:

(i) Si la persona cubierta padece de una condición de salud respecto a la cual el

tiempo requerido para una revisión interna acelerada de su querella, según se dispone en el Artículo 22.100 del Código de Seguro de Salud de PR, en adelante CSSPR, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090 o al Artículo

28.100 del CSSPR, según corresponda. En estos casos, la organización de revisión independiente asignada a realizar la revisión externa acelerada, determinará si se requerirá que la persona cubierta complete la revisión interna acelerada de su querella, según se dispone en el Artículo 22.100 del CSSPR, antes de realizar la revisión externa; y

(ii) La persona cubierta podrá presentar una querella conforme al proceso interno de querellas de RHP, según se dispone en el Artículo 22.070 del CSSPR o. No obstante, si RHP no ha emitido una determinación dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que se presentó la querella interna, la persona cubierta podrá presentar una solicitud de revisión externa puesto que se considerará, para fines del Artículo 28.070 del CSSPR, que ha agotado el proceso interno de querellas.

(b) En el caso de una notificación de determinación adversa final, un aviso en que se informa a la persona cubierta lo siguiente, según aplique:

(i) Si la persona cubierta padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión externa ordinaria, conforme al Artículo 28.080 del CSSPR, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090 del CSSPR; o

(ii) Si la determinación adversa final se relaciona con:

(I) Servicios de emergencia recibidos en una instalación de cuidado de la salud de la cual aún no se ha dado de alta a la persona cubierta, esta podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090 del CSSPR; o

(II) Una denegación de cubierta basada en la determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa, la persona cubierta podrá presentar una solicitud para que se realice una revisión externa ordinaria conforme al Artículo 28.100 del CSSPR o, si el médico de la persona cubierta certifica por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado será significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura, la persona cubierta podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.100 del CSSPR.

(2) Además de la información que se debe proveer conforme a los apartados (A) y (B), la organización de servicios de salud incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa ordinaria y de revisión externa acelerada, destacando las disposiciones que le ofrecen a la persona cubierta o suscriptor la oportunidad de presentar información adicional. También se incluirán los formularios necesarios para procesar la solicitud de revisión externa.

(3) RHP incluirá, entre los formularios a los que se hace referencia en el apartado (2) anterior, un formulario de autorización u otro documento aprobado por el Comisionado, mediante el cual la persona cubierta o suscriptor autorice a la organización de servicios de salud a divulgar información de salud protegida, incluidos los expedientes médicos, que son pertinentes a la revisión externa.

Solicitud de Revisión Externa

A. Toda solicitud de revisión externa se hará al Comisionado o de acuerdo al proceso de revisión adoptado RHP cumplimiento con la ley federal aplicable. El Comisionado podrá disponer la forma y contenido de la solicitud de revisión externa.

B. La persona cubierta podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa o de una determinación adversa final, de conformidad con lo que se dispone en el Artículo 28.050 del CSSPR.

Requisito de Agotar el Proceso Interno de Querellas

A. (1) Salvo como se dispone en el apartado B más adelante, ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que la persona cubierta haya agotado el proceso interno de querellas de RHP.

(2) Para propósitos de este proceso, se considerará que se ha agotado el proceso interno de querellas de RHP si la persona cubierta:

(a) Ha presentado una querella interna conforme al Artículo 22.070 del CSSPR y

(b) No ha recibido una determinación por escrito de parte de RHP dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que presentó la querella, a menos que se haya solicitado o acordado una prórroga.

(3) No obstante lo dispuesto en el apartado (2) anterior, la persona cubierta no podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva realizada conforme al Capítulo 24 del CSSPR hasta que haya agotado el proceso interno de querellas de RHP.

B. (1) (a) Simultáneo a la presentación de una solicitud de revisión interna acelerada de una querella, a tenor con el Artículo 22.100 del CSSPR, la persona cubierta podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme alguna de las siguientes opciones:

(i) A tenor con el Artículo 28.090 del CSSPR, si la persona cubierta padece de una condición de salud con respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de la querella pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o

(ii) A tenor con el Artículo 28.100 del CSSPR, si la determinación adversa conlleva una denegación de cubierta basada en una determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa y el médico de la persona cubierta certifica por escrito que dicho servicio o tratamiento sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura.

(b) Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada conforme al apartado (B)(1)(a) de este Artículo, la organización de revisión independiente designada para realizar la revisión externa, determinará si se requerirá que la persona cubierta complete primero el proceso de revisión interna acelerada.

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

(2) Se podrá solicitar la revisión externa de una determinación adversa antes de que la persona cubierta haya agotado los procedimientos internos de querella de RHP, siempre y cuando RHP acuerde renunciar al requisito de que se agoten dichos procedimientos.

C. Si RHP renuncia al requisito de agotar los procedimientos internos de querellas, la persona cubierta podrá solicitar, por escrito, la revisión externa ordinaria.

30. **REVISIÓN EXTERNA ORDINARIA**

A. (1) A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, el suscriptor podrá presentar una solicitud de revisión externa al Comisionado de Seguros de PR.

(2) Al recibo de una solicitud de revisión externa, el Comisionado dispondrá de un (1) día laborable para enviar una copia de la solicitud de revisión externa a RHP.

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

(1) Si el solicitante era un suscriptor al momento de solicitar el servicio de cuidado de la salud o, en el caso de una revisión retrospectiva, era un suscriptor por el plan médico al momento en que se prestó el servicio de cuidado de la salud;

(2) Si se podría entender, de manera razonable, que el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final es un servicio cubierto conforme al plan médico, salvo cuando RHP hubiese determinado que no está cubierto debido a que no cumple con los requisitos de necesidad médica, idoneidad, lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de cuidado o eficacia del servicio;

(3) Si el suscriptor agotó el proceso interno de querellas de RHP, salvo cuando no se requiera agotar dicho proceso interno de querellas conforme al Artículo 28.070 del CSSPR; y

(4) Si el suscriptor ha provisto toda la información y los formularios requeridos por el Comisionado para procesar las solicitudes de revisión externa, incluido el formulario de autorización para divulgar información de salud que se dispone en el Artículo 28.050(B)(3) del CSSPR.

C. (1) A más tardar el próximo día laborable a partir de completarse la revisión preliminar conforme al apartado B del Artículo 28.080, RHP notificará por escrito al Comisionado y al suscriptor si:

(a) La solicitud de revisión externa está completa y

(b) La solicitud es elegible para la revisión externa.

(2) Si la solicitud:

(a) No está completa, RHP enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando al suscriptor y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud, o

(b) No es elegible para la revisión externa, RHP enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando al suscriptor y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

(3)(a) El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (C)(2) del Artículo 28.080.

(b) Si RHP determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado B del Artículo 28.080, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga al suscriptor deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por RHP puede apelarse ante el Comisionado.

(4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa, de conformidad con el apartado B del Artículo 28.080, aun cuando RHP hubiese determinado

inicialmente lo contrario.

(b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de RHP, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables del Capítulo 28 del CSSPR.

D. (1) A más tardar el próximo día laborable a partir de que el Comisionado reciba una notificación a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa:

(a) Asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificará a RHP cuál fue la organización de revisión independiente designada.

(b) Notificará por escrito al suscriptor que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

(2) Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de RHP.

(3) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe al suscriptor informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

E. (1) A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, RHP proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa.

(2) Salvo como se dispone en el apartado (E)(3) del Artículo 28.080, el hecho de que RHP no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de dicho Artículo, no deberá retrasar la revisión externa.

(3) (a) Si RHP no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión externa.

(b) No más tarde del próximo día laborable de haberse decidido revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión, por la razón que se dispone en el apartado (E)(3)(a) del Artículo 28.080, la organización de revisión independiente lo notificará al suscriptor, a RHP y al Comisionado.

F. (1) La organización de revisión independiente revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de RHP y toda otra información presentada por escrito por el suscriptor.

(2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba información del suscriptor, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a RHP, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

G. (1) Al recibo de la información dispuesta en el apartado (F)(2) del Artículo 28.080, RHP podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

(2) La reconsideración, por parte de RHP, de su determinación adversa o determinación adversa final, no demorará ni dará por terminada la revisión externa.

(3) Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, RHP decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.

(4) (a) Al cabo de un (1) día laborable de haberse tomado la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, RHP notificará por escrito dicha determinación al suscriptor, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.

(b) La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de RHP, la notificación aludida en el apartado (G)(4)(a) del Artículo 28.080.

H. Además de los documentos e información aludida en el apartado (E)(1) del Artículo 28.080, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

(1) Los expedientes de salud pertinentes del suscriptor;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende al suscriptor;

(3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por RHP, el suscriptor, o el proveedor que ofrece el tratamiento al suscriptor;

(4) Los términos de cubierta del plan médico del suscriptor;

(5) Las directrices de práctica ("practice guidelines") más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica, generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el gobierno federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;

(6) Todo criterio de revisión clínica creado y usado por RHP, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y

(7) La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos que se enumeran en los apartados (1) al (6) del inciso (H) del Artículo 28.080.

I. (1) A más tardar los cuarenta y cinco (45) días siguientes al recibo de una solicitud de revisión externa, la organización de revisión independiente deberá notificar su determinación acerca de si confirma o revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión. La notificación escrita se hará a las siguientes personas:

(a) Al suscriptor;

(b) A RHP;

(c) Al Comisionado.

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

(a) Una descripción general de la razón de ser de la solicitud de revisión externa;

(b) La fecha en que la organización de revisión independiente recibió el referido del Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;

(c) La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;

(d) La fecha de su determinación;

(e) La principal razón o razones de su determinación, incluyendo qué estándares, si alguno, dieron base a su determinación;

(f) El razonamiento ("rationale") de su determinación; y

(g) Referencias a la evidencia o documentación, incluidas las guías de práctica, que se tomaron en consideración para hacer la determinación.

(3) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, RHP inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión.

J. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa, de conformidad con el Capítulo 28 del CSSPR, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

31. **REVISIÓN EXTERNA ACELERADA**

A. Salvo como se dispone en el apartado F de este Artículo, la persona cubierta podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa acelerada al recibir alguna de las siguientes:

(1) Una determinación adversa, siempre y cuando:

(a) La determinación adversa se relacione con una condición de salud de la persona cubierta con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión interna acelerada, según se dispone en el Artículo 22.100 del CSSPR, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; y

(b) La persona cubierta haya radicado una solicitud de revisión interna acelerada de una querella para la cual se hizo una determinación adversa según se dispone en el Artículo 22.100 del CSSPR; o

(2) Una determinación adversa final, siempre y cuando:

(a) La persona cubierta padece una condición de salud con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión externa ordinaria, según se dispone en el Artículo 28.080 del CSSPR, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o

(b) La determinación adversa final se relaciona con la admisión a una instalación de cuidado de la salud, la disponibilidad de un servicio o la estadía continuada en una instalación donde la persona cubierta recibió servicios de emergencia y aún la persona cubierta no ha sido dado de alta de la instalación donde recibió dichos servicios de emergencia.

B. (1) Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada, el Comisionado deberá, de inmediato, enviar copia de dicha solicitud a RHP.

(2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa acelerada, RHP deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión dispuestos en el Artículo 28.080 del CSSPR y notificar a la persona cubierta y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

(3) (a) El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado anterior mencionado.

(b) Si RHP determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por RHP puede apelarse ante el Comisionado.

(4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando RHP hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de RHP, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables del Capítulo 28 del CSSPR.

(5) Al recibo de una notificación de RHP indicando que una solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada. Además, notificará a RHP cuál fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

(6) Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de RHP.

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

D. Además de los documentos e información aludidos en el apartado (C) de este Artículo, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

(1) Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta;

(3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por RHP, la persona cubierta , o el proveedor de la salud que ofrece el tratamiento a la persona cubierta;

(4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta;

(5) Las directrices de práctica (“practice guidelines”) más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el Gobierno Federal o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;

(6) Todo criterio de revisión clínica creado y usado por RHP, o la organización de revisión de utilización,

al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y

(7) La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos que se enumeran en los apartados (1) al (6) anteriores.

E. (1) La organización de revisión independiente hará su determinación con la premura que requiera la condición de salud o las circunstancias de la persona cubierta, pero en ningún caso en un término mayor de setenta y dos (72) horas contadas a partir del recibo de la solicitud de revisión externa acelerada. En dicho término la organización de revisión independiente deberá:

(a) Hacer su determinación en cuanto a confirmar o revocar la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión; y

(b) Notificar su determinación a la persona cubierta, a RHP y al Comisionado.

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

(a) Proveer confirmación escrita de la determinación a la persona cubierta, a RHP y al Comisionado; e

(b) Incluir en la notificación escrita la información dispuesta en el Artículo 28.080 (I)(2) del CSSPR.

(3) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, RHP implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión externa acelerada.

F. La revisión externa acelerada no estará disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final haya sido producto de una revisión retrospectiva.

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

32. REVISIÓN EXTERNA DE DETERMINACIONES ADVERSAS BASADAS EN TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO

A. (1) A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, el suscriptor podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa.

(2) (a) El suscriptor podrá solicitar oralmente una revisión externa acelerada de una determinación adversa o determinación adversa final en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, siempre y cuando su médico certifique por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado sería significativamente menos eficaz si no se inicia con premura.

(b) Al recibo de una solicitud de revisión externa acelerada conforme al apartado (a) anterior, el Comisionado inmediatamente notificará a RHP sobre la presentación de la referida solicitud.

(c) (i) Tras recibir copia de la solicitud, RHP deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión dispuestos en el apartado (B)(2) del Artículo 28.100 y notificar al suscriptor, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

(ii) El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el subapartado (i) anterior.

(iii) Si RHP determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (A)(2)(c)(i) del Artículo 28.100, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga al suscriptor deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por RHP puede apelarse ante el Comisionado.

(d) (i) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando RHP hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(ii) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de RHP, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables del Capítulo 28 del CSSPR.

(e) Al recibo de una notificación de RHP indicando que la solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada; notificará a RHP cuál fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito al suscriptor que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

(f) Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, RHP proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

B. (1) Excepto en el caso de una solicitud de revisión externa acelerada hecha conforme al apartado (A)(2) del Artículo 28.100, a más tardar el próximo día laborable del recibo de una solicitud de revisión externa por haberse denegado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, el Comisionado notificará, con copia de la solicitud, a RHP.

(2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa, RHP tendrá cinco (5) días laborables para llevar a cabo una revisión preliminar de la solicitud para determinar si la misma satisface los siguientes requisitos:

(a) La persona es o había sido un suscriptor de RHP cuando se recomendó o solicitó el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado o, en el caso de una revisión retrospectiva, había sido un suscriptor de RHP cuando se prestó el servicio de cuidado de la salud;

(b) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, objeto de la determinación adversa o determinación adversa final:

(i) Es un beneficio cubierto bajo el plan médico del suscriptor, pero RHP ha

determinado que el servicio o tratamiento es de naturaleza experimental o investigativa; y

(ii) No está explícitamente mencionado como un beneficio excluido conforme al plan médico del suscriptor;

(c) El médico del suscriptor ha certificado por escrito que una de las siguientes situaciones es aplicable:

(i) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no han sido efectivos en mejorar la condición del suscriptor;

(ii) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no son médicamente adecuados para el suscriptor; o

(iii) No hay ningún servicio de cuidado de la salud o tratamiento cubierto por el plan médico que sea más beneficioso que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado;

(d) El médico que atiende al suscriptor:

(i) Ha recomendado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento respecto al cual certifica, por escrito, que según su opinión, con toda probabilidad será de mayor beneficio para el suscriptor que los otros servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales o acostumbrados disponibles; o

(ii) El médico que atiende al suscriptor, el cual está cualificado para practicar la medicina en la rama indicada para el tratamiento de la condición de salud en cuestión, ha certificado por escrito que existen estudios con validez científica, realizados según los protocolos aceptados, que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado por el suscriptor tiene una mayor probabilidad de ser de beneficio que ningún otro servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible;

(e) El suscriptor ha agotado el proceso interno de querellas de RHP, salvo cuando no se requiera haber agotado dicho remedio a tenor con el Artículo 28.070 del CSSPR; y

(f) El suscriptor ha provisto toda la información y los formularios que se requieren para procesar la revisión externa, incluido el formulario de autorización que se dispone en el Artículo 28.050(B)(3) del CSSPR.

C. (1) A más tardar el próximo día laborable de completar la revisión preliminar conforme al apartado (B)(2) del Artículo 28.100, RHP notificará por escrito al Comisionado y al suscriptor:

(a) Si la solicitud está completa y

(b) Si la solicitud es elegible para la revisión externa.

(2) Si la solicitud:

(a) No está completa, RHP notificará, por escrito, al suscriptor y al Comisionado, qué

información o materiales hacen falta para completar la solicitud; o

(b) No es elegible para la revisión externa, RHP enviará, por escrito, una notificación informando al suscriptor y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

(3) (a) El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (C)(2) del Artículo 28.100.

(b) Si RHP determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (B)(2) del Artículo 28.100, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga al suscriptor deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por RHP puede apelarse ante el Comisionado.

(4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando RHP hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de RHP, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables del Capítulo 28 del CSSPR.

(5) Si RHP determina que la solicitud de revisión externa es elegible para tales propósitos, así deberá notificarlo al suscriptor y al Comisionado.

D. (1) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación de RHP indicando que la solicitud es elegible para revisión externa, el Comisionado deberá:

(a) Asignar una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificar a RHP cuál fue la organización de revisión independiente designada; y

(b) Notificar por escrito al suscriptor que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

(2) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe al suscriptor informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

(3) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación asignándole la revisión externa, la organización de revisión independiente deberá:

(a) Seleccionar, según se entienda apropiado, uno o más revisores clínicos para llevar a cabo la revisión externa.

(a) Al seleccionar los revisores clínicos, la organización de revisión independiente escogerá a médicos u otros profesionales de la salud que cumplan con los requisitos mínimos descritos en el Artículo 28.140 (B) del CSSPR y que debido a su experiencia clínica durante los pasados tres (3) años sean expertos en el tratamiento de la condición del suscriptor y, además, que tengan amplio conocimiento acerca del servicio de cuidado de la salud o tratamiento

recomendado o solicitado.

(b) Ni el suscriptor ni RHP, escogerán ni controlarán la manera en que se seleccionarán a los médicos u otros profesionales de la salud que actuarán como revisores clínicos.

(4) De conformidad con el apartado H del Artículo 28.100, cada revisor clínico proveerá a la organización de revisión independiente una opinión escrita respecto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

(5) Al formular su opinión, los revisores clínicos no estarán obligados por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o el proceso interno de querellas de RHP.

E. (1) A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, RHP proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

(2) Salvo como se dispone en el apartado (E)(3) del Artículo 28.100, el hecho de que RHP no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) del Artículo 28.100, no deberá retrasar la revisión externa.

(3) (a) Si RHP no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) del Artículo 28.100, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión.

(b) Si la organización de revisión independiente decidiera revocar la determinación adversa o la determinación adversa final por la razón que se dispone en el apartado (E)(3)(a) del Artículo 28.100, la organización de revisión independiente lo notificará de inmediato al suscriptor, a RHP y al Comisionado.

F. (1) Cada revisor clínico revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de RHP y toda otra información presentada por escrito por el suscriptor.

(2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba información del suscriptor, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a RHP, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

G. (1) Al recibo de la información dispuesta en el apartado (F)(2) del Artículo 28.100, RHP podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

(2) La reconsideración por parte de RHP de su determinación adversa o determinación adversa final no demorará ni dará por terminada la revisión externa.

(3) Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, RHP decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.

(a) Si RHP toma la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, lo notificará de inmediato por escrito al suscriptor, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.

(b) La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de RHP, la notificación aludida en el apartado (G)(4)(a) del Artículo 28.100.

H. (1) Salvo como se dispone en el apartado (H)(3) del Artículo 28.100, a más tardar los veinte (20) días de haber sido seleccionados para realizar la revisión externa, el o los revisores clínicos entregarán, a la organización de revisión independiente, su opinión en cuanto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

(2) Salvo en el caso de una opinión que se formule conforme al apartado (H)(3) del Artículo 28.100, la opinión de cada revisor clínico se entregará por escrito e incluirá la siguiente información:

(a) Una descripción de la condición de salud del suscriptor;

(b) Una descripción de los indicadores relevantes en el análisis y proceso de determinar si existe suficiente evidencia para demostrar que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de ser beneficioso para el suscriptor que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles;

(c) Una descripción y análisis de la evidencia médica o científica que se tomó en consideración en la opinión expresada;

(d) Una descripción y análisis de cualquier estándar basado en evidencia ("evidence-based standard") que se haya tomado en consideración en la opinión expresada;

(e) Información acerca de si el razonamiento tras la opinión del revisor estuvo basado en lo dispuesto en el apartado (I)(5)(a) ó (b) del Artículo 28.100.

(3) (a) En el caso de una revisión externa acelerada, cada revisor clínico expresará su opinión, de manera verbal o escrita, a la organización de revisión independiente, tan pronto como la condición o circunstancia de salud del suscriptor lo requiera, pero nunca más tarde de los cinco (5) días siguientes de haber sido seleccionado para realizar la revisión externa.

(b) Si la opinión del revisor clínico se hubiese expresado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto la opinión, el revisor clínico suministrará una confirmación escrita a la organización de revisión independiente e incluirá en ésta la información que se requiere en el apartado (H)(2) del Artículo 28.100.

I. Además de la información y los documentos aludidos en el apartado (A)(2)(f) o al apartado (E)(1) del Artículo 28.100, cada revisor clínico, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, considerará lo siguiente al formular su opinión:

(1) Los expedientes médicos pertinentes del suscriptor;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende al suscriptor;

(3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por RHP, el suscriptor, o el proveedor que ofrece el tratamiento al suscriptor;

(4) Los términos de cubierta del plan médico del suscriptor;

(5) La alternativa que sea aplicable, si alguna, de entre las siguientes:

(a) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado ha sido aprobado por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), para la condición del suscriptor; o

(b) Existe evidencia médica o científica o estándares basados en evidencia ("evidence-based standards") que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de beneficiar al suscriptor que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual y acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles.

J. (1) (a) Salvo como se dispone en el apartado (J)(1)(b) del Artículo 28.100, a más tardar los veinte (20) días siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente, de conformidad con lo dispuesto en el apartado (J)(2) del Artículo 28.100, hará su determinación y la notificará por escrito a las siguientes personas:

(i) El suscriptor;

(ii) RHP; y

(iii) Al Comisionado.

(b) (i) En el caso de una revisión externa acelerada, a más tardar las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente hará su determinación y la notificará, ya sea verbalmente o por escrito, al suscriptor, a RHP y al Comisionado.

(ii) Si la determinación se hubiese notificado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto dicha notificación verbal, la organización de revisión independiente suministrará una confirmación escrita al suscriptor, a RHP y al Comisionado, e incluirá la información que se requiere en el apartado (J)(3) del Artículo 28.100.

(2) (a) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se revoque la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

(b) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se confirme la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

(c) (i) Si hay un empate entre los revisores clínicos en cuanto a si se debe cubrir o no el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, la organización de revisión independiente obtendrá la opinión de un revisor clínico adicional, de modo que pueda hacer una determinación en base a las opiniones de la mayoría.

(ii) De surgir la necesidad de seleccionar un revisor clínico adicional de conformidad con el apartado anterior, dicho revisor clínico adicional usará la misma información que tuvieron disponible los demás revisores clínicos al formular su opinión.

(iii) La selección de un revisor clínico adicional no prolongará el plazo que tiene la organización de revisión independiente para hacer su determinación en base a las opiniones de los revisores clínicos seleccionados.

(3) La organización de revisión independiente incluirá, en la notificación escrita de su determinación, lo siguiente:

(a) Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa;

(b) La opinión escrita de cada uno de los revisores clínicos, incluyendo la recomendación de cada uno respecto a si el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir o no y la justificación de la recomendación del revisor;

(c) La fecha en que la organización de revisión independiente fue designada por el Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;

(d) La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;

(e) La fecha de su determinación;

(f) La principal razón o razones de su determinación; y

(g) La justificación o razonamiento de su determinación.

(4) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, RHP inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio de cuidado de la salud o tratamiento que fue objeto de revisión.

K. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa de conformidad con el Artículo 28.100, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Obligatoriedad de la Determinación de la Revisión Externa

A. La determinación de la revisión externa obliga a RHP, salvo en los casos en que RHP tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico.

B. La determinación de la revisión externa obliga a la persona cubierta, salvo en los casos en que la persona cubierta tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico o a las leyes federales.

C. La persona cubierta no podrá presentar subsiguientes solicitudes de revisión externa relacionadas con una determinación adversa o determinación adversa final para la cual ya hubo una determinación tras una revisión externa.

Pago del Costo de la Revisión Externa

Si se presenta una solicitud de revisión externa ordinaria o acelerada contra RHP, este tendrá la obligación de pagar a la organización de revisión independiente por la revisión externa. La Oficina del Comisionado de Seguros notificará a RHP los costos del proceso o cualquier modificación en los mismos con al menos 120 días de anticipación.

El suscriptor pagará un costo nominal no mayor de $25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para un mismo suscriptor el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares ($75.00) por año-contrato. La cantidad pagada por el suscriptor le será reembolsada si éste obtiene opinión a su favor. Si la organización de servicios de salud falla en cumplir con los requisitos y tiempos establecidos en esta sección de apelaciones y determinaciones adversas, se entenderá que el suscriptor ya cumplió con los requisitos establecidos y se procederá con la aprobación correspondiente.

Divulgación

A. A. En las pólizas, certificados, folletos informativos, resúmenes de cubierta, evidencia de cubierta o cualquier otro documento que se provea a las personas cubiertas o asegurados, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que utilicen formularios u otro tipo de procedimiento de manejo de medicamentos de receta:

(1) Divulgarán la existencia del formulario y otro procedimiento de manejo y el hecho de que puede haber otras limitaciones o requisitos en el plan que pudieran afectar la cubierta de determinados medicamentos de receta en específico;

(2) describirán el proceso de solicitud de excepción médica que se puede usar para solicitar la cubierta de medicamentos de receta que no figuran en el formulario o para solicitar una excepción a los requisitos de limitación de dosis o terapia escalonada; y

(3) describirán el proceso para presentar una querella, tal como se dispone en el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código, para apelar la denegación de una solicitud de excepción médica.

B. En las pólizas, certificados, folletos informativos, resúmenes de cubierta, evidencia de cubierta o cualquier otro documento que se provea a las personas cubiertas o asegurados se explicará y se incluirá una descripción, de manera comprensible a un lego, el formulario de medicamentos y cada uno de los procedimientos de manejo de medicamentos de receta. La explicación indicará, además, que la organización de seguros de salud o asegurador proveerá a la persona cubierta o asegurado copia del formulario, junto con información sobre cuáles medicamentos de receta están sujetos a los procedimientos de manejo.

XIX. TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS PYMESALUD PLATINO

Bajo nuestra cubierta de salud, existe un máximo de desembolsos que las personas según su tipo de contrato pagan por los servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos. La cantidad máxima de desembolso es de $6,350 en un contrato individual y $12,700 en contrato pareja o familiar. Esta es la cantidad máxima que los suscriptores pagan durante el año contrato por servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos bajo esta cubierta cuando visita a los proveedores dentro de la red, incluyendo la compra de medicamentos y pagos por servicios dentales esenciales, según descritos en este contrato. Una vez el suscriptor alcance la cantidad que le aplica según su tipo de contrato, no tendrá que hacer desembolsos adicionales por el resto del año del contrato.

Esta cubierta reúne los beneficios mandatorios de las Leyes Federales Patient Protection and Affordable Care Act y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010. En adición se incluyen los Servicios Preventivos según establecidos por el United States Preventive Services Task Force y las vacunas conforme a las recomendaciones del

Advisory Committee on Immunization del Departamento de Salud de Puerto Rico.

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud PLATINO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN			
P	Completa con preautorización (incluyendo Salud Mental)	$0.00 Copago	$200.00 Copago
	Completa sin preautorización (incluyendo Salud Mental)	$75.00 Copago	$200.00 Copago
	Hospitalización por condiciones mentales (Incluye détox y tratamiento residencial)	$75.00 Copago	$200.00 Copago
	Hospitalización por desorden de abuso de sustancias (Incluye détox y tratamiento residencial)	$75.00 Copago	$200.00 Copago
	Hospitalización Parcial Incluyendo Salud Mental	$75.00 Copago	$200.00 Copago
	Uso de las unidades de cuidado intensivo, cuidado coronario y cuidado intensivo de pediatría	*Cubierto	*Cubierto
	Quimioterapias en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecal, intravenoso)	*Cubierto	*Cubierto
	Radioterapia y cobalto	*Cubierto	*Cubierto
	Servicio pre-natal y post-natal en las clínicas de maternidad, servicios de parto incluyendo todos los servicios necesarios de hospitalización.	*Cubierto	*Cubierto
	Alimentos, incluso dietas especiales provistas por el hospital	*Cubierto	*Cubierto
	Sala de operaciones, sala de recuperación y servicio general de enfermería	*Cubierto	*Cubierto
	Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos relacionados con hiperalimentación y materiales de anestesia	*Cubierto	*Cubierto
	Administración de anestesia	*Cubierto	*Cubierto
	Oxígeno, material curaciones	*Cubierto	*Cubierto
	Servicios de laboratorio clínico, producción de electrocardiogramas, producción de estudios radiológicos	*Cubierto	*Cubierto
	Servicios de terapia física y rehabilitación	*Cubierto	*Cubierto

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud PLATINO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
	Servicio de terapia respiratoria	*Cubierto	*Cubierto
	Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que usualmente provee el hospital, que sean ordenados por escrito por el médico a cargo, que no estén expresamente excluidos del contrato con el hospital	*Cubierto	*Cubierto
	Terapias electroconvulsivas para el tratamiento de condiciones mentales	*Cubierto	*Cubierto
	Facilidades para diálisis y hemodiálisis	*Cubierto	*Cubierto
	Sangre para Transfusiones	*Cubierto	*Cubierto
	Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.	*Cubierto	*Cubierto
P	Procedimiento de litotricia (ESWL)	*Cubierto	*Cubierto
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS EN HOSPITALIZACIÓN			
	Diagnósticos y tratamientos, cirugías, administración de anestesia por médicos anestesiólogos, enfermeras anestesistas y técnicos de anestesia empleados por anestesiólogos. Pruebas y procedimientos neurológicos.	*Cubierto	*Cubierto
	Consultas de especialistas	*Cubierto	*Cubierto
	Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.	*Cubierto	*Cubierto
L	Diálisis y hemodiálisis: Por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de la primera diálisis o hemodiálisis o la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez al contrato. Esta cláusula aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.	*Cubierto	*Cubierto
	Quimioterapias en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecal, intravenoso)	*Cubierto	*Cubierto
	Radioterapia y cobalto	*Cubierto	*Cubierto
L / P	Trasplantes de piel, hueso y cornea	*Cubierto	*Cubierto

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud PLATINO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
P	Procedimientos Endoscópicos, incluyendo Endoscopias gastrointestinales	*Cubierto	*Cubierto
P	Pruebas y pruebas cardiovasculares invasivas, no invasivas	*Cubierto	*Cubierto
P	Electromiogramas	*Cubierto	*Cubierto
P	Cirugía “Orthognatic”	*Cubierto	*Cubierto
	Evaluaciones audiológicas	*Cubierto	*Cubierto
L / P	Cirugía Bariátrica	20% coaseguro	40% coaseguro
	Pruebas y Procedimientos Neurológicos	*Cubierto	*Cubierto
SERVICIOS POST-HOSPITALIZACIÓN – ENFERMERÍA ESPECIALIZADA			
P	Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	$200 Copago	$300 Copago
SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA			
	Servicios en Sala de Emergencia/Urgencia, por Enfermedad, Accidente y/o Trauma	$25.00 Copago	$75.00 Copago
SERVICIOS CUBIERTOS EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA			
	Servicios de Emergencia en EU Estarán cubiertos basados en un cargo usual y acostumbradas de la zona geográfica donde se ofreció el servicio.	40% coaseguro	40% coaseguro

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud PLATINO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
P	Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico. - El suscriptor puede ser responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al 40% coaseguro. Los servicios están sujetos a preautorización, excepto en caso de emergencia.	40% coaseguro	40% coaseguro
SERVICIOS AMBULATORIOS			
	Generalistas	$5.00 Copago	$10.00 Copago
	Especialistas	$15.00 Copago	$25.00 Copago
	Sub-Especialista	$15.00 Copago	$25.00 Copago
	Servicios de Salud Mental:		
	• Siquiatra • Sicólogo • Terapias de Grupo • Visitas Colaterales	$15.00 Copago $15.00 Copago $10.00 Copago $10.00 Copago	$25.00 Copago $25.00 Copago $12.00 Copago $12.00 Copago
	Audiólogo	$15.00 Copago	$25.00 Copago
	Podiatra	$15.00 Copago	$25.00 Copago
	Cuidado rutinario de los pies.	*Cubierto	*Cubierto
	Optómetra y Oftalmólogo	$15.00 Copago	$25.00 Copago
L	Examen de refracción	$10.00 Copago	$15.00 Copago
L	Examen rutinario de la vista para niños	*Cubierto	*Cubierto
L	Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un par por año contrato.	*Cubierto	*Cubierto
	Quiropráctico	$15.00 Copago	$25.00 Copago
L / P	Manipulaciones de Quiropráctico	$10.00 Copago	$12.00 Copago

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud PLATINO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
L	Nutricionista	$7.00 Copago	$7.00 Copago
P	Centros de cirugía ambulatorias	0% Coaseguro	10% Coaseguro
P	Servicios Quirúrgicos Ambulatorios: En el Hospital En el Centro de cirugía ambulatoria En la Oficina médica	 0% Coaseguro 0% Coaseguro 10% Coaseguro	 10% Coaseguro 10% Coaseguro 10% Coaseguro
	Telemedicina	Copago, según especialidad médica.	Copago, según especialidad médica.
	Rayos-X y Laboratorios	0% Coaseguro	10% Coaseguro
	Sonogramas	10% Coaseguro	20% Coaseguro
	Mamografía, Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías no preventivas	10% Coaseguro	20% Coaseguro
P	Imaging MRA – Cubierto, Sin límite	10% Coaseguro	20% Coaseguro
L / P	Imaging Pet & Pet/CT	10% Coaseguro	20% Coaseguro
L / P	Imaging MRI & CT	10% Coaseguro	20% Coaseguro
P	Prueba de medicina nuclear	10% Coaseguro	20% Coaseguro
	Reconstrucción de seno	10% Coaseguro	20% Coaseguro
P	Electroencefalogramas	10% Coaseguro	20% Coaseguro
P	Pruebas y procedimientos cardiovasculares: Invasivos y No Invasivos.	10% Coaseguro	20% Coaseguro
L / P	Electromiogramas	10% Coaseguro	20% Coaseguro
	Pruebas diagnósticas y procedimientos de Oftalmología	10% Coaseguro	10% Coaseguro
P	Procedimientos endoscópicos, incluyendo endoscopias gastrointestinales	10% Coaseguro	20% Coaseguro
	Quimioterapia en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecal, intravenoso)	10% Coaseguro	20% Coaseguro

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud PLATINO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
	Radioterapia y cobalto	10% Coaseguro	20% Coaseguro
L	Inyecciones intraarticulares	10% Coaseguro	10% Coaseguro
	Terapia Física	$10.00 Copago	$12.00 Copago
L / P	Servicios de Rehabilitación Ambulatoria	$10.00 Copago	$12.00 Copago
L / P	Servicios de Habilitación	$10.00 Copago	$12.00 Copago
	Terapia del Habla y Lenguaje (Sólo para casos de Autismo, Cuidado de Salud en el Hogar y Syndrome Down)	$10.00 Copago	$12.00 Copago
	Terapia Ocupacional (Sólo para casos de Autismo, Cuidado de Salud en el Hogar y Syndrome Down)	$10.00 Copago	$12.00 Copago
L	Terapia respiratoria	$10.00 Copago	$12.00 Copago
L	Pruebas de alergia.	10% Coaseguro	10% Coaseguro
	Visitas para cuidado preventivo del recién nacido (well baby care)	*Cubierto	*Cubierto
L / P	Criocirugía del cuello uterino	*Cubierto	*Cubierto
	Vacunas – Se cubrirán de acuerdo al itinerario de vacunación recomendado por el Center for Diesease Control and Prevention y el Departamento de Salud de Puerto Rico. Incluye vacunas para Virus Respiratorio Sincitial (Beyfortus, Enflonsia, Abrysvo, Arexvy, mResvia).	$0.00 Copago	$0.00 Copago
L / P	Prueba diagnosticas de polisomnografía (estudio del sueño)	10% Coaseguro	20% Coaseguro
	Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.	*Cubierto	*Cubierto
L / P	Perfil biofísico	*Cubierto	*Cubierto
	Vacuna Synagis (palivizumab) para el virus sincitial respiratorio.	20% Coaseguro	40% Coaseguro
L / P	Prueba de timpanometría	10% Coaseguro	20% Coaseguro

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud PLATINO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
L / P	Equipo médico durable	20% Coaseguro	40% Coaseguro
P	Respiradores Mecánicos y Ventiladores	20% Coaseguro	40% Coaseguro
	Cubierta para tratamiento de Autismo (todas sus formas)	Cubierto, sujeto a coaseguros aplicables, según el servicio.	Cubierto, sujeto a coaseguros aplicables, según el servicio.
L	Cubierta para cesación de fumar	*Cubierto	*Cubierto
L / P	Servicios de cuidado en el hogar	10% Coaseguro	20% Coaseguro
	Preparado de aminoácidos libres de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético Fenilcetonuria (PKU)	10% Coaseguro	20% Coaseguro
L	Nerve conduction velocity test	10% Coaseguro	20% Coaseguro
L	Diálisis y Hemodiálisis	10% Coaseguro	20% Coaseguro
SERVICIOS DE AMBULANCIA			
	Ambulancia terrestre Servicio de emergencia. Cuando el servicio sea utilizado a través del Sistema 9-1-1, RHP pagará directamente al proveedor.	*Cubierto	*Cubierto
	Ambulancia aérea (Según los Protocolos)	20% Coaseguro	20% Coaseguro
SERVICIOS DE AMBULANCIA CUBIERTOS MEDIANTE REEMBOLSO			
L	Ambulancia terrestre: De Hospital a Hospital y/o SNF Del Hospital a la Residencia De Hospital Salud Mental a Hosp. General	Hasta $80.00 por viaje	Hasta $80.00 por viaje
SERVICIOS DE FARMACIA: Tope de $1,000.00, luego pagará 60% coaseguro.			

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud PLATINO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Algunos medicamentos requieren pre-autorización por límite de edad, y/o terapia escalonada.	Genérico Bioequivalente Preferido - Tier 1	$5.00 Copago	$10.00 Copago
	Genérico Bioequivalente No Preferido Tier 2	$5.00 Copago	$10.00 Copago
	Marca Preferida - Tier 3	$25.00 Copago	$50.00 Copago
	Marca No Preferida - Tier 4	20% Coaseguro	20% Coaseguro
	Medicamentos Especializados - Marca Preferida - Tier 5	20% Coaseguro	20% Coaseguro
	Medicamentos Especializados - Marca No Preferida - Tier 6	20% Coaseguro	20% Coaseguro
SERVICIOS DENTALES: Diagnóstico y Prevención			
	Diagnóstico:		
L	Examen oral de rutina cada (6) meses (inicial, periódicos y de emergencia)	*Cubierto	*Cubierto
L	Radiografías (bitewings y peripicals) un par de cada tres (3) años.	*Cubierto	*Cubierto
	Prevención:		
L	Limpiezas Dental cada (6) meses	*Cubierto	*Cubierto
L	Aplicación Tópica de Fluoruro (menores de diecinueve (19) años)	*Cubierto	*Cubierto
L	Sellantes de fisura	*Cubierto	*Cubierto
*** Cubierto – significa que está cubierto sin copago ni coaseguro.**			

XX. TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS PYMESALUD ORO

Bajo nuestra cubierta de salud, existe un máximo de desembolsos que las personas según su tipo de contrato pagan por los servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos. La cantidad máxima de desembolso es de $6,350 en un

contrato individual y $12,700 en contrato pareja o familiar. Esta es la cantidad máxima que los suscriptores pagan durante el año contrato por servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos bajo esta cubierta cuando visita a los proveedores dentro de la red, incluyendo la compra de medicamentos y pagos por servicios dentales esenciales, según descritos en este contrato. Una vez el suscriptor alcance la cantidad que le aplica según su tipo de contrato, no tendrá que hacer desembolsos adicionales por el resto del año del contrato.

Esta cubierta reúne los beneficios mandatorios de las Leyes Federales Patient Protection and Affordable Care Act y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010. En adición se incluyen los Servicios Preventivos según establecidos por el United States Preventive Services Task Force y las vacunas conforme a las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization del Departamento de Salud de Puerto Rico.

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud ORO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN			
P	Completa con preautorización (incluyendo Salud Mental)	$0.00 Copago	$400.00 Copago
	Completa sin preautorización (incluyendo Salud Mental)	$300.00 Copago	$400.00 Copago
	Hospitalización por condiciones mentales (Incluye détox y tratamiento residencial)	$300.00 Copago	$400.00 Copago
	Hospitalización por desorden de abuso de sustancias (Incluye détox y tratamiento residencial)	$300.00 Copago	$400.00 Copago
	Hospitalización Parcial Incluyendo Salud Mental	$100.00 Copago	$100.00 Copago
	Uso de las unidades de cuidado intensivo, cuidado coronario y cuidado intensivo de pediatría	*Cubierto	*Cubierto
	Quimioterapias en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecal, intravenoso)	*Cubierto	*Cubierto
	Radioterapia y cobalto	*Cubierto	*Cubierto
	Servicio pre-natal y post-natal en las clínicas de maternidad, servicios de parto incluyendo todos los servicios necesarios de hospitalización.	*Cubierto	*Cubierto
	Alimentos, incluso dietas especiales provistas por el hospital	*Cubierto	*Cubierto
	Sala de operaciones, sala de recuperación y servicio general de enfermería	*Cubierto	*Cubierto
	Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos relacionados con hiperalimentación y materiales de anestesia	*Cubierto	*Cubierto

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud ORO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
	Administración de anestesia	*Cubierto	*Cubierto
	Oxígeno, material curaciones	*Cubierto	*Cubierto
	Servicios de laboratorio clínico, producción de electrocardiogramas, producción de estudios radiológicos	*Cubierto	*Cubierto
	Servicios de terapia física y rehabilitación	*Cubierto	*Cubierto
	Servicio de terapia respiratoria	*Cubierto	*Cubierto
	Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que usualmente provee el hospital, que sean ordenados por escrito por el médico a cargo, que no estén expresamente excluidos del contrato con el hospital	*Cubierto	*Cubierto
	Terapias electroconvulsivas para el tratamiento de condiciones mentales	*Cubierto	*Cubierto
	Facilidades para diálisis y hemodiálisis	*Cubierto	*Cubierto
	Sangre para Transfusiones	*Cubierto	*Cubierto
	Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.	*Cubierto	*Cubierto
P	Procedimiento de litotricia (ESWL)	*Cubierto	*Cubierto
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS EN HOSPITALIZACIÓN			
	Diagnósticos y tratamientos, cirugías, administración de anestesia por médicos anestesiólogos, enfermeras anestesistas y técnicos de anestesia empleados por anestesiólogos. Pruebas y procedimientos neurológicos.	*Cubierto	*Cubierto
	Consultas de especialistas	*Cubierto	*Cubierto
	Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.	*Cubierto	*Cubierto

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud ORO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
L	Diálisis y hemodiálisis: Por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de la primera diálisis o hemodiálisis o la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez al contrato. Esta cláusula aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.	*Cubierto	*Cubierto
	Quimioterapias en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecal, intravenoso)	*Cubierto	*Cubierto
	Radioterapia y cobalto	*Cubierto	*Cubierto
L / P	Trasplantes de piel, hueso y cornea	*Cubierto	*Cubierto
P	Procedimientos Endoscópicos, incluyendo Endoscopias gastrointestinales	*Cubierto	*Cubierto
P	Pruebas y pruebas cardiovasculares invasivas, no invasivas	*Cubierto	*Cubierto
P	Electromiogramas	*Cubierto	*Cubierto
P	Cirugía “Orthognatic”	*Cubierto	*Cubierto
	Evaluaciones audiológicas	*Cubierto	*Cubierto
L / P	Cirugía Bariátrica	25% coaseguro	40% coaseguro
	Pruebas y Procedimientos Neurológicos	*Cubierto	*Cubierto
SERVICIOS POST-HOSPITALIZACIÓN – ENFERMERÍA ESPECIALIZADA			
P	Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	$300 Copago	$400 Copago
SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA			
	Servicios en Sala de Emergencia/Urgencia, por Enfermedad, Accidente y/o Trauma	$100.00 Copago	$150.00 Copago

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud ORO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
SERVICIOS CUBIERTOS EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA			
	Servicios de Emergencia en EU Estarán cubiertos basados en un cargo usual y acostumbradas de la zona geográfica donde se ofreció el servicio.	40% coaseguro	40% coaseguro
P	Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico. - El suscriptor puede ser responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al 40% coaseguro. Los servicios están sujetos a preautorización, excepto en caso de emergencia.	40% coaseguro	40% coaseguro
SERVICIOS AMBULATORIOS			
	Generalistas	$15.00 Copago	$20.00 Copago
	Especialistas	$20.00 Copago	$25.00 Copago
	Sub-Especialista	$20.00 Copago	$25.00 Copago
	Servicios de Salud Mental:		
	• Siquiatra • Sicólogo • Terapias de Grupo • Visitas Colaterales	$20.00 Copago $20.00 Copago $15.00 Copago $15.00 Copago	$25.00 Copago $25.00 Copago $30.00 Copago $30.00 Copago
	Audiólogo	$20.00 Copago	$25.00 Copago
	Podiatra	$20.00 Copago	$25.00 Copago
	Cuidado rutinario de los pies.	*Cubierto	*Cubierto
	Optómetra y Oftalmólogo	$20.00 Copago	$25.00 Copago
L	Examen de refracción	$10.00 Copago	$15.00 Copago
L	Examen rutinario de la vista para niños	*Cubierto	*Cubierto

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud ORO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
L	Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un par por año contrato.	*Cubierto	*Cubierto
	Quiropráctico	$20.00 Copago	$25.00 Copago
L / P	Manipulaciones de Quiropráctico	$12.00 Copago	$15.00 Copago
L	Nutricionista	$7.00 Copago	$7.00 Copago
P	Centros de cirugía ambulatorias	25% Coaseguro	40% Coaseguro
P	Servicios Quirúrgicos Ambulatorios: En el Hospital En el Centro de cirugía ambulatoria En la Oficina médica	 25% Coaseguro 25% Coaseguro 25% Coaseguro	 40% Coaseguro 40% Coaseguro 40% Coaseguro
	Telemedicina	Copago, según especialidad médica.	Copago, según especialidad médica.
	Rayos-X y Laboratorios	25% Coaseguro	40% Coaseguro
	Sonogramas	25% Coaseguro	40% Coaseguro
	Mamografía, Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías no preventivas	25% Coaseguro	40% Coaseguro
P	Imaging MRA – Cubierto, Sin límite	25% Coaseguro	40% Coaseguro
L / P	Imaging Pet & Pet/CT	25% Coaseguro	40% Coaseguro
L / P	Imaging MRI & CT	25% Coaseguro	40% Coaseguro
P	Prueba de medicina nuclear	25% Coaseguro	40% Coaseguro
	Reconstrucción de seno	25% Coaseguro	40% Coaseguro
P	Electroencefalogramas	25% Coaseguro	40% Coaseguro
P	Pruebas y procedimientos cardiovasculares: Invasivos y No Invasivos.	25% Coaseguro	40% Coaseguro
L / P	Electromiogramas	25% Coaseguro	40% Coaseguro
	Pruebas diagnósticas y procedimientos de Oftalmología	25% Coaseguro	40% Coaseguro

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud ORO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
P	Procedimientos endoscópicos, incluyendo endoscopias gastrointestinales	25% Coaseguro	40% Coaseguro
	Quimioterapia en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecal, intravenoso)	25% Coaseguro	40% Coaseguro
	Radioterapia y cobalto	25% Coaseguro	40% Coaseguro
L	Inyecciones intraarticulares	25% Coaseguro	40% Coaseguro
	Terapia Física	$15.00 Copago	$30.00 Copago
L / P	Servicios de Rehabilitación Ambulatoria	$15.00 Copago	$30.00 Copago
L / P	Servicios de Habilitación	$15.00 Copago	$30.00 Copago
	Terapia del Habla y Lenguaje (Sólo para casos de Autismo, y Cuidado de Salud en el Hogar)	$15.00 Copago	$30.00 Copago
	Terapia Ocupacional (Sólo para casos de Autismo, y Cuidado de Salud en el Hogar)	$15.00 Copago	$30.00 Copago
L	Terapia respiratoria	$10.00 Copago	$12.00 Copago
L	Pruebas de alergia.	25% Coaseguro	40% Coaseguro
	Visitas para cuidado preventivo del recién nacido (well baby care)	*Cubierto	*Cubierto
L / P	Criocirugía del cuello uterino	*Cubierto	*Cubierto
	Vacunas – Se cubrirán de acuerdo al itinerario de vacunación recomendado por el Center for Diesease Control and Prevention y el Departamento de Salud de Puerto Rico. Incluye vacunas para Virus Respiratorio Sincitial (Beyfortus, Enflonsia, Abrysvo, Arexvy, mResvia).	$0.00 Copago	$0.00 Copago
L / P	Prueba diagnosticas de polisomnografía (estudio del sueño)	25% Coaseguro	40% Coaseguro
	Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.	*Cubierto	*Cubierto
L / P	Perfil biofísico	*Cubierto	*Cubierto
	Vacuna Synagis (palivizumab) para el virus sincitial respiratorio.	25% Coaseguro	40% Coaseguro

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud ORO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
L / P	Prueba de timpanometría	25% Coaseguro	40% Coaseguro
L / P	Equipo médico durable	25% Coaseguro	40% Coaseguro
P	Respiradores Mecánicos y Ventiladores	25% Coaseguro	40% Coaseguro
	Cubierta para tratamiento de Autismo (todas sus formas)	Cubierto, sujeto a coaseguros aplicables, según el servicio.	Cubierto, sujeto a coaseguros aplicables, según el servicio.
L	Cubierta para cesación de fumar	*Cubierto	*Cubierto
L / P	Servicios de cuidado en el hogar	25% Coaseguro	40% Coaseguro
	Preparado de aminoácidos libres de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético Fenilcetonuria (PKU)	25% Coaseguro	40% Coaseguro
L	Nerve conduction velocity test	25% Coaseguro	40% Coaseguro
L	Diálisis y Hemodiálisis	25% Coaseguro	40% Coaseguro
SERVICIOS DE AMBULANCIA			
	Ambulancia terrestre Servicio de emergencia. Cuando el servicio sea utilizado a través del Sistema 9-1-1, RHP pagará directamente al proveedor.	*Cubierto	*Cubierto
	Ambulancia aérea (Según los Protocolos)	40% Coaseguro	40% Coaseguro
SERVICIOS DE AMBULANCIA CUBIERTOS MEDIANTE REEMBOLSO			
L	Ambulancia terrestre: De Hospital a Hospital y/o SNF Del Hospital a la Residencia De Hospital Salud Mental a Hosp. General	Hasta $80.00 por viaje	Hasta $80.00 por viaje

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS			
Límitación (L) y/o Preautorización Requerida (P)	**PymeSalud ORO**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
SERVICIOS DE FARMACIA: **Tope de $1,000.00, luego pagará 60% coaseguro.**			
Algunos medicamentos requieren pre-autorización por límite de edad, y/o terapia escalonada.	Genérico Bioequivalente Preferido - Tier 1	$10.00 Copago	$20.00 Copago
	Genérico Bioequivalente No Preferido Tier 2	$10.00 Copago	$20.00 Copago
	Marca Preferida - Tier 3	40% Coaseguro	40% Coaseguro
	Marca No Preferida - Tier 4	40% Coaseguro	40% Coaseguro
	Medicamentos Especializados - Marca Preferida - Tier 5	70% Coaseguro	70% Coaseguro
	Medicamentos Especializados - Marca No Preferida - Tier 6	70% Coaseguro	70% Coaseguro
SERVICIOS DENTALES: **Diagnóstico y Prevención**			
	Diagnóstico:		
L	Examen oral de rutina cada (6) meses (inicial, periódicos y de emergencia)	*Cubierto	*Cubierto
L	Radiografías (bitewings y peripicals) un par de cada tres (3) años.	*Cubierto	*Cubierto
	Prevención:		
L	Limpiezas Dental cada (6) meses	*Cubierto	*Cubierto
L	Aplicación Tópica de Fluoruro (menores de diecinueve (19) años)	*Cubierto	*Cubierto
L	Sellantes de fisura	*Cubierto	*Cubierto
*** Cubierto – significa que está cubierto sin copago ni coaseguro.**			

XXI. TABLA DE SERVICIOS PREVENTIVOS, APLICABLES PARA PYMESALUD PLATINO Y PYMESALUD ORO

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Aneurisma abdominal aórtico – Una revisión por ultrasonografía para hombres de 65 a 75 años.	**Cubierto	**Cubierto
Cernimiento de trastornos de ansiedad - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de trastornos de ansiedad en adultos (64 años o menos), incluidas las personas embarazadas y en posparto.	**Cubierto	**Cubierto
Cáncer Colorrectal - La USPSTF recomienda el cernimiento del cáncer colorrectal (CCR) mediante análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia o colonoscopia, en adultos, comenzando a los (45) años y continuando hasta los (75) años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían. Además, la USPSTF recomienda una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo de una prueba no invasiva. Esta prueba es una prueba de detección, por lo que los pacientes no incurrirán en ningún costo.	**Cubierto	**Cubierto
Detección de depresión y riesgo de suicidio para adultos - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de depresión en la población adulta, incluidas las personas embarazadas y en posparto, así como en los adultos mayores (65 años o más).	**Cubierto	**Cubierto
Prevención de caídas en adultos mayores que viven en la comunidad: Intervenciones: Adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad: El USPSTF recomienda intervenciones de ejercicio para prevenir caídas en adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad y presentan un mayor riesgo de caídas.	**Cubierto	**Cubierto
Consejería de dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares: adultos con factores de riegos cardiovascular – El USPSTF recomienda ofrecer o referir a adultos con sobrepeso u obesidad y tengan factores de riesgos de enfermedades cardiovasculares adicionales, a intervenciones intensivas de consejería de conducta para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de CVD.	**Cubierto	**Cubierto
Cernimiento de la infección por el virus de la hepatitis B - El USPSTF recomienda la cernimiento de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en adultos que aumento el riesgo de infección.	**Cubierto	**Cubierto
Examen de detección de la infección por el virus de la hepatitis C: adolescentes y adultos - El USPSTF recomienda la detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en adultos de 18 años a 79 años.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Cernimiento de hipertensión en adultos de 18 años o más sin hipertensión conocida - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de hipertensión en adultos de 18 años o más mediante la medición de la presión arterial en el consultorio. El USPSTF recomienda obtener mediciones de la presión arterial fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.	**Cubierto	**Cubierto
Prevención de la Adquisición del VIH: Profilaxis Preexposición: adolescentes y adultos con mayor riesgo de contraer VIH - El USPSTF recomienda que los médicos prescriban profilaxis previa a la exposición utilizando una terapia antirretroviral eficaz a personas que tienen un mayor riesgo de contraer el VIH para disminuir el riesgo de contraer el VIH. El USPSTF recomienda que las siguientes personas sean consideradas para la PrEP: (1) Adultos y adolescentes sexualmente activos que pesen al menos 35 kg (77 lb) que hayan tenido relaciones sexuales anales o vaginales en los últimos 6 meses y presenten alguna de las siguientes afecciones: (a) Una pareja sexual con VIH (especialmente si la pareja tiene una carga viral desconocida o detectable); (b) Una infección de transmisión sexual (ITS) bacteriana (sífilis, gonorrea o clamidia para hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero; gonorrea y sífilis para hombres y mujeres heterosexuales) en los últimos 6 meses (c) Un historial de uso inconsistente o nulo del preservativo con una o más parejas sexuales cuyo estado serológico con respecto al VIH se desconoce. Evaluar el riesgo en una conversación con el paciente y considerar factores como el número de parejas, las actividades sexuales específicas que practica y si su pareja o parejas sexuales pertenecen a un grupo con mayor prevalencia de VIH (p. ej., hombres que tienen sexo con hombres o con hombres y mujeres, mujeres transgénero, personas que se inyectan drogas y personas que tienen relaciones sexuales transaccionales); y/o (2) Personas que se inyectan drogas y comparten material de inyección o tienen una pareja VIH que se inyecta drogas. Todas las personas que se consideren para PrEP deben tener un resultado negativo recientemente documentado en una prueba de antígeno-anticuerpo del VIH, y si han tomado PrEP oral o profilaxis posterior a la exposición en los últimos 3 meses, o cabotegravir inyectable en los últimos 12 meses, el CDC recomienda realizar pruebas con de antígeno-anticuerpo del VIH y de RNA del VIH. Para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirrectroviral eficaz visite la página web del U.S. Preventive Services Task (USPSTF) bajo la sección Consideraciones sobre la práctica.	**Cubierto	**Cubierto
Detección del VIH: adolescentes y adultos no embarazadas - Médicos que realizan pruebas de detección de infección por VIH en adolescentes y adultos de (13) a (65) años. Los adolescentes más jóvenes y los adultos mayores que corren un mayor riesgo también deberían someterse a pruebas de detección. Según lo exige la Ley 45-2016, este plan cubre una prueba de VIH al año como parte de los estudios de rutina para cualquier evaluación médica, excepto para mujeres embarazadas a quienes les aplican los requisitos del USPSTF. Debe tener en cuenta las recomendaciones establecidas en la normativa sobre VIH del Departamento de Salud.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Vacunas - Para adultos las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían: hepatitis A, hepatitis B, herpes zóster, virus del papiloma humano, influenza (vacuna contra la gripe), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumococo, tétanos, difteria, tos ferina, varicela, Haemophilus influenza tipo b. Se deben cubrir los refuerzos. Vacuna contra la COVID-19 como parte de las inmunizaciones preventivas para bebés y niños de 6 meses a 12 años y adolescentes de 13 a 18 años, según la orden establecida por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP), de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), de acuerdo con el Artículo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Vacuna contra el dengue para niños de 9 a 16 años que viven en zonas endémicas de dengue Y con confirmación de laboratorio de infección previa por dengue - serie de 3 dosis administrada a 0, 6 y 12 meses según las recomendaciones del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Vacunación contra Mpox en adolescentes de 18 años basada en factores de riesgo sexuales para la infección por Mpox. Ver recomendaciones del CDC. Vacunación contra el virus respiratorio sincitial para jóvenes embarazadas en edades comprendidas entre 11 y 12 años hasta 18 años. Consulta las recomendaciones del CDC. 1 dosis de la vacuna materna contra el VRS durante las semanas 32 a 36 de embarazo, administrada de septiembre a enero. Abrysvo es la única vacuna contra el VRS recomendada durante el embarazo. Consulte las recomendaciones del CDC. Inmunización con virus sincicial respiratorio recomendaba 1 dosis de nirsevimab para todos los lactantes de 8 meses o menos nacidos durante o que entren en su primera temporada de VRS. 1 dosis de nirsevimab para bebés y niños de 8 a 19 meses que tienen un mayor riesgo de padecer enfermedad grave por VSR y que entran en su segunda temporada de VSR. Ver recomendaciones de los CDC.	**Cubierto	**Cubierto
Cernimiento de infección latente de tuberculosis - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de LTBI en poblaciones con mayor riesgo. Para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirretroviral eficaz visite la página web del U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) bajo la sección Evaluación del riesgo.	**Cubierto	**Cubierto
Examen de cernimiento de cáncer de pulmón - El USPSTF recomienda el cernimiento anual de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) en adultos de (50) a (80) años que tienen un historial de tabaquismo de (20) paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en el pasado (15) años. La evaluación debe interrumpirse cuando una persona no ha fumado durante 15 años o desarrolla un problema de salud que limita sustancialmente su expectativa de vida o su capacidad o voluntad de someterse a una cirugía pulmonar curativa.	**Cubierto	**Cubierto
Detección y asesoramiento sobre la obesidad: adultos – El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan o refieran a los adultos con un índice de masa corporal de 30 o más (calculado como el peso en kilogramos dividido por la altura en metros al cuadrado) a intervenciones conductuales intensivas y de múltiples componentes.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos de 35 a 70 años con sobrepeso u obesidad - El USPSTF recomienda la detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos de 35 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o referir a los pacientes con prediabetes a intervenciones preventivas efectivas.	**Cubierto	**Cubierto
Asesoramiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual (STI)– El USPSTF recomienda asesoramiento conductual intensivo para todos los adolescentes sexualmente activos y para los adultos que corren un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (STIs).	**Cubierto	**Cubierto
Uso de estatinas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en adultos: medicación preventiva - El USPSTF recomienda que los médicos prescriban una estatina para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en adultos de 40 a 75 años que tienen 1 o más factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (es decir, dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo) y un riesgo estimado de un evento cardiovascular a 10 años del 10% o más.	**Cubierto	**Cubierto
Examen de detección de sífilis personas no embarazadas y adolescentes - El USPSTF recomienda la detección de la infección por sífilis en personas asintomáticas, adolescentes no embarazadas y adultos que tienen un mayor riesgo de infección.	**Cubierto	**Cubierto
Cesación de fumar tabaco y medicamentos: adultos no embarazados –El USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todos los adultos sobre el consumo de tabaco, les aconseje que dejen de usar tabaco y proporcionen intervenciones conductuales y la farmacoterapia aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) para dejar de fumar a los adultos que consumen tabaco. Para aquellos que usan productos para dejar de fumar, el plan de salud debe cubrir el envío de medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar durante 90 días consecutivos en un intento y hasta 2 intentos por año.	**Cubierto	**Cubierto
Detección de infección latente de tuberculosis: adultos: el USPSTF recomienda la detección de infección latente de tuberculosis en poblaciones con mayor riesgo.	**Cubierto	**Cubierto
Consumo no saludable de alcohol: adultos – El USPSTF recomienda la detección del consumo no saludable de alcohol en entornos de atención primaria en adultos mayores de 18 años, incluidas las mujeres embarazadas, y proporcionar a las personas involucradas en el consumo de riesgo o riesgo con breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo no saludable de alcohol.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Consumos no saludables de drogas: adultos - La USPSTF recomienda la detección haciendo preguntas sobre el uso de drogas no saludables en adultos de 18 años o más. La detección debe implementarse cuando se puedan ofrecer o referir servicios para un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y una atención apropiada. (La detección se refiere a preguntar preguntas sobre el uso de drogas nocivas para la salud, no sobre análisis de muestras biológicas).	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA LA MUJER, INCLUYENDO EMBARAZADAS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Prueba de detección de bacteriuria asintomática: personas embarazas - La USPSTF recomienda la detección de bacteriuria asintomática mediante urocultivo en personas embarazadas.	**Cubierto	**Cubierto
Cáncer relacionado con BRCA: evaluación de riesgos, genética Asesoramiento y pruebas genéticas - La USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria evalúen a las mujeres con un criterio personal o antecedentes familiares de cáncer de mama, de ovario, de trompas o peritoneal o que tienen ascendencia asociado con mutaciones genéticas de susceptibilidad 1 y 2 (BRCA1 / 2) al cáncer de mama con una herramienta breve adecuada de evaluación del riesgo familiar. Mujeres con resultado positivo sobre el riesgo La herramienta de evaluación debe recibir asesoramiento genético y, si está indicado después del asesoramiento, pruebas.	**Cubierto	**Cubierto
Uso de medicamentos preventivos contra el cáncer de mama para reducir el riesgo: el USPSTF recomienda que los médicos se ofrezcan a recetar medicamentos para reducir el riesgo, como tamoxifeno, raloxifeno o inhibidores de la aromatasa, a las mujeres que tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de mama de 35 años o más y con bajo riesgo de efectos adversos de la medicación.	**Cubierto	**Cubierto
Examen de detección de cáncer de mama: una mamografía de detección bienal para mujeres, de 40 a 74 años.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA LA MUJER, INCLUYENDO EMBARAZADAS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Detección de cáncer de mama en mujeres con riesgo promedio: La iniciativa de servicios preventivos para mujeres recomienda que las mujeres con riesgo promedio de cáncer de mama inicien la mamografía de detección no antes de los 40 años ni después de los 50. La mamografía de detección debe realizarse al menos cada dos años y con una frecuencia anual. Es posible que las mujeres necesiten estudios de imagen adicionales para completar el proceso de detección o para corregir los hallazgos de la mamografía de detección inicial. Si se indican estudios de imagen adicionales (p. ej., resonancia magnética, ecografía, mamografía) y una evaluación patológica, también se recomiendan estos servicios para completar el proceso de detección de neoplasias malignas. La detección debe continuar al menos hasta los 74 años, y la edad por sí sola no debe ser motivo suficiente para suspenderla. Las mujeres con mayor riesgo también deben someterse a mamografías periódicas; sin embargo, las recomendaciones para servicios adicionales quedan fuera del alcance de esta recomendación.	**Cubierto	**Cubierto
Lactancia materna: Servicios integrales de apoyo a la lactancia (incluyendo consultas, asesoramiento y educación por parte de profesionales clínicos y servicios de apoyo entre pares; y equipos y suministros para la lactancia materna) durante los períodos prenatal, perinatal y posparto para optimizar el inicio y el mantenimiento exitosos de la lactancia materna. Los equipos y suministros para la lactancia materna incluyen, entre otros, extractores de leche eléctricos dobles (incluyendo sus piezas y mantenimiento) y suministros para el almacenamiento de leche materna. El acceso a los extractores eléctricos dobles debe ser una prioridad para optimizar la lactancia materna. El equipo también puede incluir equipos y suministros según indicación clínica para apoyar a las parejas con dificultades para la lactancia materna y a quienes necesitan servicios adicionales. No se aplican límites monetarios. Los equipos y suministros para la lactancia materna no se pueden proporcionar mediante reembolso ni a través de la cobertura médica principal opcional.	**Cubierto	**Cubierto
Examen de detección del cáncer de cuello uterino: El USPSTF recomienda la detección de cáncer cervical cada 3 años con citología cervical sola en mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, la USPSTF recomienda la detección cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con alto riesgo pruebas del virus del papiloma humano (hrHPV) solo, o cada 5 años con pruebas de hrHPV en combinación con citología (co-prueba).	**Cubierto	**Cubierto
Prueba de detección de clamidia en todas las mujeres sexualmente activas, incluidas las embarazadas – El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de clamidia a todas las mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y a todas las mujeres de 25 años o más que tengan mayor riesgo de infección.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA LA MUJER, INCLUYENDO EMBARAZADAS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Anticonceptivos - Todos los métodos anticonceptivos aprobados, otorgados o autorizados por la FDA, procedimientos de esterilización, pruebas de detección, educación para pacientes, consejería y provisión de anticonceptivos (incluso en el período posparto inmediato) para todas las mujeres con capacidad reproductiva, según lo prescrito. La atención anticonceptiva también incluye la atención de seguimiento. La gama completa de anticonceptivos incluye los que figuran actualmente en la Guía de Anticonceptivos de la FDA y cualquier otro anticonceptivo adicional aprobado, otorgado o autorizado por la FDA. Se cubre cualquier inserción y extracción de métodos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos no pueden proporcionarse mediante reembolso. Ni el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico ni la ley federal aplicable establecen ninguna diferencia en los niveles de anticonceptivos. Si el formulario incluye el anticonceptivo, no se aplicará ningún costo compartido, independientemente del nivel específico.	**Cubierto	**Cubierto
Consejería para Peso Saludable y Aumento de Peso en Embarazo: Personas Embarazadas - El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan a las personas embarazadas intervenciones efectivas de asesoramiento conductual destinadas a promover un aumento de peso saludable y prevenir el aumento excesivo de peso gestacional durante el embarazo.	**Cubierto	**Cubierto
Violencia de pareja, maltrato a ancianos y maltrato de adultos vulnerables: detección: mujeres en edad reproductiva - La USPSTF recomienda que los médicos realicen pruebas de detección de violencia de pareja en mujeres en edad reproductiva y proporcionen o refieran a las mujeres que obtengan un resultado positivo a servicios de apoyo continuo.	**Cubierto	**Cubierto
Detección y asesoramiento para la violencia de pareja y doméstica: La iniciativa de servicios preventivos para mujeres recomienda realizar pruebas de detección de violencia de pareja y doméstica a mujeres adolescentes y adultas al menos una vez al año y, cuando sea necesario, brindar servicios de intervención. La violencia de pareja y doméstica incluye violencia física, violencia sexual, acecho y agresión psicológica (incluida la coerción), coerción reproductiva, negligencia y amenaza de violencia y abuso, o ambas. Los servicios de intervención incluyen, entre otros, asesoramiento, educación, estrategias de reducción de daños y servicios de apoyo adecuados.	**Cubierto	**Cubierto
Suplementación con ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural: medicación preventiva – La USPSTF recomienda que todas las personas que planean o podrían quedar embarazadas tomen un suplemento diario que contenga de 0.4 a 0.,8 mg (400 a 800 mcg) de ácido fólico.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA LA MUJER, INCLUYENDO EMBARAZADAS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Diabetes en el Embarazo- La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (WPSI, por sus siglas en inglés) recomienda evaluar a las mujeres embarazadas para detectar diabetes mellitus gestacional (DMG) después de las 24 semanas de gestación (preferiblemente entre las semanas 24 y 28 de gestación) para prevenir resultados adversos en el parto. El WPSI recomienda evaluar a las mujeres embarazadas con factores de riesgo de diabetes tipo 2 o DMG antes de las 24 semanas de gestación, idealmente en la primera visita prenatal.	**Cubierto	**Cubierto
Detección de gonorrea en todas las mujeres sexualmente activas, incluidas las embarazadas- La USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de gonorrea a todas las mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y a todas las mujeres de 25 años o más que tengan mayor riesgo de infección.	**Cubierto	**Cubierto
Detección de hepatitis B: mujeres embarazadas – Evaluación prenatal para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.	**Cubierto	**Cubierto
Prueba de detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El USPSTF recomienda que los profesionales clínicos realicen pruebas de detección del VIH a todas las embarazadas, incluidas aquellas que se presentan durante el parto o el nacimiento y cuyo estado serológico se desconoce. En el caso de las mujeres embarazadas, todas las aseguradoras u organizaciones de servicios de salud están obligadas a cubrir y no impondrán requisitos de costos compartidos para las siguientes pruebas, incluidas en las recomendaciones más recientes del USPSTF y en cumplimiento con la Ley 45 del 16 de mayo de 2016: (a) Una primera prueba de VIH durante el primer trimestre del embarazo, en la primera consulta prenatal; y (b) Una segunda prueba durante el tercer trimestre del embarazo (entre las semanas 28 y 34 del embarazo).	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA LA MUJER, INCLUYENDO EMBARAZADAS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Detección de la Infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) - Todas las mujeres adolescentes y adultas, mayores de 15 años, se sometan a una prueba de detección del VIH al menos una vez en la vida. La detección temprana o adicional debe basarse en el riesgo, y una nueva prueba anual o más frecuente puede ser adecuada a partir de los 13 años para mujeres adolescentes y adultas con un mayor riesgo de infección por VIH. Evaluación de riesgos y educación para la prevención de la infección por el VIH a partir de los 13 años y continuando según lo determine el riesgo. Se recomienda una prueba de detección del VIH para todas las mujeres embarazadas al iniciar la atención prenatal con una nueva prueba durante el embarazo en función de los factores de riesgo. Se recomienda la prueba rápida de VIH para las mujeres embarazadas que se presentan en trabajo de parto activo con un estado de VIH indocumentado. La detección durante el embarazo permite la prevención de la transmisión vertical.	**Cubierto	**Cubierto
Prevención de la obesidad en mujeres de mediana edad - Asesoramiento a mujeres de mediana edad de 40 a 60 años con índice de masa corporal normal o con sobrepeso (IMC) (18,5-29,9 kg/m2) para mantener el peso o limitar el aumento de peso para prevenir la obesidad. La consejería puede incluir una discusión individualizada sobre alimentación saludable y actividad física.	**Cubierto	**Cubierto
Osteoporosis para prevenir fracturas: detección - Mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con 1 o más factores de riesgo de osteoporosis: El USPSTF recomienda la detección de osteoporosis para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con mayor riesgo de fractura osteoporótica, según la evaluación clínica del riesgo Para más información en evaluaciones de riesgo y pruebas, puede consultar la sección de Consideraciones Prácticas en el siguiente enlace: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/webview/#!/recommendation/2058.	**Cubierto	**Cubierto
Osteoporosis para prevenir fracturas: detección - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de osteoporosis para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres de 65 años o más. Para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirrectroviral eficaz visite la página web del U.S. Preventive Services Task (USPSTF) bajo la sección Consideraciones sobre la práctica.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA LA MUJER, INCLUYENDO EMBARAZADAS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Servicios de Navegación para Pacientes para la Detección de Cáncer de Mama y de Cuello Uterino: La Iniciativa de Servicios Preventivos para la Mujer recomienda servicios de navegación para pacientes para la detección y el seguimiento del cáncer de mama y de cuello uterino, según corresponda, con el fin de aumentar la utilización de las recomendaciones de detección basadas en una evaluación de las necesidades de navegación de la paciente. Los servicios de navegación implican contacto personal (p. ej., presencial, virtual o híbrido) con la paciente. Los componentes de los servicios de navegación deben ser individualizados. Los servicios incluyen, entre otros, evaluación y planificación centradas en la persona, acceso a la atención médica y navegación en el sistema de salud, derivaciones a servicios de apoyo adecuados (p. ej., traducción de idiomas, transporte y servicios sociales) y educación para pacientes.	**Cubierto	**Cubierto
Depresión perinatal: asesoramiento e intervención - El USPSTF recomienda que los médicos proporcionen o refieran a las personas embarazadas y en período de posparto que tienen un mayor riesgo de depresión perinatal a intervenciones de asesoramiento.	**Cubierto	**Cubierto
Prevención de la preeclampsia: aspirina en embarazadas con alto riesgo de preeclampsia. El USPSTF recomienda el uso de aspirina en dosis bajas (81 mg/día) como medicación preventiva después de las 12 semanas de gestación en personas con alto riesgo de preeclampsia.	**Cubierto	**Cubierto
Detección de trastornos hipertensivos durante el embarazo en embarazadas asintomáticas: El USPSTF recomienda la detección de trastornos hipertensivos en embarazadas mediante la medición de la presión arterial durante todo el embarazo.	**Cubierto	**Cubierto
Prueba de Incompatibilidad Rh: Se realizará una prueba de tipificación sanguínea Rh (D) y de anticuerpos a todas las embarazadas durante su primera consulta de atención relacionada con el embarazo. Además, se realizará una prueba repetida de anticuerpos Rh (D) a todas las mujeres Rh (D) negativas no sensibilizadas entre las semanas 24 y 28 de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) negativo.	**Cubierto	**Cubierto
Detección de ansiedad: La iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas aquellas que están embarazadas o en el posparto. Se desconocen los intervalos óptimos de detección y se debe usar el juicio clínico para detectar la frecuencia de detección. Dada la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y los múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deberían considerar la posibilidad de realizar pruebas de detección a mujeres que no se hayan sometido a ellas recientemente.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA LA MUJER, INCLUYENDO EMBARAZADAS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Diabetes después del embarazo: La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (WPSI, por sus siglas en inglés) recomienda la detección de diabetes tipo 2 en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG) que actualmente no están embarazadas y que no han sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2. Idealmente, las pruebas iniciales deben realizarse dentro del primer año posparto y se puede realizar tan pronto como 4 a 6 semanas después del parto. Las mujeres que no se hicieron la prueba de detección en el primer año posparto o aquellas con un resultado negativo en la prueba de detección posparto inicial deben hacerse la prueba al menos cada 3 años durante un mínimo de 10 años después del embarazo. Para aquellas con un resultado positivo en la prueba de detección en el período posparto temprano, la prueba debe repetirse al menos 6 meses después del parto para confirmar el diagnóstico de diabetes, independientemente del tipo de prueba inicial (p. ej., glucosa plasmática en ayunas, hemoglobina A1C, prueba de tolerancia oral a la glucosa). La repetición de la prueba también está indicada para las mujeres examinadas con hemoglobina A1C en los primeros 6 meses posteriores al parto, independientemente de si los resultados de la prueba son positivos o negativos porque la prueba de hemoglobina A1C es menos precisa durante los primeros 6 meses posteriores al parto.	**Cubierto	**Cubierto
Detección de sífilis: mujeres embarazadas: El USPSTF recomienda la detección temprana de la infección por sífilis en todas las mujeres embarazadas.	**Cubierto	**Cubierto
Detección de la incontinencia urinaria en las mujeres: La Iniciativa de Servicios Preventivos de la Mujer recomienda evitar a las mujeres la incontinencia urinaria como un servicio preventivo. Los factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluyen aumento de la paridad, edad avanzada y obesidad; sin embargo, estos factores no deben usarse para limitar la detección. Varias herramientas de detección demuestran una precisión justa a alta en la identificación de la incontinencia urinaria en mujeres. Aunque se desconocen los intervalos mínimos de detección, dada la prevalencia de la incontinencia urinaria, el hecho de que muchas mujeres no son voluntarias de los síntomas y los múltiples factores de riesgo que cambian con frecuencia asociados con la incontinencia, es razonable realizarla anualmente.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA LA MUJER, INCLUYENDO EMBARAZADAS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Dejar de fumar tabaco: personas embarazadas - La USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todas las personas embarazadas sobre el consumo de tabaco, les aconsejen que dejen de consumir tabaco y proporcionen intervenciones conductuales para dejar de consumir tabaco.	**Cubierto	**Cubierto
Visitas de bienestar de la mujer- Visita anualmente de atención preventiva para mujeres sanas (según el estado de salud de la mujer, las necesidades de salud y otros factores de riesgo) para que las mujeres adultas obtengan los servicios preventivos recomendados que son apropiados para su edad y desarrollo, incluida la atención previa a la concepción y muchos servicios necesarios para la atención prenatal. Esta visita de bienestar de la mujer debe incluir, cuando corresponda, otros servicios preventivos enumerados. Si el médico determina que un paciente requiere visitas, de bienestar de la mujer, adicionales las visitas adicionales deben proporcionarse sin costo compartido. La gama completa de anticonceptivos incluye aquellos que actualmente figuran en la Guía de control de natalidad de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): anticonceptivos aprobados, concedidos o autorizados, prácticas eficaces de planificación familiar y procedimientos de esterilización que estén disponibles como parte de la atención anticonceptiva.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Anemia / Hierro - Realizar una evaluación o cernimiento de riesgos según corresponda, según las recomendaciones de la edición actual de la AAP Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics (capítulo sobre el hierro). Suplementos de hierro para niños de 4 meses a 21 años con riesgo de anemia.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Ansiedad en Niños y Adolescentes: Cernimiento - El USPSTF recomienda la detección de ansiedad en niños y adolescentes de 8 a 18 años.	**Cubierto	**Cubierto
Detección del trastorno del espectro autista - Detección para niños de 18 y 24 meses.	**Cubierto	**Cubierto
Comportamiento - La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomienda una evaluación anual desde recién nacido hasta los 21 años.	**Cubierto	**Cubierto
Concentración de Bilirrubina: Detección de concentración de bilirrubina para recién nacidos.	**Cubierto	**Cubierto
Presión arterial-Evaluación para niños Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (17) años.	**Cubierto	**Cubierto
Pruebas de sangre: Pruebas de detección de sangre para recién nacidos.	**Cubierto	**Cubierto
Displasia cervical – cernimiento en féminas sexualmente activas.	**Cubierto	**Cubierto
Depresión – La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y el USPSTF recomiendan la detección del trastorno depresivo mayor (MDD) en adolescentes de 12 a 21 años.	**Cubierto	**Cubierto
Detección y vigilancia del desarrollo - Cernimiento en niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Dislipidemia - Cernimiento para todos los niños una vez entre los 9 y 11 años, y una vez entre los 17 y 21 años, y para niños con mayor riesgo de trastornos de los lípidos edades: 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.	**Cubierto	**Cubierto
Profilaxis ocular para la oftalmía gonocócica Neonatorum: medicación preventiva: la medicación preventiva para la USPSTF recomienda la administración tópica ocular profiláctica para todos los recién nacidos para la prevención de la oftalmía gonocócica neonatorum (gonorrea).	**Cubierto	**Cubierto
Audición – Cernimiento de pérdida auditiva en todos los recién nacidos y en niños una vez entre los 11 y los 14 años, una vez entre 15 y 17 años, y una vez entre 18 y 21 años.	**Cubierto	**Cubierto
Altura, peso e índice de masa corporal - Medidas para niños. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.	**Cubierto	**Cubierto
Hematocrito o Hemoglobina – Detección de anemia de células falciformes en recién nacidos.	**Cubierto	**Cubierto
Hemoglobinopatías en infantes- cernimiento recién nacidos.	**Cubierto	**Cubierto
Detección de la infección por el virus de la hepatitis B - El USPSTF y la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomiendan la detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en recién nacidos hasta adultos jóvenes (21 años de edad) con mayor riesgo de infección.	**Cubierto	**Cubierto
Índice de masa corporal alto en niños y adolescentes: intervenciones: niños y adolescentes de 6 años o más. - El USPSTF recomienda que los médicos brinden o refieran a los niños y adolescentes de 6 años o más con un índice de masa corporal (IMC) alto (≥ percentil 95 para la edad y el sexo) a intervenciones conductuales intensivas e integrales. Para consultar más información sobre las intervenciones conductuales, puede visitar el siguiente enlace: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/webview/#!/recommendation/2043.	**Cubierto	**Cubierto
Examen de detección de hipotiroidismo: recién nacidos. Detección del hipotiroidismo congénito en recién nacidos.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Inmunización - Las vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años, las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían: difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenza tipo b, hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano, poliovirus inactivado, influenza (vacuna contra la gripe), Sarampión, Paperas, Rubéola, Meningococo, Neumococo, Rotavirus, Varicela. Se deben cubrir las recuperaciones. Vacuna contra meningitis (MCV4) es recomendada para niños y adolescentes entre las edades de 11 a 18 años (1 dosis) según recomendada por ACIP. Vacunación contra el VPH a partir de los (9) años de edad para niños y jóvenes con antecedentes de abuso o agresión sexual que no hayan iniciado o completado la serie de (3) dosis (recomendación ACIP). Vacuna contra el COVID-19 como parte de las inmunizaciones preventivas para bebés y niños de 6 meses a 12 años y adolescentes de 13 a 18 años, de acuerdo con el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), de conformidad con el Artículo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Vacuna contra el dengue para niños de 9 a 16 años que viven en áreas endémicas de dengue y que tienen confirmación de laboratorio de infección previa por dengue: series de 3 dosis administradas a los 0, 6 y 12 meses de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Vacunación Mpox en adolescentes de 18 años según los factores de riesgo sexual de infección por Mpox. Consulte las recomendaciones de los CDC. Vacunación contra el virus respiratorio sincitial para embarazadas jóvenes de entre 11 y 12 años hasta los 18 años. Consulte las recomendaciones de los CDC 1 dosis de la vacuna contra el VRS materna durante las semanas 32 a 36 del embarazo, administrada de septiembre a enero. Abrysvo es la única vacuna contra el VRS recomendada durante el embarazo. Consulte las recomendaciones de los CDC.	**Cubierto	**Cubierto
Detección de plomo-Para niños en riesgo de exposición al plomo.	**Cubierto	**Cubierto
Depresión materna - Pruebas de cernimiento para madres de bebés en las visitas de 1, 2, 4 y 6 meses	**Cubierto	**Cubierto
Historial médico: para todos los niños durante el desarrollo Edades: de 0 a 21 años.	**Cubierto	**Cubierto
Salud oral – Evaluación de riesgos para niños pequeños. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años.	**Cubierto	**Cubierto

SERVICIOS PREVENTIVOS: Incluye los servicios preventivos requeridos preventivos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y el Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) cubierto sin copago.	**PymeSalud PLATINO Y PymeSalud ORO** **Cubierto: significa que está cubierto sin costo compartido.	
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS (SIN COSTO COMPARTIDO)	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Phenylketonuria (PKU) – cernimiento para este desorden genético en recién nacidos y niños.	**Cubierto	**Cubierto
Prevención de caries dental en niños menores de 5 años: detección e intervenciones: niños menores de 5 años - El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria prescriban suplementos de fluoruro oral a partir de los 6 meses de edad para los niños cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro. Además, la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomienda que si la fuente de agua primaria es deficiente en fluoruro, considere la administración de fluoruro oral suplementación. El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria apliquen barniz de fluoruro a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir de la edad de erupción del diente primario. Una vez que los dientes estén presentes, aplique barniz de flúor a todos los niños cada 3 a 6 meses en la atención primaria o en el consultorio dental según el riesgo de caries	**Cubierto	**Cubierto
Consejería conductual para el cáncer de piel: La USPSTF recomienda asesorar a adultos jóvenes, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre cómo minimizar la exposición a la radiación ultravioleta (UV) para personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel normales para reducir el riesgo de cáncer de piel.	**Cubierto	**Cubierto
Paro cardíaco súbito y muerte cardíaca súbita - La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) recomienda evaluar el riesgo de paro cardíaco repentino y se agregó que la muerte cardíaca súbita ocurra entre los 11 y los 21 años (para tener en cuenta el rango en el que se puede realizar la evaluación del riesgo) para ser consistente con la política de la AAP ("Muerte Súbita en el Joven: Información para el Proveedor de Atención Primaria"). Realizar una evaluación de riesgos, según corresponda.	**Cubierto	**Cubierto
Intervenciones de atención primaria para la prevención y el cese del consumo de tabaco en niños y adolescentes: el USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria proporcionen intervenciones, incluida la educación o asesoramiento breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco entre los niños y adolescentes en edad escolar.	**Cubierto	**Cubierto
Uso de tabaco, alcohol o drogas - Cernimiento de niños (11) a (21) años de edad.	**Cubierto	**Cubierto