

CUBIERTA AUTOSEGURO

HOSPITAL RYDER MEMORIAL

Plan de salud para empleados

RYDER HEALTH PLAN, INC.

RYDER HEALTH PLAN, INC.

Cubierta de Salud Ryder

GRUPO GRANDE

DE UNA PARTE: RYDER HEALTH PLAN, INC., en adelante RHP.

DE OTRA PARTE: Hospital Ryder Memorial

Las partes han acordado celebrar el presente Contrato de Salud Grupo Grande de servicios de hospitalización, médico-quirúrgico, servicios dentales, clínica externa con opción de cubierta de medicamentos, dental extendida y de visión para el suscriptor y dependientes elegibles a este, así como los que puedan tener derecho en el futuro a los beneficios. Se emite, el mismo cumpliendo con todas las disposiciones y requisitos de la Ley HIPAA, las Cartas Normativas aplicables, el Código de Seguro de Puerto Rico, el Código de Seguros de Salud y las Leyes Federales y Estatales aplicables.

Este contrato se lleva a cabo sujeto a las siguientes Clausulas y Condiciones.

Suscrito en Humacao, Puerto Rico, el día 1 de febrero de 2024, por:

Carmen M. Colón
Directora Ejecutiva
Ryder Health Plan, Inc.

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

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 está 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.

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

Disponibilidad de cubierta en el mercado individual

El Plan de Salud Ryder acorde a la disposición del Artículo 10.080 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico "Disponibilidad de Cubierta en el mercado individual" y a la reglamentación federal aplicable, si una persona que es elegible solicita cubierta de un plan médico individual dentro de los sesenta y tres (63) días de la terminación de la cubierta acreditable anterior, RHP no podrá:

1) Negarse a ofrecer un plan médico individual básico, o negarse a inscribir a la persona, ni
2) Con respecto a la cubierta, imponer ninguna exclusión por motivo de una condición preexistente, según definido, independientemente de la edad del suscriptor.

Será elegible toda persona que desee suscribirse a los planes médicos individuales básicos disponibles en el mercado individual en el periodo de suscripción, sin evaluación de riesgo, según se describe a continuación:

A. RHP permitirá, con sujeción a la legislación y reglamentación aplicable, que los individuos puedan suscribirse o renovar su cubierta, por lo menos a los planes médicos individuales básicos disponible para el Mercado individual desde el 1 de octubre al 31 de diciembre de 2022, con fecha de efectividad el 1 de enero de 2023, sin evaluación de riesgo.
B. Si la persona solicitante del plan médico no se suscribe dentro del periodo de suscripción fijo aquí dispuesto en el párrafo anterior, podrá hacerlo posteriormente. Disponiéndose que:

    1) Si la solicitud de ingreso al plan individual es recibida entre los días 1 y 15 del mes, la cubierta tendrá efectividad el 1er día del próximo mes.
    2) Si la solicitud es recibida entre los días 16 al 31 del mes, la cubierta será efectiva el primer día del segundo mes en que se recibió la solicitud. En estos casos, la cubierta de la persona suscrita tendrá un periodo de espera de hasta noventa (90) días calendario desde la fecha de efectividad de la cubierta, excepto para casos de emergencias, según dispone la ley. El periodo de espera de hasta noventa (90) días calendario no aplica personas que solicitan un plan individual como resultado de los eventos cualificantes que se describen en el próximo párrafo.

C. RHP ofrecerá en cualquier momento del año los planes médicos individuales básicos disponibles en el mercado individual solamente a aquellos suscriptores que:

    1) La persona elegible o su dependiente pierde la cubierta mínima con los beneficios de salud esenciales;
    2) La persona elegible adquiere un dependiente por medio de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción;
    3) La persona elegible se inscribió o dejó de inscribirse en un plan médico de manera no intencional, inadvertida o errónea y como resultado del error, tergiversación o falta de acción de algún oficial, empleado o HHS o sus instrumentalidades, según sea evaluado y determinado por RHP.
    4) La persona cubierta le demuestra a RHP que el plan médico en el que está inscrita violó sustancialmente los términos del contrato con dicha persona;
    5) La persona es elegible por primera vez o adviene elegible nuevamente. En aquellos casos, en que la cubierta existente bajo un plan grpal patronal elegible ya no sea costeable o ni siquiera proveerá un valor mínimo para el próximo año del plan médico patronal, RHP permitirá que las personas elegibles tengan acceso a la cubierta en un periodo de suscripción especial antes de que termine la cubierta bajo dicho plan patronal;
    6) Una persona elegible o una persona cubierta solicita un plan médico nuevo debido a un cambio de residencia.
    7) Ejerzan su derecho de conversión al Mercado individual con RHP.
    8) Provengan de otro plan médico y cumplan con los siguientes criterios:

a. Ha estado sin cubierta por sesenta y tres (63) días o menos;
b. Su último plan médico fue grupal;
c. Ha estado cubierto por un plan médico en los últimos dieciocho (18) meses. En ese lapso el individuo puede haber estado cubierto por planes del Mercado individual o grupal;
d. El contrato anterior no ha sido cancelada por falta de pago o fraude de parte del suscriptor;
e. Si el individuo era elegible a la cubierta de la Ley Federal "Consolidated Omnibus Budget Act de 1986" (COBRA por sus siglas en inglés), seleccionó la misma, y la agotó;
f. O si perdió elegibilidad al plan de Mi Salud; o

9) Cumplan con aquellos otros criterios que el Comisionado disponga mediante carta normativa.

D. También será elegible en este plan cualquier individuo que se haya quedado sin cubierta grupal o de Mercado individual debido a la quiebra, disolución o revocación de licencia del plan médico con el cual tenía su cubierta siempre y cuando presente su solicitud al nuevo plan médico dentro de sesenta y tres (63) días luego de declarada la quiebra, disolución o revocación de la licencia del plan médico.

E. Si ocurre un evento cualificador según se define en el Artículo 603 de ERISA que son los siguientes:
1) por la muerte del suscriptor principal,
2) la terminación de empleo o reducción de horas del suscriptor principal,
3) el divorcio o separación legal del suscriptor principal de su cónyuge,
4) el suscriptor principal es elegible a beneficios de Medicare,
5) un hijo dependiente deja de serlo,
6) un procedimiento de quiebras bajo el título 11 de la ley federal que haya comenzado en o después del 1 de julio de 1986 con respecto a un patrono de cuyo empleo se haya retirado el suscriptor principal.

TABLA DE CONTENIDO

PARTE I - DEFINICIONES 6

PARTE II. ELEGIBILIDAD 21

PARTE III. CUBIERTAS DISPONIBLES 24

PARTE IV – COMO OBTENER LOS SERVICIOS 24

A. HOSPITALIZACIÓN 26

B. SERVICIOS MÉDICO – QUIRÚRGICOS 28

C. SERVICIOS AMBULATORIOS 28

D. SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA 34

E. SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA 34

F. CIRUGIA BARIATRICA 34

G. SERVICIOS CUBIERTOS EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA 34

H. SERVICIOS CUBIERTOS MEDIANTE REEMBOLSO 35

I. CUBIERTA DE FARMACIA 35

J. CUBIERTA DENTAL 42

PARTE IV - LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS 43

PARTE V - SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS POR LA LEY FEDERAL ACA (AFFORDABLE CARE ACT) 45

PARTE VI - EXCLUSIONES 52

PARTE VII - DISPOSICIONES GENERALES 55

PARTE VIII - TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS PLATINO 92

PARTE 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. **AÑO CONTRATO**: Es el periodo de doce (12) meses consecutivos a la fecha de efectividad en el cual el suscriptor o persona cubierta adquiere o renueva el contrato con RHP.

3. **AREA GEOGRAFICA 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.

4. **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.

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:

a. Diseño de cubierta

b. Composición familiar.

c. Edad.

d. 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 este 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. **COPAGO:** 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:

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

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

Si entre los miembros del comité de farmacia y terapéutica se encontrasen representantes del administrador de beneficios de farmacia o de la organización de servicios de salud, 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:

a. The American Hospital Formulary Service-Drug Information;

b. The American Medical Association Drug Evaluation o

c. The United States Pharmacopoeia-Drug Information.

20. **COMPOSICION FAMILIAR:** significa:

a. Suscriptor.

b. Suscriptor, cónyuge e hijos.

c. Suscriptor y cónyuge.

d. Suscriptor e hijos; o

e. Hijo solo.

f. 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. **CONDICION 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. **CONDICION 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 inmediate, 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. **CONDICION 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.

24. **CONTRATO INDIVIDUAL:** Significa que el contrato provee beneficios a cualquier persona elegible soltero o casado sin incluir al cónyuge. La prima correspondiente a contratos individuales se aplicará en estos casos. Dicha persona tendrá la opción de incluir en su contrato a cualquier dependiente directo elegible, mediante el

pago de la prima adicional correspondiente. Además, podrá incluir en su contrato cualquier dependiente opcional según lo define, si paga la prima adicional correspondiente. La inclusión de los dependientes sólo podrá hacerse al momento de adquirir la cubierta en la fecha de renovación de la cubierta, salvo lo dispuesto en la Sección "Cambios Durante el Año", o por cualquier otra disposición de ley.

25. **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 15, el contrato Familiar estará compuesto por dependientes directos, según define el inciso 34, de esta sección.

c. El suscriptor principal podrá incluir, además, en su contrato Familiar o Individual a cualquier dependiente opcional, según lo define el inciso 35, 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.

26. **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.

27. **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.

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

a. Un plan médico, ya sea grupal o individual;

b. La Parte A o la Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare);

c. El Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid), aparte de la cubierta que consiste solamente de beneficios en el Artículo 1928 (el programa para la distribución de vacunas pediátricas);

d. El Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estados Unidos (cuidado médico y dental para los miembros y algunos exmiembros de la uniformada, y para sus dependientes. Para propósitos del Título 10 U.S.C. Capítulo 55, "la uniformada" significa las Fuerzas Armadas y el Cuerpo Comisionado de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica y del Servicio Público de Salud);

e. Un fondo común de riesgos de salud estatal;

f. Un plan médico ofrecido bajo el Capítulo 89 del Título 5 del Código de Estados Unidos (Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales —FEHBP, por sus siglas en inglés—);

g. Un plan médico público que, para propósitos de este Capítulo, significa un plan establecido o mantenido por un estado, el Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero o alguna subdivisión política de un estado, del Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero que provea cubierta a las personas afiliadas en el plan;

h. Un plan médico según descrito en el Artículo 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz, 22 U.S.C. 2504(e); o

i. El Título XXI de la Ley del Seguro Social (Programa de Seguro de Salud para Niños, conocido como Children's Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés).

No se contará un periodo de cubierta acreditable con respecto a la suscripción de un individuo 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.

29. **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.

30. **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.

31. **CUIDADO MEDICO:** Significa:

a. El diagnóstico, alivio, tratamiento o prevención de enfermedades;

b. Transporte esencial para recibir el cuidado médico indicado en el inciso (a) y principalmente para dicho propósito.

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

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

34. **DEPENDIENTE O DEPENDIENTE DIRECTO:** 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 promulgados 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 haya sido adjudicada al suscriptor principal, (abuelos u otros familiares participantes);

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.

35. **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.

36. **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).

37. **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.

38. **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.

39. **EMPLEADO:** Empleado residente de Puerto Rico que trabaja a tiempo completo treinta (30) horas o más, o a tiempo parcial al menos diecisiete puntos cinco (17.5) horas por semana regular de trabajo, para un patrono en una relación de buena fe de patrono empleado que no se establece con el propósito de comprar un plan médico.

40. **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.

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

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

a. 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;
b. 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);
c. Revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos conforme a la Ley Federal de Seguro Social;
d. Los compendios normativos en inglés:
    i. "The American Hospital Formulary Service-Drug Information"
    ii. "Drug Facts and Comparisons®"
    iii. "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics" y
    iv. "The United Pharmacopoeia-Drug Information";
e. 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:
    i. La agencia federal "Agency for Health Care Research and Quality";
    ii. Los Institutos Nacionales de Salud";
    iii. El Instituto Nacional del Cáncer;
    iv. La "National Academy of Sciences";
    v. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);
    vi. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA);
    vii. Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo pro'posito sea evaluar la eficacia de los servicios de cuidado de la salud o
f. Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los apartados (a) a la (e) precedente.

43. **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.

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

45. **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.

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

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. **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.

50. **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.

51. **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.

52. **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.

53. **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.

54. **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.

55. **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 rehabilitción y otros tipos de terapia.

56. **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.

57. **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.

58. **LEY COBRA:** Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria. Es una ley federal creada en 1985 que les permite a los empleados continuar con la cobertura de seguro de salud, por un período limitado, en caso de pérdida del trabajo o cualquier otro evento calificado. Se require que los empleadores que no estén dentro del gobierno federal y cuenten con más de 20 empleados ofrezcan la cobertura COBRA a los empleados que califican.

59. **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.

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

a. Intentar causar o causar, de manera intencional o negligente, daño corporal, daño físico, angustia mental grave, trauma psicológico, ultraje, agresión sexual o relaciones sexuales involuntarias;

b. Llevar a cabo, a sabiendas, una conducta de persecución en contra de la víctima, lo que incluye perseguirla, sin la debida autorización, en circunstancias que la víctima pudiera entender razonablemente que su integridad física peligra;

c. Restringir la libertad de la víctima; o

d. Causar, a sabiendas o de manera negligente, daños a la propiedad con el objetivo de intimidar o controlar el comportamiento de la víctima.

61. **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.

62. **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.

63. **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.

64. **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.

65. **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.

66. **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, drogas biotecnológicas y productos biológicos.

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

68. **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.

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

70. **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.

71. **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.

72. **MI SALUD:** significa el Plan de Salud Gubernamental de la Administración de Seguros de Salud establecido al amparo de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico".

73. **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:

a. Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica a la luz de los medios modernos de la comunicación y enseñanza;

b. Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;

c. 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;

d. Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y

e. 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.

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

75. **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.

76. **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.

77. **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.

78. **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 Serguros de Puerto Rico no serán consideradas como una organización de servicios de salud para propósitos de ese Código. Ryder Health Plan Inc. es la Organización de Servicios de Salud para efectos de este plan médico.

79. **OXIGENACION HIPERBARICA O CAMARA HIPERBARICA:** 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.

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

81. **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) dias.

82. **PERIODO DE SUSCRIPCION:** significa el periodo de tiempo en el año en que los individuos pueden suscribirse a un plan médico. Este periodo debe vencer antes de que la cubierta del plan médico entre en vigor y durante el cual no se requiere que el plan médico provea los beneficios.

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

84. **PERSONA CUBIERTA O SUSCRIPTOR:** significa el tenedor de una cubierta o certificado, suscriptor, u otra persona que participe de los beneficios de un plan médico, y que:

a. Esta cubierto por un plan médico individual; y

b. Ha pagado una prima para sí mismo o sus dependientes, de tener alguno, quienes también están cubiertos por el plan médico individua, y que es responsable por el pago continuado de las primas según los términos del plan médico individual.

85. **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:

a. Suscriptor;

b. Suscriptor, cónyuge y sus hijos;

c. Suscriptor y cónyuge;

d. Suscriptor e hijos; o

e. Hijo solo;

f. Suscriptor y cohabitante

86. **PERSONA ELEGIBLE SEGÚN LAS LEYES FEDERALES:**

a. Una persona:

(1) 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.

(2) Haya tenido una cubierta acreditable.

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

(4) 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.

(5) 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.

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

88. **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.

89. **PLAN MEDICO:** significa un contrato, certificado, o contrato de suscripción con una organización de servicios de salud u organización de servicios de salud, provista en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una

base prepagada, mediante el cual la organización de servicios de salud, se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.

90. **PLAN MEDICO GRUPAL:** significa un plan médico de bienestar para empleados según se define en la Sección 3(1) de la Ley de Seguridad de Ingresos en el Retiro (ERISA, por sus siglas en inglés) de 1974, según enmendada, en tanto y en cuanto el plan provee cuidado médico e incluye artículos y servicios que se paguen por concepto de cuidado médico a los empleados o sus dependientes según se define en los términos del plan directamente o por medio de un contrato, indemnización u otros medios.

91. **PLAN MEDICO INDIVIDUAL:** significa:

a. Plan adquirido por un individuo para sí mismo y/o para su familia, incluyendo los planes médicos para los estudiantes. Un plan médico que no sea una cubierta convertida, no sea parte de un plan médico patronal, ni un plan o certificado de cubierta de un plan médico de una asociación bona fide para los individuos y sus dependientes; y

b. Un certificado emitido a un suscriptor como evidencia de cubierta por un contrato emitido a un fideicomiso o asociación o grupo similar de personas, independientemente de las circunstancias y sitio en que se entrega el contrato, siempre y cuando el suscriptor pague la prima y no esté cubierto por el contrato conforme a las disposiciones de continuación de cubiertas y beneficios aplicables según las leyes federales o estatales.

92. **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.

93. **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.

94. **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.

95. **PRIMA:** significa la cantidad específica de dinero pagada a una organización de servicios de salud como condición para recibir los beneficios de un plan médico, lo cual incluye las cuotas u otras aportaciones asociadas con el plan médico.

96. **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.

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

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

98. **PROFESIONAL DE LA SALUD:** 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. según el artículo 1(n) de la Ley 79 del 30 de diciembre de 2021.

99. **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.

100. **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 slud 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.

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

102. **"POS O "POINT OF SERVICE":** 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. Este modelo combina la flexibilidad de acceso sin referidos del modelo PPO con los bajos costos del modelo HMO.

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

a. La disponibilidad, 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;

b. El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de salud; o

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

104. **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.

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

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

107. **REPRESENTANTE PERSONAL:** significa:

a. 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;

b. Una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona cubierta o suscriptor;

c. 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;

d. 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

e. En el caso de una solicitud de cuidado urgente, un profesional de la salud que tenga conocimiento sobre la condición médica de la persona cubierta o suscriptor.

108. **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.

a. Restricción de dosis no incluye:

1) 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

2) 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.

109. **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.

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

111. **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.

112. **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.

113. **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.

114. **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.

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

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

117. **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.

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

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

120. **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.

121. **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.

122. **SICOLOGOS 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.

123. **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.

124. **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.

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

126. **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".

127. **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.

128. **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.

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

130. **TERAPIA CIBERNETICA:** 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.

131. **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.

132. **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.

133. **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.

134. **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.

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

PARTE II. ELEGIBILIDAD GRUPAL

La suscripción de grupos grandes está definida por la cantidad de empleados y los días laborables del año natural anterior a la fecha de la solicitud de plan médico. Aquellas empresas que hayan empleado el cincuenta y un (51) empleados elegibles o más durante al menos el cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año natural anterior.

En el caso de compañías afiliadas o aquellas que son elegibles a presentar una planilla de ingresos en conjunto para propósitos de contribución en Puerto Rico, podrán considerarse como un único patrono. Una vez emitida la cubierta médica, se evaluará anualmente el tamaño de la compañía para propósitos de determinar continuidad de elegibilidad.

Elegibilidad del Empleado

Serán elegibles a recibir cubierta de plan médico, todos los empleados que la compañía determine como elegibles para recibir beneficios de plan médico. Todo servicio o tratamiento médico-hospitalario que reciba el paciente será pagado hasta el último mes en el que se recibieron los pagos correspondientes:

a. Se ofrecerá cubierta médica a todos los empleados elegibles para un patrono y sus dependientes, no se limitará el plan médico únicamente a determinados empleados elegibles o dependientes del grupo;
b. no se establecerán normas de elegibilidad o de renovación en las cuales se discrimine por razón de un factor relacionado con la salud del suscriptor o de un dependiente;
c. no se establecerán restricción alguna en cuanto a la suscripción o participación en el plan de los empleados elegibles o sus dependientes que se relacione con la condición de salud de estos.

RHP no denegará, excluirá o limitará beneficios a las personas por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad de la persona, conforme al artículo 2.050 (I) del Código de Seguros de Salud Puerto Rico.

Fecha de Cubierta

Los empleados elegibles y sus dependientes gozaran de los beneficios de plan médico a la fecha de este contrato. La solicitud de ingreso grupal será suministrada a RHP a través del funcionario a cargo del personal del patrono. Luego de esta fecha, el empleado no podrá ingresar al plan hasta la próxima fecha de renovación. RHP podrá verificar la elegibilidad del solicitante para garantizar que se cumplan los requisitos necesarios para obtener los beneficios que provee este contrato.

En el caso de los empleados que advienen al beneficio de plan médico por primera vez, luego de la fecha de efectividad de este contrato, la solicitud de ingreso deberá venir acompañada de un documento que certifique fecha de elegibilidad del empleado. El plan médico será efectivo el día primero del siguiente mes en aquel que se haga la solicitud. El empleado tiene treinta (30) días a partir de la fecha en que es elegible al beneficio del plan médico para solicitar el mismo, pasado ese término, podrá solicitar ingreso al plan médico en la próxima fecha de renovación del contrato. Las solicitudes que sea recibidas en o antes del día 15 del mes, serán efectivas el primero día del próximo mes.

La solicitud deberá acompañarse con una certificación que acredite tal fecha de elegibilidad del empleado (la fecha de empleo o la fecha en la que hizo elegible al beneficio de plan médico). De no solicitarse la cubierta, el empleado podrá solicitar ingreso en la próxima fecha de renovación de la cubierta o si se presenta un evento de suscripción especial.

El costo de la cubierta médica es compartido entre el empleado y el patrono. Siendo el patrono el que paga la mayor porción del costo total del plan médico. El empleado paga la porción del costo de su cubierta, la de su cónyuge y/o la cubierta de dependientes directos cubiertos a través de deducciones del salario neto. El costo de la cubierta depende del nivel de cubierta seleccionado y será indicado en la Solicitud Grupal.

Cambios Durante el Año

Si el suscriptor es elegible para cualquier cambio en la cubierta y si la información requerida para efectuar el cambio es recibida dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la fecha en que es elegible para dicho cambio (o dentro del término de tiempo indicado abajo), el cambio realizado será efectivo a la fecha en que es elegible.

Los cambios son los siguiente:

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.

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:

a. 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;
b. 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
c. 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 preexistentes.

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.

Hijos dependientes directos (según definidos), cuando el hijo(a) cumpla veintiséis (26) años de edad. Dependientes directos que cumplan veintiséis (26) años de edad perderán su elegibilidad como dependientes según establecido por PPACA. Este cambio será efectivo el día de su cumpleaños número veintiséis (26). El dependiente tendrá como alternativas inscribirse bajo Ley COBRA o adquirir su propia cubierta individual mediante el privilegio de conversión o adquirir un plan médico patronal.

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.

Terminación de Cubierta

El plan médico termina el último día del mes en que ocurre los siguientes:

1. termina el empleo por retiro o incapacidad, el suscriptor deberá contactar al representante del Departamento de Recursos Humanos de su patrono;
2. el empleado ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del plan;
3. no se hace una contribución requerida al momento de su vencimiento y conforme a lo estipulado en la sección "Periodo de Gracia" de esta póliza;
4. el plan termina.

REQUISITOS DE NOTIFICACION

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

a. Si para proveer cubierta a un niño recién nacido, se requiere el pago de una prima. La persona cubierta notificará a RHP del nacimiento del niño y proporcionará el pago de la prima requerida a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento.
b. Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, RHP 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 emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.
c. Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima específica, RHP 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 no proporciona dicha notificación.

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:

a. 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.

b. 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.

PARTE III. CUBIERTAS

A continuación, las opciones de cubiertas que ofrece RHP para el mercado de Grupo Grande:

- **Cubierta Básica**: Cubierta Médico-Hospitalaria
- **Farmacia**: Cubierta de Farmacia
- **Salud Oral**: Cubierta Dental
- **Cubierta Visión**: Cubierta Visual

PARTE IV – COMO OBTENER LOS SERVICIOS

Su cubierta está diseñada para proveerle libre selección a médicos, hospitales, laboratorios y especialistas, a través de la Red POS. El "Point of Service" o POS, 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.

Este modelo combina la flexibilidad de acceso sin referidos del modelo PPO con los bajos costos del modelo HMO. En este modelo usted no necesita referido de un médico personal para acceder los servicios de otros médicos especialistas y subespecialistas dentro de la Red POS. Usted tiene acceso directo y con libre selección, tanto a su médico personal como a su especialista o subespecialista y otros proveedores dentro de la red. Los copagos y coaseguros dentro de la red de proveedores en Red Ryder (servicios brindados dentro de las facilidades del Hospital Ryder Memorial, Inc.) son más bajos que aquellos en la red de proveedores identificados como Red Regular (servicios brindados fuera de las facilidades del Hospital Ryder Memorial, Inc.).

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.

En este documento se detallan los derechos y obligaciones que como suscriptor o persona cubierta le asisten. Es de vital importancia que usted la lea detalladamente.

El costo de la prima de su cubierta medica puede ser contributario lo que significa que el pago de primas puede que sea compartido entre usted y su patrono. La información relacionada a las primas y a cualquier porción de los costos

de primas que el suscriptor tenga que pagar está disponible a través de la oficina de Recursos Humanos de la compañía para la cual usted labora. También está disponible en nuestras oficinas para su conveniencia.

Es su responsabilidad velar porque el pago de la prima de su plan médico este al día. Manténgase informado sobre el pago de estas por parte de su patrono y del descuento de nómina que pueda aplicarle a usted. Si como empleado se acoge a una licencia sin sueldo, asegúrese que su patrono y/o usted hagan las aportaciones que correspondan para evitar la cancelación de la cubierta por falta de pago.

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.

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.

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 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 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. En la página web www.planryder.com encontrara el Directorio de Proveedores Plan Ryder donde están los proveedores que están activos en el plan médico.

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:

1) 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.

2) 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 361 Calle Calaf, PO Box 195415, San Juan, PR 00919 o visitando las oficinas de la OCS en Edificio World Plaza, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918.

PROCEDIMIENTOS DE TRAMITE DE PREAUTORIZACIÓN

Admisiones electivas, cirugía electiva y/o procedimientos que comúnmente se realizan en facilidades ambulatorias, pero requieren que se realicen en un hospital, requerirán 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 expondría 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.

A. HOSPITALIZACIÓN

Servicios de Hospitalización en el Hospital Ryder. Hospitalizaciones para servicios o procedimientos que sean realizados como hospitalización o ambulatorio. Excluye servicios para comodidad personal y / o 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. Hospitalizaciones por condiciones mentales Total y Parcial: Sin límite en acuerdo con el "Mental Health Parity Act". Incluye detox y tratamiento residencial.

3. Hospitalización por desorden de abuso de sustancias - Sin límite en acuerdo con el "Mental Health Parity Act". Parciales son incluidos: 2 días de hospitalizaciones parciales equivale a 1 día regular. Incluye detox y tratamiento residencial. Requiere pre-autorización.

4. Radioterapia, Cobalto y Quimioterapias en todas sus modalidades (inyectables, oral, intratecale, intravenoso). Cubierto, sin límites.

5. Servicio pre-natal y post-natal en las clínicas de maternidad, servicios de parto incluyendo todos los servicios necesarios de hospitalización. Cubierto al suscriptor principal, a su cónyuge y/o cohabitante, e hijas dependientes. 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.

6. Alimentos, incluso dietas especiales provistas por el hospital

7. Hiperalimentación

8. Sala de recuperación y servicio general de enfermería

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

10. Administración de anestesia

11. Servicio de laboratorio clínico, producción de electrocardiogramas, producción de estudios radiológicos.

12. Servicios de terapia física y rehabilitación

13. Servicios de terapia respiratoria

14. 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.

15. 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). Requiere pre-autorización.

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

17. Facilidades para diálisis y hemodiálisis

18. Sangre para Transfusiones

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

20. Procedimiento de litotricia (ESWL) cubierto, sin límites. Requiere pre-autorización.

21. Oxígeno y Material de Curaciones

B. SERVICIOS MÉDICO – QUIRÚRGICOS

Servicios de Hospitalización. Incluye los siguientes servicios médicos y quirúrgicos, mientras se encuentre recluido en el Hospital (cubierto, sin límites):

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

2. Consultas de especialistas – cubierto, sin límite.

3. Servicios de Esterilización cubierto para hombres (requiere pre-autorización) y mujeres, sin límites.

4. Diálisis y hemodiálisis. Requiere pre-autorización

5. Radioterapia, Cobalto y Quimioterapia en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecale, intravenoso). Cubierto, sin límites. Requiere pre-autorización.

6. Trasplantes de piel, hueso y cornea. Requiere pre-autorización

7. Endoscopias gastrointestinales – cubierto, sin límite. Requiere pre-autorización.

8. Pruebas cardiovasculares invasivas, no invasivas, procedimientos y pruebas. Electromiogramas.

9. Cirugía “Orthognatic”.

10. Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal, conforme lo requiere la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.

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

12. Cirugía Bariátrica. Una por vida. Requiere pre-autorización.

13. Procedimiento de litotricia (ESWL) cubierto, sin límites. Requiere pre-autorización.

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

C. SERVICIOS AMBULATORIOS

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

1. Visita inicial de cuidado para tratamiento de lesión o enfermedad, cubierto, sin límites.

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

3. Visitas a siquiatra.

4. Terapias de Grupo

5. Visitas Colaterales

6. Visitas a Quiroprácticos

7. Audiólogo, Podiatra, Sicólogo y Optómetra.

8. Cirugías y centros de cirugía ambulatorias – servicios brindados en oficinas médicas, no están cubiertos. Requiere pre-autorización

9. Rayos-X, laboratorios clínicos – Sin límite. La reproducción de los rayos-x esta cubierto. Laboratorios relacionados a problemas de infertilidad están cubiertos, siempre y cuando los mismos estén en la cubierta.

10. Imaging MRA – Cubierto. Sin límite. Requiere pre-autorización.

11. Imaging Pet & Pet/CT – uno (1) por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización.

12. Imaging MRI & CT - uno (1) por región anatómica, por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización.

13. Sonogramas – Sin límite

14. Electroencefalogramas – Sin límite

15. Pruebas cardiovasculares invasivas, no invasivas, procedimientos y pruebas. Electromiogramas. Requiere pre-autorización.

16. Pruebas de oftalmología

17. Endoscopias gastrointestinales. Requiere pre-autorización

18. Quimioterapia en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecale, intravenoso) – cubierto, sin límites. Requiere pre-autorización.

19. Radioterapia y cobalto – Cubierto, sin límite. Requiere pre-autorización.

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, 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.

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.

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

21. Servicios de Rehabilitación Ambulatoria. Requiere pre-autorización.

22. Servicios de Habilitación. Requiere pre-autorización.

23. Servicios de Nutricionista.

24. Terapia respiratoria.

25. Pruebas de alergia.

26. Inyecciones intrarticulares.

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

28. Criocirugía del cuello uterino. Requiere pre-autorización.

29. 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 a 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 a la edad del suscriptor. Ver Sección de Servicios Preventivos Cubiertos por la Ley Federal ACA “Affordable Care ACT”.

30. Prueba diagnosticas de polisomnografía (estudio del sueño). Requiere pre-autorización

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

32. Perfil biofísico.

33. Prueba de medicina nuclear, cubierto, sin límite.

34. Servicios para el tratamiento de condiciones mentales – Sin límite en acuerdo con el “Mental Health Parity Act”.

35. Servicio por Desorden de Abuso de Sustancias – Sin límite en acuerdo con el “Mental Health Parity Act”.

36. Vacuna para el virus sincitial respiratorio (palivizumab). Requiere pre-autorización.

37. Prueba de timpanometría.

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

39. Equipo médico durable - Cubierto con pre-autorización de alquiler del plan o comprado u oxígeno y equipo necesario para su administración/silla de ruedas/cama de hospital. Requiere pre-autorización

40. Ventilador mecánico incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento de terapia respiratoria, terapia física y ocupacional. 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. Cubierto con pre-autorización por renta o compra, u oxígeno y equipo necesario para su administración / silla de ruedas / cama de hospital. Respirador mecánico y ventiladores están cubiertos sin límites según requerido por la Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015 y la Ley Núm. 40 del 21 de febrero de 2023, a miembros pacientes menores de veintiún (21) años de edad, postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador artificial para mantenerse con vida, se dispone que tendrán el beneficio de un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermería o de especialistas en terapia respiratoria o de técnicos(as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P), debidamente licenciados(as). 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, y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años de edad y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido veintiún (21) años de edad.

41. Cubierta para el tratamiento de Autismo (todas sus formas) – está cubierta incluye y no se limita a: genética, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas, e incluye las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente. 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.

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.

42. Preparado de Aminoacidos 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. El suscriptor será responsable de pagar el copago o coaseguro establecido para este servicio. Requiere pre-autorización

43. Servicios de cuidado en el hogar –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 él / ella fue admitido. Requiere pre-autorización

44. Servicios Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility) – 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. Mínimo de ciento veinte (120) días. Requiere pre-autorización.

45. Cuidado rutinario de los pies. Cubierto. Sin límite.

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

47. Examen rutinario de la vista para niños. Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un par por año contrato, 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.

48. Ambulancia aérea – según los Protocolos de Servicio – sin límites. Cubierta de ambulancia fuera del área no está cubierto. Requiere pre-autorización.

49. Nerve conduction velocity test. Requiere pre-autorización

50. Diálisis y Hemodiálisis – 90 días. Servicios relacionados a cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, y servicios para cualquier complicación que pueda ocurrir y su hospital correspondiente o servicios médico quirúrgico, 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. Requiere pre-autorización.

51. Reconstrucción de seno – Se proveerá cubierta para el pago de estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías (incluyendo a hombres), cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente. Requiere pre-autorización.

52. 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. Requiere pre-autorización.

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. Requiere pre-autorización.

53. 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, 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. Requiere pre-autorización.

54. Telemedicina – 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. 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.

55. 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".

56. Telemedicina – RHP deberá cubrir los servicios prestados por médicos autorizados para la práctica médica por medio de equipos de telemedicina en Puerto Rico. Para esto, 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.

57. 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.

58. 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.

59. 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. Según requerido por la Ley Núm. 67 del 12 de junio de 2023 conocida como "Ley para el Cernimiento y Diagnóstico de la Hepatitis C en Puerto Rico".

D. SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA

Se proveerán beneficios de servicios de emergencia, 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. 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 dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la contratada con los proveedores a su vez contratados por la entidad 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 la Sala de Emergencia del Hospital Ryder.

E. 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

F. 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. 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. 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. Requiere pre-autorización.

G. 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. Aplica 40% coaseguro.

Estarán cubiertos basados en un cargo usual y acostumbradas de la zona geográfica donde se ofreció el servicio. Aplica coaseguro.

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. Requiere pre-autorización.

H. 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 caso.

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.
4. Envié la reclamación a RHP con el informe médico de la emergencia, que incluya el diagnostico.
5. La factura por ese servicio indica el lugar donde se recogió al suscriptor, y su destino.

I. 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 ($1,200.00), 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= especializado marca no preferido y biotecnologico). 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.

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.
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.

(2) 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. En el caso de medicamentos controlados este término no deberá exceder de las veinticuatro (24) horas.

(3) (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:

(4) 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

(5) 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:

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

2. 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.

    a. Medicamentos para diabetes
    b. Medicamentos para asma
    c. Vitaminas prenatales para las personas con cubierta de maternidad
    d. Medicamentos para Parkinson
    e. Vasodilatadores
    f. Anticonvulsivos
    g. Medicamentos para el tratamiento de condición de tiroides
    h. Nitroglicerina
    i. 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.

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.

J. 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.

Servicios dentales de rutina para adultos y niños – Examen dental (inicial, periódicos y de emergencia) y dos (2) limpiezas por contrato (cada seis meses), radiografías (bitewings y peripicals) no más de un par cada tres (3) años. Ortodoncia, Periodoncia, Endodoncia, y Servicios de Prótesis Dentales no están cubiertos.

Aplicaciones de floruro cubiertas a suscriptores menores de 19 años. Root canal solo para dientes anterior y posterior.

Extracciones sencillas con anestesia local, obturaciones (empastaduras) y mantenedores de espacio.

Limitaciones Cubierta Dental

1. Las radiografías periapicales y de mordida 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:

1. el diagnóstico del paciente;

2. la condición médica del paciente, y

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

PARTE IV - 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". Parciales estan incluidos (2 días de hospitalización parcial equivale a 1 día regular). No se aceptan las limitaciones que indiquen que estos servicios deben recibirse o coordinarse a través de una compañía o programa específico.

   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 afiliado en cualquier tratamiento relacionado con un resultado positivo en el programa de detención de drogas del empleador, él / ella es elegible para el tratamiento bajo contrato.

2. Servicio 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 de los afiliados en cualquier tratamiento relacionado con un resultado positivo en el programa de detención de drogas del empleador, él/ella es elegible para el tratamiento bajo el 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 de las complicaciones relacionadas a estas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de:

   a) la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez a esta cubierta; o
   b) la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.

   Esta limitación aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.

4. Imaging Pet & Pet/CT – 1 por año contrato por suscriptor.

5. Imaging MRI & CT - 1 por región anatómica por suscriptor por año contrato

6. Las pruebas de alergia están cubiertas hasta cincuenta (50) pruebas por año cubierta, por suscriptor. La vacuna no está cubierta.

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

8. Cuidado Quiropráctico (20 terapias físicas o manipulaciones combinadas por año, por suscriptor). Requiere pre-autorización.

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. Requiere pre-autorización.

11. Pruebas cardiovasculares invasivas no invasivas, procedimientos y pruebas, electromiogramas cubiertos hasta 2 procedimientos por año, por suscriptor.

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 – 20 terapias físicas o manipulaciones cubiertas combinadas por año contrato, por suscriptor. Servicios no cubiertos incluyen terapias ocupacionales, de habla y lenguaje, (Terapia Ocupacional y del Habla estarán cubiertos para condiciones de Autismo de acuerdo a

la ley núm. 220 de 2012) prótesis e implantes. Ortopédicos y artefactos orthotic, rehabilitación cardiovascular. Servicios limitados a terapias físicas, excepto aquellos cubiertos bajo el beneficio de servicios de salud en el hogar.

15. Servicios de Habilitación – 20 terapias físicas o manipulaciones cubiertas combinadas por año. Servicios limitados a terapias físicas, excepto aquellos cubiertos bajo servicios de salud en el hogar.

16. Servicios de Nutricionista – 4 visitas por año, por suscriptor. Limitado a condiciones mórbidas, renales y diabetes. $7.00 copago por visita.

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

18. Perfil biofísico hasta 1 procedimiento por embarazo. Requiere pre-autorización.

19. Prueba de timpanometría – 1 por año, por suscriptor.

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-cirugia y tratamientos de drogas immunosupresores. Requiere pre-autorización.

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

PARTE V - 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. 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 tendrán ningún costo.
3. Cernimiento de depresión en adultos - La USPSTF recomienda la detección de la depresión en la población adulta en general, incluidas las mujeres embarazadas y en período de posparto. El cernido debe implementarse con sistemas adecuados para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.
4. Prevención de caídas en adultos mayores – USPSTF recomienda intervenciones con ejercicios para prevenir caídas en adultos de 65 años o más que viven en la comunidad y que tienen un mayor riesgo de sufrir caídas.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Examen de presión arterial alta - Pruebas de cernimiento de presión arterial alta en adultos (18) años o más. La USPSTF recomienda obtener mediciones fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
9. Profilaxis previa a la exposición al VIH para la prevención de la infección por el VIH: el USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral efectiva a las personas con alto riesgo de contraer el VIH.
10. HIV – cernimiento médico para infección de HIV en adolecentes y adultos entre las edades de 15 a 65 años. Adolescentes menores y adultos mayores que sean de alto riesgo también serán cubiertos, según la Ley 349 del 1 de septiembre de 2000. Según lo exige la Ley 45-2016 sobre la prueba del VIH un año como parte de los estudios de rutina para cualquier evaluación médica, excepto para las mujeres embarazadas a las que se aplican los requisitos del USPSTF.
11. Vacunas – Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu Shot), Measles, Mumps, Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Tetanus, Diphteria, Pertussin, Varicella, incluyendo refuerzos "Catch ups". Vacuna COVID-19 como parte de las inmunizaciones preventivas para adolescentes mayores de 16 años y adultos.
12. 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.
13. Obesidad – cernimiento para adultos con un índice de masa corporal de 30 kg/m2 o más.
14. 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 derivar a los pacientes con prediabetes a intervenciones preventivas efectivas.
15. Infecciones de Transmisión Sexual – El USPSTF recomienda apoyo de alta intensidad de conducta para prevenir infecciones de transmisión sexual (STIs) para todo adolecente activo sexualmente y para adultos en alto riesgo de STIs.
16. Uso de estatinas - El USPSTF recomienda que los médicos prescriban una estatina para la prevención primaria de ECV para adultos de 40 a 75 años que tienen 1 o más factores de riesgo de

ECV (es decir, dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo) y un riesgo estimado de 10 años de enfermedad cardiovascular. evento del 10% o mayor.

17. 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.
18. Dejar 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.
19. Detección de infección latente de tuberculosis: adultos: el USPSTF recomienda la detección de infección latente de tuberculosis en poblaciones con mayor riesgo.
20. 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.
21. Consumos no saludables de drogas: adultos - La USPSTF recomienda la detección haciendo preguntas sobre el uso de drogas no saludables en adultos. 18 años o más. El cribado debe implementarse cuando los servicios para un diagnóstico preciso, se puede ofrecer o remitir un tratamiento eficaz y una atención adecuada. (El cribado 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 referencia, para mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años, mamografía de detección para mujeres, con o sin examen clínico de mama, cada 1 a 2 años para mujeres de 40 años en adelante. El USPSTF recomienda la mamografía de detección bienal para mujeres de 50 a 74 años.
5. Lactancia materna: apoyo integral de lactancia y asesoramiento, por parte de un proveedor capacitado durante el embarazo y / o en el período de posparto, y cuesta el acceso a los equipos y suministros de lactancia, junto con cada parto. El USPSTF recomienda brindar intervención durante el embarazo y después del nacimiento para apoyar la lactancia. No se aplican límites monetarios. Los equipos y suministros de lactancia no se pueden proporcionar a través del reembolso o en la cobertura opcional de gastos médicos mayores.

6. 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 (análisis).
7. Infección por Clamidia – cernimiento de la infección por clamidia en todas las mujeres embarazadas de 24 años o menos y en mujeres embarazadas mayores que corren un mayor riesgo. Cernimiento de infección por clamidia en todas las mujeres jóvenes sexualmente activas, no embarazadas, de 24 años o menos, y en mujeres mayores no embarazadas que corren un mayor riesgo.
8. Anticonceptivos - Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento para pacientes para todas las mujeres con capacidad reproductiva según lo prescrito. Se cubre la inserción de cualquier dispositivo y la extracción de métodos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos no se pueden proporcionar mediante reembolso. El Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, ni la ley federal aplicable establecieron diferencias en los niveles de anticonceptivos. Si el formulario incluye el anticonceptivo, no se puede aplicar ningún costo compartido independientemente del nivel específico.
9. 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 cernimiento conductual destinadas a promover un aumento de peso saludable y prevenir el aumento de peso gestacional excesivo durante el embarazo.
10. Violencia de pareja íntima, abuso de ancianos y abuso de adultos vulnerables: Cernimiento: mujeres en edad reproductiva - La USPSTF recomienda que los médicos realicen pruebas de cernimiento de violencia de pareja íntima (VPI) en mujeres en edad reproductiva y proporcionen o remitan a las mujeres con pruebas positivas a servicios de apoyo continuos.
11. Ácido Fólico – El USPSTF recomienda que toda mujer en planificación o capaz de embarazo tome un suplemento diario conteniendo 0.4 a 0.8 mg (400 a 800pg) de ácido fólico.
12. 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.
13. Examen de cernimiento de gonorrea - La USPSTF recomienda el cernimiento de gonorrea en mujeres sexualmente activas (24) años o menos y en mujeres mayores que tienen un mayor riesgo de infección.
14. Hepatitis B – cernimiento en mujeres embarazadas, en su primera visita prenatal.
15. Human Immunodeficiency Virus (HIV) – cernimiento en todas las personas embarazadas. Por el Departamento de Salud es mandatorio ofrecer a toda persona embarazada las siguientes pruebas:
    a. Una primera prueba del HIV durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal, y
    b. Una segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y las 34 semanas de embarazo), según la Ley 45 del 16 de mayo de 2016.
16. 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.

17. 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
18. Examen de cernimiento de osteoporosis: mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con mayor riesgo de osteoporosis - La USPSTF recomienda el cernimiento de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de 65 años que tienen un mayor riesgo de osteoporosis, según lo determinado por una herramienta formal de evaluación de riesgos clínicos.
19. Detección de osteoporosis: mujeres de 65 años o más: El USPSTF recomienda la detección de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres de 65 años o más.
20. Depresión perinatal: asesoramiento e intervención - El USPSTF recomienda que los médicos proporcionen o remitan a las personas embarazadas y en período de posparto que tienen un mayor riesgo de depresión perinatal a intervenciones de asesoramiento.
21. Prevención de la preeclampsia: aspirina - La USPSTF recomienda el uso de aspirina en dosis bajas (81 mg / d) como medicamento preventivo después de (12) semanas de gestación en mujeres con alto riesgo de preeclampsia.
22. Examen de preeclampsia - La USPSTF recomienda el cernimiento de preeclampsia en mujeres embarazadas con mediciones de presión arterial en todo
23. Incompatibilidad Rh (D): El USPSTF recomienda encarecidamente el tipaje sanguíneo de Rh (D) y las pruebas de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita para la atención relacionada con el embarazo. Además, el USPSTF recomienda pruebas repetidas de anticuerpos contra Rh (D) para todas las mujeres negativas a Rh (D) no sensibilizadas a las 24 - 28 semanas de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) negativo.
24. 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 laguna de reconocimiento en la práctica clínica y los múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar la detección de mujeres que no han sido examinadas recientemente.
25. 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 de el 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.

26. Detección de sífilis: mujeres embarazadas: El USPSTF recomienda la detección temprana de la infección por sífilis en todas las mujeres embarazadas.
27. 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.
28. 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.
29. Visitas de mujer sana - 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.

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. 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 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 años, una vez entre 15 y 17 años, y una vez entre 18 y 21 años.
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 – cernimiento para todos los niños.
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. Examen de detección de hipotiroidismo: recién nacidos.
19. Inmunización - Vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años, dosis, edades recomendadas y recomendaciones: difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenza tipo b, hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano, poliovirus inactivado, influenza (vacuna contra la influenza), Sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumococo, rotavirus, varicela. Cubiertas las actualizaciones. Vacuna contra el VPH a partir de los (9) años para niños y jóvenes con antecedentes de abuso o agresión sexual que no hayan iniciado o completado la serie de (3) dosis (recomendación del ACIP). Vacuna COVID-19 como parte de las inmunizaciones preventivas para adolescentes mayores de 16 años y adultos, de acuerdo con el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP), de los Centros de Enfermedades. Control y Prevención (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 tienen confirmación de laboratorio de infección previa por dengue: serie de 3 dosis administrada a los 0 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).
20. Detección de plomo-Para niños en riesgo de exposición al plomo.
21. Depresión materna - Pruebas de cernimiento para madres de bebés en las visitas de 1, 2, 4 y 6 meses
22. Historial médico: para todos los niños durante el desarrollo Edades: de 0 a 21 años.
23. Obesidad en niños y adolescentes: el USPSTF recomienda que los médicos evalúen la obesidad en niños y adolescentes de 6 años en adelante y los ofrezcan o remitan a intervenciones integrales e intensivas de conducta para promover mejoras en el estado del peso.
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.
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 coherente 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.

PARTE VI - 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. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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. Servicios para tratamientos para la infertilidad, 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.

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

10. 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.

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

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

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

14. Gastos por inmunoterapia para alergias.

15. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.

16. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.

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 esta 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. Servicios rendidos en una facilidad ambulatoria que puede ser realizado en la oficina médica, no está cubierto.

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

24. Servicios para el bienestar y/o servicio de custodia. Hospitalizaciones para servicios o procedimientos que se pueden realizar de forma ambulatoria, no están cubiertos.

25. 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. 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.

26. 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 veintiun (21) años que no cumplan con la Ley 177 de 13 de agosto de 2016.

27. Deformidades congénitas genéticas y deformidades congénitas metabólicas: excepto en recién nacidos, recién nacidos recién adoptados o recién nacidos recién colocados para adopción.

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

29. Gastos por servicios de “multiphasic screenings”

30. Trasplante de embrión.

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

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

33. Terapia cardiaca rehabilitativa.

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

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

36. Gastos relacionados para material de Cirugía “Orthognatic”. Requiere pre-autorización.

37. Aparatos ortopédicos u ortóticos, marcapasos (con o sin desfibrilador), desfibrilador, válvulas, STENT’s, todo tipo de prótesis y/o incluyendo, pero no limitado a implantes de impotencia (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) implante, bandejas de tornillos para cirugías neurológicas.

38. 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, 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 temporamandibular, excision de granulomas o quistes radicular originados por infección en la pulpa dental, servicios para corregir la dimensión vertical o occlusion, remoción de exostosis (mandibular y maxiliar).

39. 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 qu amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En este caso, el Plan 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.

40. Todo servicio que no haya sido preautorizado y que requiera pre-autorización según descrito en los beneficios de esta póliza.

41. Servicios en Estados Unidos, excepto emergencias o aquellos servicios que no estén disponibles en Puerto Rico. Los servicios no disponibles en Puerto Rico requieren ser preautorizados.

PARTE VII - DISPOSICIONES GENERALES

1. **ACCIONES CIVILES:** No se entablará ninguna acción civil para reclamar cualesquiera derechos del suscriptor bajo esta cubierta, antes de transcurrir sesenta (60) días después de haberse suministrado prueba escrita del servicio, de acuerdo con los requisitos de esta cubierta. No se entablará ninguna acción luego de transcurridos tres (3) años desde la fecha en que se requiere se suministre prueba escrita del servicio. RHP no estará obligada a responder al suscriptor por cualquier acto u omisión, de hecho o derecho, que por la negligencia del proveedor o cualquier otra causa sea el motivo de reclamación por parte del suscriptor, y por cuyo motivo el proveedor pudiera ser responsable.

2. **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.

3. **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.

4. **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.

5. **DIVULGACION DE PROCEDIMIENTO DE REVISION 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: 361 Calle Calaf, P.O. Box 195415, San Juan, PR 00919, 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 Revision 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)".

6. **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.

7. **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.

8. **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.

9. **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.

10. **CONTRATO ÚNICO-CAMBIOS:** Esta cubierta, incluyendo los endosos y documentos anexos, si los hubiere, constituye el texto íntegro de este contrato. Ningún cambio en esta cubierta será válido hasta que sea aprobado por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico y el funcionario ejecutivo designado por la Junta de Directores de RHP, y a menos que dicha aprobación sea endosada en la presente o adherida a la misma. Ningún representante autorizado tiene autoridad para cambiar esta cubierta o renunciar a ninguna de sus disposiciones.

11. **DERECHO DE RHP A HACER AUDITORIAS:** 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.

12. **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.

13. **DERECHO DE LOS PACIENTES Y SOBREVIVIENTES DE CANCER:** 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. Tampoco se rechazará o denegará tratamiento entre los cuales se incluye hospitalización, diagnóstico y medicamentos a cualquier paciente diagnosticado con cáncer.

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

14. **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.

    Sistema Braille (ciego) 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 suscriptor principal será responsable por el pago de la prima correspondiente a la cubierta; disponiéndose, que dicha responsabilidad cubrirá toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la cubierta, conforme con la cláusula de TERMINACION. El suscriptor principal seguirá siendo responsable en su carácter personal por el pago de las primas, independientemente de cualquier arreglo que pudiera hacer con su patrono a un tercero para qua gestione o haga los pagos de primas a su favor. RHP tendrá derecho a recobrar los costos incurridos en el pago de reclamaciones por servicios prestados al suscriptor luego de la terminación del contrato de dicha persona. RHP podrá utilizar los servicios de agencias de cobro para requerir el pago de cualquier deuda que exista. Disponiéndose, además, que el deudor se obliga a pagar los costos, gastos y honorarios de abogado. así como cualquier otra cantidad o gasto adicional que incurra RHP para el cobro de la deuda. RHP se reserva el derecho de notificar en forma detallada a cualquier agencia, institución, u organismo que se dedique a investigaciones de crédito, el incumplimiento de pago por parte del suscriptor principal.

16. **TIEMPO PARA PAGO DE RECLAMACIONES:** RHP pagará las reclamaciones de acuerdo a sus tarifas o a lo acordado con el proveedor, sujeto a cualquier deducible, copago o coaseguro aplicable, siempre y cuando el servicio brindado esté expresamente incluido en la cubierta de salud del suscriptor. Se aceptarán y serán procesables para pago aquellas reclamaciones cuyos gastos incurridos por un suscriptor sean porque el Plan no cuenta con proveedores que brinden un servicio cubierto por este contrato, o porque se hubiere cancelado el contrato entre un proveedor incluido en el directorio de facilidades médico-hospitalarias.

    Toda reclamación que proceda debe ser pagada dentro de 30 días a partir de la fecha de recibida. RHP tendrá el mismo periodo de días para denegar el pago de la reclamación y devolver la misma al suscriptor con una explicación de la denegación.

17. **PERIODO DE GRACIA:** Se concede un período de gracia de 31 días para el pago de cada prima que venza después de la primera prima, período de gracia durante el cual el contrato continuará en vigor.

18. **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.

19. **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.

20. **PRUEBAS DE SERVICIO O PERDIDA:** En caso de cualquier reclamación por servicios de parte del suscriptor. deberá suministrarse a RHP prueba por escrito de dichos servicios dentro de noventa (90) días después de recibirse los mismos. El dejar de suministrar dicha prueba dentro del tiempo requerido no invalidara ni reducirá ninguna reclamación, si no fue razonablemente posible someter la prueba dentro de dicho tiempo, siempre que tal prueba se suministre tan pronto como sea razonablemente posible; y, en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un (1) año a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la prueba. El suscriptor principal consiente y autoriza a cualquier profesional o proveedor de servicios pare que le sean suministrados a RHP informes, que se mantendrán confidenciales, relacionados con el diagnóstico y los servicios suministrados a él o a cualquier dependiente suscriptor, para ser utilizados única y exclusivamente para determinar los derechos y obligaciones contraídas dentro de la cubierta.

21. **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.

22. **REINSTALACION**: Si una prima vencida no es pagada antes de que finalice el periodo de gracia, esta cubierta se cancela. Si más tarde RHP o un representante autorizado acepta el pago de la prima sin requerir una solicitud de reinstalación, esto reinstalara la cubierta. Por todo lo demás, sus derechos y los de RHP se mantienen iguales, sujeto a cualesquiera disposiciones estipuladas o adheridas a la cubierta reinstalada; sin embargo, si RHP o tal agente exige una solicitud de reinstalación y extiende un recibo condicional por la prima pagada, la cubierta quedará reinstalada al aprobarse dicha solicitud por RHP, o, a falta de tal aprobación, al cuadragésimoquinto día siguiente a la fecha de dicho recibo condicional, a menos que RHP haya previamente notificado por escrito al suscriptor la desaprobación de tal solicitud. Cualquier prima que se acepte para reinstalación, será aplicada a un periodo por el cual las primas no se han pagado; disponiéndose, que no se aplicara ninguna prima a periodo alguno mayor de sesenta (60) días antes de la fecha de reinstalación.

23. **RENOVACION DE CUBIERTA:** RHP renovará el plan médico individual al suscriptor o dependiente, a petición del suscriptor y en conformidad con la legislación y reglamento federal aplicable, conforme al Artículo 10.060, del Capítulo 10, del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

24. **TERMINACIÓN:**

a. El suscriptor principal podrá terminar esta cubierta mediante el envío de una notificación por escrito a RHP, con treinta (30) días de anticipación a la fecha de terminación, para tener efecto dicha terminación al día primero del mes siguiente, del recibo de la notificación; disponiéndose, que el suscriptor principal será responsable del pago de las primas hasta la fecha de terminación de la cubierta. La terminación no afectara a cualquier reclamación per servicios prestados con anterioridad a la fecha de terminación.

b. RHP tendrá derecho a recobrar los costes incurridos en el pago de reclamaciones por servicios prestados al suscriptor luego de la terminación del plan de salud de dicha persona. disponiéndose, que el suscriptor principal será responsable por el pago de cualquiera de las dos cantidades reclamadas por RHP.

c. En caso de la terminación de un proveedor, RHP deberá notificarle dicha terminación al suscriptor con treinta (30) días de anticipación a la fecha de terminación. El suscriptor podrá continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un periodo de transición de noventa (90)

días, contados a partir de la fecha de la terminación del plan o proveedor, sujeto al requisito de pago de prima.

d. El periodo de transición, en las circunstancias que se describen a continuación, ocurrirá de la siguiente manera:

i. Si el suscriptor se encuentra hospitalizado al momento de la terminación de la cubierta y su fecha de alta estaba programada antes de dicha terminación, el periodo de transición se extenderá desde la fecha de terminación de la cubierta hasta noventa (90) días después que el suscriptor sea dado de alta.

ii. En el caso de una suscriptora que se encuentre en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación de esta cubierta y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación de la cubierta, el periodo de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de hospitalización de la madre por razón del parte o la fecha de alta del recién nacido, de las dos la que fuere más tarde.

iii. En el caso en que el paciente sea diagnosticado por un médico participante del plan con una condición terminal antes de la fecha de terminación de la cubierta, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con dicha condición antes de dicha fecha, el periodo de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente. RHP requiere evidencia de tal diagnóstico.

iv. El periodo de cuidado de transición está sujeto al pago de la prima correspondiente y podía ser denegado o terminado si el suscriptor y/o el proveedor incurre en fraude contra el contrato, si la persona suscriptora ha realizado una falsa representación que este prohibida por RHP sobre un asunto importante y material o si deja de residir en el área de servicio, según se define en esta cubierta.

25. **AVISO DE RECLAMACION:** Deberá darse aviso por escrito de la reclamación a RHP dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido algún servicio cubierto o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible por el suscriptor, por el profesional o proveedor de servicio participante. Un aviso dado por escrito por el suscriptor, a su nombre, a RHP, en su oficina principal en Humacao, Puerto Rico.

PROCESO DE SOLICITUD DE PAGO DE RECLAMACIONES POR REEMBOLSO: Ryder Health Plan, Inc., reembolsará los gastos médicos según sus tarifas, excepto los servicios de emergencias y emergencias psiquiátricas. Será elegible para reembolso cuando no pueda recibir servicios de un proveedor participante bien porque se hubiere cancelado el contrato entre un proveedor incluido en el directorio de facilidades médico-hospitalarias, o porque el Plan no cuente con proveedores que brinden un servicio cubierto por este contrato. Al gasto incurrido por dicho servicio, se le descontará cualquier copago o coaseguro aplicable. RHP suministrará un modelo para el pago de reclamaciones en o antes de quince (15) días después recibido el aviso. De no cumplir con esta cláusula, se considerará que suscriptor ha cumplido con los requisitos de esta cubierta, en cuanto a la reclamación.

Toda solicitud de reembolso deberá venir acompañada de la siguiente información y documentos; sin estos documentos la reclamación no se dará por recibida:

- Nombre y dirección del médico que prestó el servicio.
- Recibo del pago en original.
- Copia de la autorización emitida para el servicio.
- Nombre del hospital/proveedor que prestó el servicio.
- Fecha de servicio, ingreso y alta del hospital.
- Fecha de visitas o consultas por la cual se está reclamando.

- Explicación de Beneficios en el caso de coaseguros de Medicare.
- Diagnóstico final y/o tipo de operación o procedimiento efectuado.
- Número de licencia médica del proveedor del servicio.

Una vez la reclamación sea recibida en su totalidad, será pagada en un periodo no mayor de noventa (90) días, de la fecha de recibo.

Las reclamaciones deberán entregarse personalmente o por correo a nuestra oficina ubicada en Ave. Font Martelo 353, Suite 1, Humacao, PR 00791 con teléfono (787) 852-0846.

26. **DISPONIBILIDAD DE CUBIERTA EN EL MERCADO INDIVIDUAL – PERSONAS ELEGIBLES SEGÚN LAS LEYES FEDERALES:** Si una persona que es elegible según la ley federal aplicable, y solicita cubierta de un plan médico individual dentro de los sesenta y tres (63) días de la terminación de la cubierta acreditable anterior, RHP no podrá:

a. Negarse a ofrecer un plan médico individual básico, o negarse a inscribir a la persona, ni
b. Con respecto a la cubierta, imponer ninguna exclusión por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad del suscriptor.

27. **ACTOS DE DISCRIMEN INDEBIDO POR PARTE DE LOS PLANES MEDICOS:** Constituye discrimen indebido:

a. 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
b. Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta o suscriptor.

28. **DISPOSICIONES DE ERISA**

a. Patrono o auspiciador: La compañía que auspicia la Cubierta Grupal descrita en la primera página de la Cubiertta. El número de identificación patronal asignado al patrono por el Servicio de Rentas Internases el número que aparece en la primera página de esta póliza.
b. Nombre y número de la Cubierta: Refiérase a la primera página de esta póliza. Este plan incluye las disposiciones referentes al plan médico, plan de medicamentos recetados para empleados elegibles del patrono y las divisiones y subsidiarias participantes.

El administrador del plan es el patrono que auspicia el plan. Refiérase a la primera página de este documento. El administrador de reclamaciones determina la elegibilidad para beneficios bajo el plan según el/los documento(s) oficial(es) del plan.

El administrador del plan y el administrador de reclamaciones tienen la autoridad discrecional exclusiva para:

1. analizar e interpretar las disposiciones del plan de salud;
2. tomar determinaciones basadas en hechos;
3. decidir todas las preguntas de elegibilidad para beneficios;
4. determinar la cantidad de dichos beneficios;
5. resolver asuntos que surjan de la administración, interpretación y/o aplicación del plan de salud

29. **LOS DERECHOS DEL EMPLEADO BAJO ERISA**

El empleado tiene ciertos derechos y protecciones bajo la Employee Retirement Income Security Act (ERISA) de 1974. ERISA establece que todos los participantes tienen derecho a recibir información sobre el plan y los beneficios del empleado:

- El empleado puede revisar en la oficina del administrador del plan y en otras localidades especificadas, como el lugar de trabajo, todos los documentos que rigen los planes, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos de negociaciones colectivas, y una copia del informe anual más reciente (Forma Serie 5500), si alguno, radicado por los planes en el Departamento del Trabajo federal y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Public Disclosure Room for the Employee Benefits Security Administration). No hay cargo alguno por esta revisión.
- Obtener, por medio de una solicitud por escrito al administrador del plan, copias de documentos que rigen la operación del plan, incluyendo los contratos de seguros los acuerdos de negociaciones colectivas, copias del informe anual más reciente (Forma Serie 5500) y una descripción resumida actualizada del plan.
- Recibir un resumen de los informes financieros anuales del plan, si ERISA requiere que se prepare alguno.
- Por ley, se le requiere al administrador del plan suministrarle a cada participante una copia de cualquier informe anual resumido (Summary Annual Report - SAR)

.

30. ENMIENDA A LA TERMINACIÓN DEL PLAN

El administrador del plan puede enmendar el plan para añadir o eliminar cualquier beneficio del plan, implantar contribuciones del empleado o cargar la cantidad o porcentaje de las contribuciones requeridas del empleado, o cambiar los términos del plan en cualquier momento, sin notificación previa al empleado.

El administrador del plan también se reserva el derecho a terminar el plan en cualquier momento sin el consentimiento de, o sin notificación previa a, cualquier persona cubierta. Este derecho a la terminación incluye el derecho a terminar la cubierta de los retirados y sus dependientes directos cubiertos, siempre y cuando el administrador del plan se lo notifique a dichos retirados por escrito por lo menos noventa (90) días antes de la terminación.

31. ACCIONES PRUDENTES POR LOS FIDUCIARIOS DEL PLAN .

Además de crear los derechos para los participantes del plan, ERISA impone deberes sobre las personas responsables de la operación del plan de beneficios de los empleados. Las personas que operen el plan de empleados, llamados “fiduciarios” del plan, tienen el deber de hacerlo prudentemente y en el mejor interés del empleado y otros participantes y beneficiarios.

32. HACIENDO VALER LOS DERECHOS DEL EMPLEADO

Si la reclamación de un empleado para un beneficio es denegada o ignorada, total o parcialmente, el empleado tiene derecho a saber por qué fue así, a obtener copias de los documentos relacionados a la decisión sin costo alguno, y a apelar cualquier denegación, todo dentro de ciertos itinerarios. Bajo ERISA, hay ciertos pasos que el empleado puede tomar para hacer valer los derechos anteriormente mencionados. De igual manera, si ocurriera que los fiduciarios hacen mal uso de los activos del plan, o si se discrimina contra el empleado por afirmar sus derechos, el empleado puede buscar asistencia del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, o el empleado puede entablar una demanda en el Tribunal Federal. Para más información sobre cómo hacer valer sus derechos bajo el plan, comuníquese con el administrador del plan.

33. ASISTENCIA CON LAS PREGUNTAS DEL EMPLEADO

Si el empleado tiene cualquier pregunta con respecto a los planes de empleados, el empleado debe contactar al administrador del plan. Si el empleado tiene cualquier pregunta sobre esta declaración o sobre los derechos de los empleados bajo ERISA, o si el empleado necesita asistencia para obtener documentos del administrador del plan, este(a) debe contactar la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration, conocida anteriormente como la Pension and Welfare Benefits Administration), el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos que aparece en el directorio telefónico de los empleados o:

Division of Technical Assistance and Inquiries
Employee Benefits Security Administration
US Department of Labor
200 Constitution Avenue N.W.

Washington, DC 20210

34. **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:

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
(iv) Constituyen declaraciones de política o directrices del plan médico relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

(2) 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.

F. 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.

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.

Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

A. Este procedimiento permitirá que la persona cubierta, o su representante personal, solicite a RHP una revisión acelerada, según se dispone en este Artículo, verbalmente o por escrito.

B. 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.

C. En una revisión acelerada, toda la información necesaria, incluida la determinación de RHP, se transmitirá entre RHP y la persona cubierta o, si fuera aplicable, su representante personal, por teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.

D. 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.

E. 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.

F. (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:

(I) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación adversa;

(II) 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 opcimnhjh ones 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.

30. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: Cuando una persona está cubierta por dos o más planes, las reglas para determinar el orden en que los planes han de pagar beneficios serán de la siguiente manera:

A. 1. El plan primario pagará sus beneficios como si el plan secundario no existiere.

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

3. Cuando existan múltiples contratos que provean cubiertas coordinadas y que sean tratados como un mismo plan para efecto de esta regla, esta sección aplicará solamente al plan como un todo, y la coordinación entre los contratos componentes se regirá por los términos de éstos. Si más de un contratista paga beneficios bajo este tipo de plan, el contratista que esté designado como el pagador primario dentro del plan será responsable por el cumplimiento de todo el plan con esta sección.

4. Si una persona está suscrita por más de un plan secundario, estas reglas aplicarán también al orden en el cual los planes secundarios pagarán sus beneficios entre uno y otro. Cada plan secundario tomará en consideración los beneficios del plan primario y los beneficios de cualquier otro plan que tenga designado pagar primero bajo estas reglas.

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

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

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

D. Orden de Determinación de Beneficios
Cada plan determinará sus beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que le aplique:

1) No dependiente o dependiente

a. Salvo por lo que se dispone en el Subpárrafo (b) de este párrafo, el plan que cubre a una persona como no dependiente (por ejemplo, el plan que cubre a una persona como suscriptor principal, miembro, suscriptor, tenedor, o retirado) es el plan primario y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario.

b. Si la persona es beneficiaria de Medicare, y como resultado de las disposiciones del Título XVIII de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, Medicare es:

1. Secundario al plan que cubre a la persona como dependiente; y
2. Primario al plan que cubre a la persona como no dependiente

c. Entonces el orden de beneficios se revierte, de tal manera que el plan que cubre a la persona como no dependiente será secundario y el otro plan que cubre a la persona como dependiente será primario.

2) Hijo(a) Dependiente Cubierto(a) Bajo Más de Un Plan
A menos que exista una orden de un tribunal que diga lo contrario, los planes que cubren a un(a) hijo(a) dependiente pagarán sus beneficios en el siguiente orden:

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

1. El plan del progenitor cuyo cumpleaños sea primero dentro de un año natural será el plan primario; o
2. Si ambos progenitores cumplen en mismo día del año, el plan que haya cubierto a uno de los progenitores por el mayor periodo de tiempo será el plan primario.

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

1. Si una orden de un tribunal dispone que uno de los progenitores será responsable por los gastos médicos del hijo(a) dependiente o por proveerle al hijo(a) de un plan médico, y el plan de dicho progenitor tiene conocimiento de dicho decreto, ese plan será primario. Si el progenitor con dicha responsabilidad no tiene un plan médico que cubra los gastos del

hijo(a) dependiente, pero el cónyuge de dicho progenitor sí tiene tal plan, el plan del cónyuge del progenitor con la responsabilidad será el plan primario. Esta disposición no podrá exigirse contra el plan que tenga la responsabilidad de pagar primero bajo este párrafo, hasta que a dicho plan se le ponga en conocimiento de la orden judicial correspondiente. La responsabilidad de pagar primero bajo este párrafo comenzará de forma prospectiva a partir de la notificación de la orden judicial al plan.

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

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

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

i. El plan que cubra al progenitor custodio;
ii. El plan que cubra al cónyuge del progenitor custodio;
iii. El plan que cubra al progenitor no custodio; y por último
iv. El plan que cubra al cónyuge del progenitor no custodio.

c) En el caso de un menor de edad cubierto como dependiente bajo más de un plan de personas que no sean progenitores de dicho menor, el orden de los beneficios se determinará bajo los sub-párrafos (1) o (2) de este párrafo, según aplique, como si tales personas fueran los progenitores de dicho menor.

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

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

E. Empleado Activo o Retirado o Ex-Empleado

1. El plan que cubre a una persona como empleado activo o como dependiente de un empleado activo será el plan primario. El plan que cubra a una persona como empleado retirado o ex-empleado, o como dependiente de un empleado retirado o un ex-empleado será el plan secundario.

2. Si el otro plan no tiene esta regla, y como resultado, los planes no se ponen de acuerdo en el orden en que deban pagarse los beneficios, esta regla será ignorada.

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

F. COBRA o Extensiones de Cubierta Bajo Ley Estatal

1. Si una persona que tiene una cubierta extendida bajo la Ley COBRA o una cubierta extendida bajo otra ley federal o estatal similar también tiene cubierta bajo otro plan, el plan que cubra a dicha persona como suscriptor principal, miembro, suscriptor o retirado, o que cubra a dicha persona como dependiente de un suscriptor principal, miembro, suscriptor o retirado será el plan primario, y el plan que cubra a esa persona bajo la Ley COBRA o bajo una extensión de cubierta bajo otra ley federal o estatal similar será el plan secundario.

2. Si el otro plan no tiene esta regla, y los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden en que se deban pagar los beneficios, esta regla será ignorada.

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

G. 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.

H. Si ninguna de las reglas anteriores determinaran el orden de los beneficios, los gastos serán compartidos por los planes en partes iguales.

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

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.

(b) 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.

(c) 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

(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.

E. (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.

Procedimientos para la Revisión Acelerada de Utilización 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 decues.

D. Para facilitar la revisión de los servicios post evaluación o post estabilización que las 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.

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 361 Call e Calaf, P.O. Box 195415, San Juan, PR 00919, 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.

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.

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 cual fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

(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.

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.

(4) (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.

(5) 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.

(6) 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.

(4) (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.

Requisitos de Divulgación

A. RHP incluirá una descripción clara y detallada de sus procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios en las certificaciones de cubierta o manuales del suscriptor que se proveen a los suscriptores. La descripción incluirá los procedimientos para obtener una revisión de las determinaciones adversas y una declaración de los derechos y responsabilidades de los suscriptores con respecto a dichos procedimientos.

B. RHP incluirá un resumen de sus procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios en los materiales que entreguen a los potenciales suscriptores.

C. RHP imprimirá, en la tarjeta del plan médico del suscriptor, un número telefónico gratuito al que se pueda llamar para obtener información sobre las determinaciones de los procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios.

PARTE VIII - TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS 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.

Servicios de Hospitalización		
Servicios de Hospitalización	**Red Ryder Nivel 1**	**Red Regular Nivel 2**
Habitación semiprivada o de aislamiento (por necesidad médica) hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días por hospitalizaciones regulares.	$50.00 Copago	$200.00 Copago
Hospitalización por condiciones mentales (Incluye détox y tratamiento residencial)	$50.00 Copago	$200.00 Copago
Hospitalización Parcial Incluyendo Salud Mental	$50.00 Copago	$100.00 Copago
Hospitalización por desorden de abuso de sustancias (Incluye détox y tratamiento residencial)	$50.00 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, intratecale, 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
Hiperalimentación	*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
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
Procedimiento de litotricia (ESWL)	*Cubierto	*Cubierto
Servicios Médico-Quirúrgicos en Hospitalización		
Servicios Médico-Quirúrgicos en Hospitalización	**Platino Nivel 1**	**Platino Nivel 2**
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
Servicios Médico-Quirúrgicos en Hospitalización	**Platino Nivel 1**	**Platino Nivel 2**
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 , intratecale, intravenoso)	*Cubierto	*Cubierto
Radioterapia y cobalto	*Cubierto	*Cubierto
Trasplantes de piel, hueso y cornea	*Cubierto	*Cubierto
Endoscopias gastrointestinales	*Cubierto	*Cubierto

Pruebas cardiovasculares invasivas, no invasivas, procedimientos y pruebas	*Cubierto	*Cubierto
Electromiogramas	*Cubierto	*Cubierto
Cirugía “Orthognatic	*Cubierto	*Cubierto
Evaluaciones audiológicas	*Cubierto	*Cubierto
Cirugía Bariátrica	Cubierto 20% coaseguro	Cubierto 20% coaseguro
Pruebas y Procedimientos Neurológicos	*Cubierto	*Cubierto
Servicios de Emergencia/Urgencia	**Platino Nivel 1**	**Platino Nivel 2**
Servicios en Sala de Emergencia/Urgencia, Accidente o Trauma	$10.00 Copago	$75.00 Copago
Servicios en Estados Unidos		
Servicios de Emergencia en EU	Estarán cubiertos basados en un cargo usual y acostumbradas de la zona geográfica donde se ofreció el servicio. Aplica 40% coaseguro	Estarán cubiertos basados en un cargo usual y acostumbradas de la zona geográfica donde se ofreció el servicio. Aplica 40% coaseguro
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico. Requiere pre-autorización.	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.	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.
Servicios Ambulatorios		
Servicios Ambulatorios	**Platino Nivel 1**	**Platino Nivel 2**
Generalistas	$5.00 Copago	$10.00 Copago
Especialistas	$15.00 Copago	$25.00 Copago
Sub-Especialista	$15.00 Copago	$25.00 Copago
Siquiatra	$15.00 Copago	$25.00 Copago
Sicólogo	$15.00 Copago	$25.00 Copago
Audiólogo	$15.00 Copago	$25.00 Copago
Podiatra	$15.00 Copago	$25.00 Copago
Optómetra	$15.00 Copago	$25.00 Copago
Quiropráctico	$15.00 Copago	$25.00 Copago
Terapia de Grupo	50% Coaseguro	50% Coaseguro

Visitas Colaterales	50% Coaseguro	50% Coaseguro
Centros de cirugía ambulatorias	$50.00 Copago	$150 Copago
Servicios Quirúrgicos Ambulatorios: En el Hospital En el Centro de cirugía ambulatoria En la Oficina médica	 30% Coaseguro 30% Coaseguro 30% Coaseguro	 30% Coaseguro 30% Coaseguro 30% Coaseguro
Telemedicina	$10.00 Copago	$10.00 Copago
Rayos-X, laboratorios clínicos	20% Coaseguro	40% Coaseguro
Imaging MRA – Cubierto, Sin límite	25% Coaseguro	50% Coaseguro
Imaging Pet & Pet/CT	25% Coaseguro Uno por año contrato, por suscriptor.	50% Coaseguro Uno por año contrato, por suscriptor.
Imaging MRI & CT	25% Coaseguro Uno por región anatómica, por año contrato, por suscriptor.	50% Coaseguro Uno por región anatómica, por año contrato, por suscriptor.
Reconstrucción de seno	25% Coaseguro	50% Coaseguro
Mamografía, Mamografías Digitales y Sonomamografías no preventivas	20% Coaseguro	40% Coaseguro
Sonogramas	20% Coaseguro	40% Coaseguro
Electroencefalogramas	25% Coaseguro	50% Coaseguro
Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivas, no invasivas	25% Coaseguro	50% Coaseguro
Electromiogramas	25% Coaseguro Hasta 2 por año contrato, por suscriptor.	25% Coaseguro Hasta 2 por año contrato, por suscriptor.
Pruebas de oftalmología	Cubierto	Cubierto
Endoscopias gastrointestinales	25% Coaseguro	40% Coaseguro
Preparado de aminoácidos libres de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético Fenilcetonuria (PKU)	20% Coaseguro	20% Coaseguro
Quimioterapia en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecale, intravenoso)	20% Coaseguro (si es ambulatorio) Cubierto en hospitalización	40% Coaseguro (si es ambulatorio) Cubierto en hospitalización
Radioterapia y cobalto	20% Coaseguro	40% Coaseguro
Inyecciones intrarticulares	$10.00 Copago Hasta 2 inyecciones diarias, 12 por año contrato, por suscriptor.	$12.00 Copago Hasta 2 inyecciones diarias,12 por año contrato, por suscriptor.
Manipulaciones de Quiropráctico	$10.00 Copago	$12.00 Copago
Terapia Física	$10.00 Copago	$12.00 Copago
Servicios de Rehabilitación Ambulatoria	50% Coaseguro	50% Coaseguro
Servicios de Habilitación	50% Coaseguro	50% Coaseguro
Terapia del Habla y Lenguaje (Sólo para casos de Autismo, y Cuidado de Salud en el Hogar)	50% Coaseguro	50% Coaseguro

Terapia Ocupacional (Sólo para casos de Autismo, y Cuidado de Salud en el Hogar)	50% Coaseguro	50% Coaseguro
Servicios de Nutricionista	$7.00 por visita 4 visitas por año, por suscriptor	$7.00 por visita 4 visitas por año, por suscriptor
Terapia respiratoria	$10.00 Copago	$12.00 Copago
Pruebas de alergia.	$10.00 copago Hasta 50 por suscriptor por año.	$10.00 copago Hasta 50 por suscriptor por año.
Visitas para cuidado preventivo del recién nacido (well baby care)	*Cubierto	*Cubierto
Criocirugía del cuello uterino	*Cubierto, Uno por suscriptor por año	*Cubierto, Uno por suscriptor por año
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	$0.00 Copago	$0.00 Copago
Prueba diagnosticas de polisomnografía (estudio del sueño)	20% Coaseguro Un tipo de prueba por vida, por suscriptor	40% Coaseguro Un tipo de prueba por vida, por suscriptor
Servicios dentales de rutina para adultos y niños	*Cubierto	*Cubierto
Servicios de Esterilización cubierto para hombres y mujeres, sin límites.	*Cubierto	*Cubierto
Perfil biofísico	*Cubierto	*Cubierto
Prueba de medicina nuclear	25% Coaseguro	50% Coaseguro
Vacuna para el virus sincitial respiratorio (palivizumab).	50% Coaseguro	50% Coaseguro
Prueba de timpanometría	50% Coaseguro Uno por año, por suscriptor	50% Coaseguro Uno por año, por suscriptor
Equipo médico durable	Pre-autorización 25% Coaseguro	Pre-autorización 50% Coaseguro
Ventilador mecánico	Pre-autorización 20% Coaseguro Cubiertos sin límites de acuerdo a las disposiciones de leyes locales.	Pre-autorización 40% Coaseguro Cubiertos sin límites de acuerdo a las disposiciones de leyes locales.
Cubierta para tratamiento de Autismo (todas sus formas)	Cubierto, sujeto a coaseguros aplicables, según el servicio.	Cubierto, sujeto a coaseguros aplicables, según el servicio.
Cubierta para cesación de fumar	Cubierto, hasta noventa (90) días consecutivos, hasta dos (2) intentos por año.	Cubierto, hasta noventa (90) días consecutivos, hasta dos (2) intentos por año.
Servicios de cuidado en el hogar	25% Coaseguro	50% Coaseguro

Servicios Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	30% Coaseguro	30% Coaseguro
Cuidado rutinario de los pies.	Cubierto	Cubierto
El examen de refracción	$10.00 Copago	$12.00 Copago
Examen rutinario de la vista para niños 1 visita por año.	*Cubierto	*Cubierto
Servicios Ambulatorios	**Platino Nivel 1**	**Platino Nivel 2**
Ambulancia terrestre – Servicio 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. (Servicio deberá ser provisto por una compañía autorizada por la Comisión de Servicio Público)	*Cubierto	*Cubierto
Ambulancia terrestre – De Institución hospitalaria a Institución hospitalaria.	Hasta $80.00 por viaje (mediante reembolso)	Hasta $80.00 por viaje (mediante reembolso)
Ambulancia aérea (Según los Protocolos)	20% Coaseguro	20% Coaseguro
Nerve conduction velocity test	50% Coaseguro Hasta 2 por año, por suscriptor.	50% Coaseguro Hasta 2 por año, por suscriptor.
Diálisis y Hemodiálisis	Cubierto, los primero noventa (90) días.	Cubierto, los primeros noventa (90) días.
Servicios de Farmacia	**Platino Nivel 1**	**Platino Nivel 2**
Genérico Bioequivalente Preferido – Tier 1	$5.00 Copago	$10.00 Copago
Genérico Bioequivalente No Preferido – Tier 2	$10.00 Copago	$10.00 Copago
Marca Preferida – Tier 3	20% Copago	25% Copago
Marca No Preferida – Tier 4	30% Coaseguro	35% Coaseguro
Medicamentos Especializados - Marca Preferida – Tier 5	30% Copago	35% Copago
Medicamentos Especializados - Marca No Preferida – Tier 6	40% Coaseguro	45% Coaseguro
Medicamentos Especializados Biotecnológicos – Tier 6	50% Coaseguro	55% coaseguro
Tope de $1,200.00, luego pagará 60% coaseguro.		
Servicios Dentales	**Platino Nivel 1**	**Platino Nivel 2**
Servicios dentales de rutina para adultos y niños	*Cubierto	*Cubierto
Examen dental (inicial, periódicos y de emergencia)	*Cubierto	*Cubierto
Sellantes de fisura	*Cubierto	*Cubierto
Limpiezas (de cada seis meses)	*Cubierto	*Cubierto
Radiografías (bitewings y peripicals) un par de cada tres (3) años.	*Cubierto	*Cubierto

Extracciones sencillas con anestesia local, obturaciones (empastaduras) y mantenedores de espacio.	20% coaseguro	20% coaseguro
Root canal solo para dientes anterior y posterior.	30%	40%
Restaurativo	20%	40%
Cuidado Visual	**Platino Nivel 1**	**Platino Nivel 2**
Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un par por año contrato.	0%	0%
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.	0%	0%
Beneficios de espejuelos por reembolso hasta $150.00 para adultos	Reembolso	Reembolso
Trasplantes de Órganos	**Platino Nivel 1**	**Platino Nivel 2**
Trasplantes de piel, hueso y cornea.	0%	0%
*** Cubierto – significa que está cubierto sin copago ni coaseguro.**		