Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.
770 Avenida Hostos Suite 208
Mayagüez, PR 00682-1538

Contrato y Evidencia de Cubierta Grupo Pequeño

PYMES POS (CMGPPOS 01-25)

El Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc., (en adelante Plan Médico SSBV) es una organización de servicios de salud debidamente autorizada bajo el Capítulo 19 del Código de Seguros de Puerto Rico y el Comisionado de Seguros de Puerto Rico para ofrecer beneficios a la persona suscrita y a los dependientes elegibles de conformidad con las disposiciones de esta cubierta y la política de pago establecida para gastos por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización médicamente necesarios, que se presten mientras la cubierta esté en vigor, por motivo de lesiones o enfermedades sufridas por la persona suscrita. Esta cubierta se emite en consideración a las declaraciones en el contrato de seguro grupal y al pago por el Patrono de las primas correspondientes por adelantado. Este documento a su vez servirá como Certificado de Beneficios a distribuirse a cada empleado del grupo.

Se emite bajo el nivel actuarial a selección del patrono **[*Platino, Oro*],** cumpliendo con todas las disposiciones y requisitos por la Ley HIPAA según la carta normativa N-AV-10-90-97 del 24 de noviembre de 1997. Además, establece que la Ley HIPAA es aplicable en nuestra jurisdicción y se adelanta al Código de Seguro de Puerto Rico, con respecto a las disposiciones requeridas en la ley, que no se proporcionan en dicho Código o que son menos estrictas que los requisitos federales.

Está cubierta se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, cuya residencia permanente esté ubicada dentro del Área de Servicio por un término de un (1) año a partir de la fecha de efectividad. Los beneficios no utilizados durante el término del contrato, no se acumularán para años subsiguientes, mediante el pago de las primas correspondientes, del cual sería responsable el Patrono en primer lugar, como tenedor del contrato y el empleado como suscriptor y usuario del plan médico, según se dispone más adelante. Todos los términos de cubierta comenzarán y terminarán a las 12:01a.m., Hora Oficial de Puerto Rico.

Conforme a la Ley Núm. 162 de 30 de diciembre de 2020 se le expedirá al suscriptor principal una evidencia de cubierta que exprese la protección a la que tiene derecho el suscriptor, a quien se le pagaran los beneficios y los derechos y condiciones de la cubierta. En el caso de suscriptores no videntes la evidencia de cubierta y la tarjeta de identificación se emitirán en el sistema Braille.

Camil Vega, MBA
Directora Ejecutiva

Conserve este documento en un lugar seguro; el mismo incluye los beneficios a que tiene derecho como suscriptor del Plan Médico SSBV. Modificaremos este documento mediante endosos, por lo que le exhortamos a guardar el mismo para poder referirse a las secciones modificadas. Refiérase siempre a los endosos adjuntos a esta evidencia de cubierta para tener la información completa de los beneficios incluidos en su plan de salud.

TABLA DE CONTENIDO

HISTORIA 3

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE 4

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SUSCRIPCIÓN A PLANES INDIVIDUALES SI USTED YA NO ES ELEGIBLE PARA UN PLAN GRUPAL 5

DEFINICIONES 6

¿COMO FUNCIONA EL PLAN MÉDICO SSBV? 11

EMPLEADO ELEGIBLE 12

FECHA DE CUBIERTA 13

CAMBIOS 13

CONDICIONES ESPECIALES 14

SUSCRIPTOR TARDÍO 16

PERIODO DE SUSCRIPCIÓN PARA SUSCRIPTORES TARDÍOS 16

RENOVACIÓN 17

DEDUCIBLES, COASEGUROS Y/O COPAGOS: 17

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO 18

SERVICIOS PREVENTIVOS 19

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN 29

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN 32

SERVICIOS EN FORMA AMBULATORIA 35

SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS 47

CUBIERTA DE FARMACIA 48

TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS 56

EXCLUSIONES GENERALES DE LA CUBIERTA BÁSICA 61

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE DENTAL 63

PROCEDIMIENTOS PARA LA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS ORDINARIA 64

PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS 70

DERECHO A SOLICITAR UNA REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE 80

CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE 96

DISPOSICIONES GENERALES 103

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD 114

CONTACTOS 120

HISTORIA

Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista comenzó sus servicios en el pueblo de Mayagüez en el mes de febrero de 1986, autorizados por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. En sus inicios se enfocaba en una cubierta para los empleados del Hospital Bella Vista. Sin embargo, considerando la necesidad de la población Oeste, se amplió la cobertura para toda la comunidad ofreciendo una alternativa completa a un costo accesible. Por más de 35 años el Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista se ha distinguido por sus servicios combinados de calidad, fiabilidad y cumplimiento.

MISION

La organización, dirigida por la Iglesia Adventista del 7mo Día, forma parte del Sistema de Salud Bella Vista, en el cual se relacionan instituciones hermanas como el Hospital Bella Vista y la Policlínica Bella Vista para garantizar un servicio completo enfocados en una sola misión: “extender el ministerio de sanación de Jesús integrando el aspecto físico, mental y espiritual”. Contamos con una Red de Proveedores comprometida para fortalecimiento y crecimiento de nuestro Plan Médico.

Nuestra organización se caracteriza por enfatizar la medicina preventiva, a través de un cuidado de medicina primaria y programas preventivos. Hemos desarrollado dos cubiertas de Pago Directo para beneficio de los suscriptores: HMO (Cuidado dirigido) y POS (Libre Selección). Estas cubiertas tienen amplios beneficios donde el suscriptor puede escoger uno de los dos modelos para el manejo del acceso a sus servicios médicos.

Para nuestra organización es un privilegio que nuestros suscriptores confíen su cuidado de la salud y nos brinden su apoyo. Estamos enfocados en transmitir nuestros valores resumidos en la COMPASION:

- **C**ompromiso
- **O**riginalidad
- **M**ayordomía
- **P**erseverancia
- **A**mor
- **S**olidaridad
- **I**ntegridad
- **O**ptimismo
- **N**obleza

VISION

Nuestra visión es mejorar nuestros productos y servicios ampliando nuestra Red de Proveedores rebasando los límites del área Oeste para beneficio de la comunidad junto a profesionales de la salud comprometidos y dedicados.

¡Queremos verte sano, por eso somos tu mejor alternativa!

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE

Está cubierta no es una cubierta o contrato complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para personas de edad avanzada (Medicare). Revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare.*

Todos los formularios para ejercer sus derechos están disponibles en:

www.planmedicobellavista.com

ESTA CUBIERTA DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE *MEDICARE*

Este no es un plan Complementario a *Medicare*

Este plan 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 plan complementario a *Medicare*.

Este plan duplica beneficios de *Medicare* cuando:

- Algunos de los servicios cubiertos por la cubierta también están cubiertos por *Medicare.*

***Medicare* paga beneficios extendidos para servicios médicamente 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 Este Seguro.

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

Para más información sobre Medicare y la cubierta complementaria a Medicare, revise la *Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare* disponible a través de la compañía de planes.

Para recibir asistencia en la comprensión de su plan de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de planes 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

Plan Médico SSBV no negará la disponibilidad de productos en el Mercado individual según aprobados por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, a cualquier persona o patrono que le solicite de conformidad a la legislación aplicable. No se denegará cubierta de plan médico a ningún individuo o patrono sujeto a las limitaciones permisibles por ley. Aquellos empleados y/o sus dependientes que pierdan elegibilidad a la cubierta grupal, podrán solicitar conversión a una cubierta individual de acuerdo con las disposiciones señaladas en la sección Procedimiento de suscripción dentro y fuera del Periodo de Suscripción Fijo de este contrato. En caso del mercado de planes individuales, no impondrá restricción por condiciones preexistentes, independientemente de la edad del suscriptor.

PROCEDIMIENTO DE SUSCRIPCIÓN DENTRO Y FUERA DENTRO DEL PERIODO DE SUSCRIPCIÓN FIJO

Plan Médico SSBV proveerá cubierta a todo individuo que la solicite, sin sujetarlos a evaluación de riesgo ni a periodo de espera por condiciones preexistentes; en los planes médicos que tenga disponibles para el mercado de planes médicos individuales. Este contrato cumple con las disposiciones y requisitos de Ley HIPAA según la carta normativa N-A-V-10-0-97. Estos planes proveerán dentro del periodo de suscripción fijo anual que transcurre desde el 1 de octubre al 31 de diciembre de cada año. Las solicitudes recibidas dentro del periodo de suscripción anual tendrán efectividad al 1 de enero del próximo año.

Un plan individual ya suscrito deberá renovarse durante los periodos fijos de suscripción anual subsiguientes. Este plan se entenderá renovado retroactivamente al 1 de enero si el suscriptor renueva el mismo en o antes del 31 de enero. Si una la solicitud de ingreso se recibe entre los días 1 y 15 del mes, la cubierta será efectiva el primero del mes siguiente. Si la solicitud se recibe entre el día 16 al 31 del mes, la cubierta será efectiva el primer día del segundo mes en que se recibió la solicitud.

De no renovar según previamente establecido, no tendrá derecho a la suscripción garantizada al plan médico individual hasta el próximo periodo de suscripción anual, excepto que se extendiera la cubierta según establecido en el periodo especial de suscripción definido en este contrato.

Para suscripciones fuera del periodo fijo o fuera de los periodos especiales de suscripción (o que no sean resultado de un evento cualificante), Plan Médico SSBV, aceptará suscripciones sujeto a la imposición de un periodo de espera de noventa (90) días calendario desde la fecha de efectividad del contrato, exceptuando casos de emergencias, según dispone la ley. El periodo de espera de noventa (90) días calendario no aplica a personas que solicitan un plan individual como resultado de los siguientes eventos cualificantes.

En adición a lo establecido en el periodo de suscripción fijo anual y a la suscripción garantizada durante todo el año, existe un periodo especial de suscripción bajo las siguientes circunstancias:

1. Ejerzan su derecho de conversión al mercado individual con Plan Médico SSBV;
2. Provengan de otra compañía 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 suscriptor 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 suscriptor 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
3. Cumplan con aquellos otros criterios que el Comisionado de Seguros de Puerto Rico disponga mediante carta normativa.
4. También será elegible en este plan cualquier individuo que se haya quedado sin cubierta grupal o cubierta individual debido a la quiebra, disolución o revocación de licencia del suscritor con el

cual tenía su plan médico, siempre y cuando presente su solicitud al nuevo suscritor dentro de sesenta y tres (63) días luego de declarada la quiebra, disolución o revocación de la licencia del suscritor.

5. Si ocurre un evento cualificador según se define en el Artículo 603 de ERISA que son los siguientes:
    a. Muerte del suscriptor principal,
    b. la terminación o reducción de horas del suscriptor principal,
    c. el divorcio o separación legal del suscriptor principal de su cónyuge,
    d. el suscriptor principal es elegible a beneficios de Medicare,
    e. un hijo dependiente deja de serlo,
    f. un procedimiento de quiebras bajo el título 11 de la ley federal que haya comenzado en o después del 1ro de julio de 1986 con respecto a un patrono de cuyo empleo se haya retirado el suscriptor principal; o
6. En cualquiera de las circunstancias que se describen a continuación:
    a. Se pierde la cubierta mínima con los beneficios de salud esenciales;
    b. Se adquiere un dependiente por medio de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción;
    c. La persona cubierta 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 representante autorizado del Plan Médico SSBV o del Departamento de Salud Federal (HHS, por sus siglas en inglés) o sus instrumentalidades. Esto será evaluado y determinado por Plan Médico SSBV y se tomará las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o falta de acción;
    d. La persona cubierta demuestra a Plan Médico SSBV que el plan anterior en el que esté inscrito violó sustancialmente los términos del contrato con dicha persona;
    e. Es elegible por primera vez o adviene elegible nuevamente. Cuando la cubierta existente bajo un plan grupal patronal elegible ya no sea costeable o ni siquiera proveerá un valor mínimo para el próximo año del plan médico patronal, Plan Médico SSBV. permitirá que las personas elegibles tengan acceso a la cubierta en un periodo especial de suscripción antes de que termine la cubierta bajo dicho plan patronal; y
    f. Una persona cubierta solicita un plan médico debido a un cambio de residencia.

DEFINICIONES

1. **ACCIDENTE**: Situación que surge debido a causas externas violentas, repentinas o fortuitas, lejos del control del suscriptor, que ocurre mientras la cubierta de la persona está en vigencia bajo este contrato.
2. **AMBULANCIA**: Vehículo que tiene licencia debidamente otorgada por las entidades gubernamentales para operar como un vehículo de servicios de ambulancia. Esta se limitará al transporte del paciente en caso de emergencia médica por enfermedad o accidente al hospital más cercano y al transporte del paciente entre una institución hospitalaria y otra, por recomendación médica y/o cualquier servicio prestado a través del sistema 9-1-1, según los estándares o el protocolo establecido y en ambulancias autorizadas por la Comisión de Servicios Público o en sus efectos, cualquier agencia reguladora designada por el Gobierno de Puerto Rico para dichos propósitos.
3. **AREA DE SERVICIO**: Puerto Rico es el área geográfica dentro de la cual se espera que la persona suscrita reciba la mayoría de los servicios médico-hospitalarios.
4. **AÑO CONTRATO**: Período a partir de la fecha de ingreso al Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc. que comprende de enero a diciembre. Este periodo puede ser menor si no ingresa en el mes de enero.
5. **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**: Es un médico licenciado que asiste activamente al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico cubierto que, por su complejidad, justifica la necesidad de asistencia.
6. **AUDITOR MÉDICO**: Profesional de la salud que se encarga de la evaluación sistemática y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes con objeto de mejorar el servicio, mediante el análisis de la historia clínica contrastada con guías, protocolos, estándares y datos de la práctica médica.

7. **BYPASS GASTRICO**: Es una de las técnicas de la cirugía bariátrica en la cual se deja un pequeño estomago de 15 a 30 ml, que se conecta directamente al intestino delgado y la comida pasa directamente a él, disminuyendo así un gran segmento del intestino y la absorción calórica. Se reduce la cantidad de comida que se puede comer. El estómago es más pequeño y hace que la persona sienta saciedad en forma rápida. El apetito se reduce también y así comenzará a bajar de peso.
8. **CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIA:** Facilidad Medica estructurado para un tratamiento quirúrgico programado.
9. **CIBERTERAPIA:** Es la práctica a distancia de las profesiones descritas en el inciso que antecede, 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. La práctica de la Ciberterapia debe tomar en consideración aquellos aspectos según definidos por los CMS.
10. **CIRUGIA BARIATRICA**: Procedimiento quirúrgico para tratar la obesidad, limitándose a bypass gástrico.
11. **CIRUGÍA AMBULATORIA**: Cirugía que no constituye una emergencia médica. Puede ser propuesta o programada a conveniencia del suscriptor, del médico y de las facilidades médicas
12. **COASEGUROS**: El porcentaje que la persona suscriptor está obligada por el contrato a pagar al médico o proveedor al momento de recibir los servicios. No es reembolsable por el Plan Médico SSBV.
13. **COHABITANTE**: 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 continua.
14. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Significa una condición, incluyendo información genética, independientemente de la causa de esta, para la cual se recomendó o recibió diagnóstico, cuidado o tratamiento anteriores a la fecha de efectividad del plan médico. A partir del 1 de enero de 2014, los planes médicos vigentes y futuros no podrán excluir ni discriminar o a sus beneficiarios por condiciones preexistentes, independientemente de la edad del suscriptor.
15. **CONTRATO**: Este documento, la solicitud de ingreso y cualquiera otra solicitud suplementaria mediante la cual el suscriptor viene a ser acreedor a los beneficios del Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.
16. **CONTRATO INDIVIDUAL**: Cualquier contrato para cubierta de plan de salud que tenga una persona elegible, soltera o casada, que no incluya al cónyuge o cohabitante como un dependiente directo.
17. **CONTRATO DE PAREJA**: Cualquier persona, soltera o casada con un dependiente directo o cualquier persona con su cónyuge o cohabitante constituye un contrato de salud para parejas.
18. **CONTRATO FAMILIAR**: Cualquier persona elegible con su cónyuge, cohabitante y/o sus dependientes directos. De no existir el cónyuge o cohabitante, el contrato del suscriptor principal podrá tener dos (2) o más dependientes directos.
19. **CONYUGE**: Persona con la cual uno se encuentra casado de acuerdo a las leyes de Puerto Rico.
20. **COPAGOS**: Una cantidad determinada de la tarifa que tiene que pagar el suscriptor cuando recibe un servicio prestado por un proveedor participante. No es reembolsable por el Plan Médico SSBV.
21. **CREDENCIALES**: Documentación sometida por el médico, al plan médico, que evidencia sus calificaciones para ejercer su profesión en Puerto Rico, los privilegios del hospital, su experiencia profesional y cualquier otro criterio relevante.
22. **CUBIERTA ACREDITABLE:** significa, respecto a una persona, los beneficios de salud o la cubierta provista conforme a algunos de los siguientes mecanismos:
    (1) Un plan médico, ya sea grupal o individual;
    (2) La Parte A o la Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare);
    (3) 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);
    (4) El Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estados Unidos (cuidado médico y dental para los miembros y algunos ex- miembros de la uniformada, y para sus dependientes directos. 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);
    (5) Un fondo común de riesgos de salud estatal;
    (6) 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—);
    (7) 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;

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

(9) 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 bajo un plan médico grupal 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 suscripción no se tomarán en cuenta para efectos del cómputo de los sesenta y tres (63) días.

23. **CUIDADO DE ENFERMERIA DIESTRO (SNF)**: Institución especialmente calificada que cuenta con el personal y equipo para proveer cuidado de enfermería especializada. Es una institución legalmente autorizada a operar como tal y que funciona de conformidad con las leyes y que está acreditada para recibir el pago de los beneficios del Programa de Medicare o que cumple con los requisitos mínimos para otorgársele dicha acreditación, si así se solicita. Su propósito principal es brindar cuidados de salud ofrecidos por enfermeros (as) diestros (as), a los que debe supervisar un médico con licencia para ejercer la profesión, aparte de ofrecer habitación y dietas; cuenta con los servicios de enfermeros (as) para el cuidado de la salud o con la supervisión de este personal durante las 24 horas al día y facilidades para tratamiento y rehabilitación de personas lesionadas, enfermas o incapacitadas bajo la supervisión de médico-cirujanos, que lleve un registro medico diario de cada paciente y que tenga contrato para el traslado de personas lesionadas o enfermas con uno o más hospitales.
24. **CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR**: La gama completa de servicios médicos y otros servicios relacionados tales como terapias físicas, cuidado de enfermería, consejería y servicios sociales que son ofrecidos en el hogar del paciente, por un proveedor de servicio.
25. **CUIDADO URGENTE**: 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 horario 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.
26. **DEPENDIENTES DIRECTO:** Significa cualquier persona que es o pudiese ser elegible a un plan médico por motivo de la relación que tiene con el suscriptor y a tenor con las condiciones dispuestas en el plan médico. Podrán considerarse dependientes del suscriptor principal los siguientes:
    (1) El cónyuge o cohabitante;
    (2) un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de veintiséis (26) años;
    (3) un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o colocado para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí 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 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas;
    (4) Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el suscriptor principal, en una relación de padre, madre e hijo o hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del suscriptor principal para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;
    (5) menor no emancipado cuya custodia haya sido adjudicada al suscriptor principal;
    (6) persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al suscriptor principal;
    (7) familiar del suscriptor principal o su cónyuge mientras viva permanentemente bajo el mismo techo del suscriptor principal;
    (8) padre y madre del suscriptor principal, o los de su cónyuge, aunque no viva bajo el mismo techo, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales.
27. **DEDUCIBLE**: Se refiere a la cantidad a ser pagada por el suscriptor antes de comenzar a recibir los servicios cubiertos por un proveedor participantes. No es reembolsable por el Plan Médico SSBV.
28. **EMERGENCIA**: Presentación súbita e imprevista de una condición que requiera asistencia médica inmediata, por existir un riesgo inminente a la vida o a la salud del paciente

29. **EMPLEADO ELEGIBLE O EMPLEADO ACTIVO:** Empleado elegible" significa un empleado que trabaja a tiempo completo —semana regular de trabajo de treinta (30) horas o más—, o a tiempo parcial —al menos diecisiete y media (17.5) horas por semana regular de trabajo— para un patrono de PYMES, en una relación de buena fe de patrono y empleado que no se establece con el propósito de comprar un plan médico. En este cómputo se deben incluir aquellos empleados que están ausentes del trabajo por motivo de alguna licencia o derecho reconocido por ley, tales como los beneficios que provee la Corporación del Fondo del Seguro del Estado o la "Family and Medical Leave Act of 1993". El término "empleado elegible" no incluye a un empleado temporero ni a los contratistas independientes.
30. **EVIDENCIA DE CUBIERTA:** Conforme a la Ley Núm. 162 de 30 de diciembre de 2020 - Según la enmienda al Artículo 19.080 Inciso (1) (a) Cada suscriptor tiene derecho a una evidencia de cubierta. Se le expedirá al suscriptor una evidencia de cubierta que exprese la protección a la que tiene derecho el suscriptor, a quien se le pagara los beneficios y los derechos y condiciones de la cubierta. En el caso de suscriptores no videntes la evidencia de cubierta y la tarjeta de identificación se emitirán en el sistema Braille.
31. **FECHA DE EFECTIVIDAD:** Significa la fecha en que entra en vigor el año contrato de la cubierta. Es el primer día de la cubierta o, si hay un periodo de espera, el primer día del periodo de espera, lo que ocurra primero.
32. **FORMULARIO**: Significa una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por el Plan Médico SSBV, 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.
33. **GASTOS INCURRIDOS**: Para efectos de este contrato se consideran como gastos incurridos, los siguientes: hospitalización, intervenciones quirúrgicas y cirugías, exámenes de laboratorio, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, exámenes radiológicos, estudios especializados, honorarios de médicos y otros profesionales según descritos en la cubierta.
34. **HOSPITAL PARTICIPANTE:** Hospital autorizado legalmente y contratado por el Plan Médico SSBV para brindar los servicios de hospital.
35. **HOSPITALIZACION PARCIAL**: Se refiere a los servicios organizados para el cuidado de pacientes con condiciones mentales que requieren atención hospitalaria a través de programas diurnos y/o nocturnos, los cuales cubren periodos diarios menores de veinticuatro (24) horas. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a 1 día de hospitalización regular.
36. **JUNTA EXAMINADORA U ORGANISMO RECTOR:** Significa los distintos entes reguladores de los profesionales de la salud.
37. **LABORATORIO CLINICO**: Local legalmente certificado por las autoridades correspondientes para prestar servicios de laboratorio.
38. **MEDICAMENTO ESPECIALIZADO**: Algunos medicamentos para condiciones crónicas y de alto riego requieren una administración y/o un manejo especial, por su composición compleja.
39. **MEDICAMENTO OTC (OVER THE COUNTER):** Son aquellos medicamentos fuera de recetario que generalmente no requieren receta.
40. **MEDICINAS DE MANTENIMIENTO**: Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que son recetados para tratar una enfermedad crónica cuando un final terapéutico no puede ser determinado.
41. **MI SALUD:** Es el Plan de Salud Gubernamental de la Administración de Seguros de Salud establecido al amparo de la Ley Num,72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico."
42. **NECESIDAD MÉDICA:** Significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es médicamente 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:
    (1) Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;
    (2) Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;
    (3) La determinación de "necesidad médica" no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, 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;
    (4) Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y

(5) Que dicha determinación de "necesidad médica" esté basada en evidencia clínica que sostenga la la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.

43. **OBESIDAD MORBIDA**: Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un Índice de Masa Corporal de (IMC) mayor o igual a 35.
44. **PATRONO:** Toda persona natural o jurídica de cualquier índole que, con o sin fines de lucro, que haya emplee o permita trabajar cualquier número de obreros, trabajadores o empleados mediante cualquier clase de compensación.
45. **PATRONO DE PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA (PYMES):** Toda persona, firma, corporación, sociedad, asociación, con o sin fines de lucro, que haya empleado durante al menos el cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año natural anterior, al menos dos (2), pero no más de cincuenta (50) empleados elegibles. Al determinar el número de empleados elegibles, las compañías que sean afiliadas, o que sean elegibles para presentar una planilla de impuestos combinada para propósitos de tributación en Puerto Rico, se considerarán un solo patrono. Después de emitido el plan médico y con el propósito de determinar la continuidad de la elegibilidad, el tamaño de dicho patrono de PYMES se determinará anualmente.
46. **PERIODO DE ESPERA**: Es el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona cubierta o suscripta antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico. El periodo de espera en ningún caso podrá exceder de noventa (90) días. No obstante, los servicios de sala de emergencias no tendrán periodo de espera y el periodo de espera para los servicios preventivos no podrá exceder los treinta (30) días.
47. **PERIODO DE SUSCRIPCIÓN**: El lapso de tiempo establecido para que un empleado elegible se suscriba a un plan médico de patronos de PYMES.
48. **PRE-AUTORIZACIÓN**: Permiso que expide el Plan Médico SSBV al suscriptor para poder recibir ciertos servicios dentro de la cubierta. Es responsabilidad del suscriptor obtener la pre-autorización para poder recibir el servicio. De no cumplir con este requisito el Plan Médico SSBV no pagará el servicio.
49. **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.
50. **PROVEEDOR PARTICIPANTE**: Médicos o facilidades de salud contratados por el Plan Médico SSBV para pertenecer a una Red y proveerle a los suscriptores los servicios establecidos en la cubierta.
51. **PROVEEDORES NO PARTICIPANTES**: Médicos o facilidades de Servicios de Salud que no han suscrito contrato con el Plan Médico SSBV.
52. **PSICOANÁLISIS:** Método de observación e investigación de la mente humana, que trata de comprender y explicar su funcionamiento con la finalidad de conseguir unos objetivos terapéuticos para el paciente.
53. **PSICOLOGO(S):** Profesionales licenciados por la Junta Examinadora de Psicólogos del Estado Libre Asociado de 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.
54. **REPRESENTACIÓN FALSA O FRAUDULENTA**: Cuando el suscriptor ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico.
55. **SEGUNDA OPINIÓN**: Oportunidad o el requisito de obtener una evaluación clínica hecha por un proveedor, que no sea el proveedor que haya hecho la recomendación inicial, de un servicio de cuidado de la salud, con miras a evaluar la necesidad médica e idoneidad de dicho servicio.
56. **SERVICIOS NO CUBIERTOS**: Aquellos servicios que están excluidos en la cubierta del Plan Médico SSBV.
57. **SISTEMA QUIRURGICO DA VINCI**: Es una plataforma robótica diseñada para potenciar las capacidades del cirujano y ofrecer una opción mínimamente invasiva en procedimientos de cirugía compleja.
58. **SOLICITUD DE CUIDADO URGENTE**
    (1) Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento con respecto al cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:
        (a) Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona cubierta o suscriptor o su plena; o

(b) En la opinión de un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona cubierta o suscriptor, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.

(2) Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la organización de seguros de salud ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de determina presentar una solicitud de cuidado urgente, dentro del significado del inciso (1), la organización de seguros de salud tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

59. **SUSCRIPTOR O PERSONA CUBIERTA**: Persona que mantiene un contrato de cubierta con Plan Médico SSBV, que le da derecho a los beneficios establecidos en el contrato expedido a nombre de grupo contratante y asume las responsabilidades.
60. **SUSCRIPTOR PRINCIPAL:** Persona que suscribe este contrato, a través de una solicitud de ingreso.
61. **SUSCRIPTOR TARDÍO**: Significa un empleado elegible o dependiente que solicita acogerse a un plan médico de patronos de PYMES después del periodo de suscripción inicial, disponiéndose que dicho término nunca será menor de treinta (30) días.
62. **TELEMEDICINA:** Es la práctica de la medicina a distancia incorporando tanto el diagnóstico, el tratamiento y la educación médica mediante el uso de recursos tecnológicos para optimizar los servicios de atención en salud. Los mismos deben incluir, pero sin limitarse, servicios complementarios e instantáneos a la atención de un especialista; diagnósticos inmediatos por parte de un médico especialista en un área o región determinada; educación remota de alumnos de las escuelas de enfermería, profesionales de la salud y medicina; servicios de archivo digital de exámenes radiológicos, ecografías, emergencias médicas y otros. En el caso de Centros de Rehabilitación se incluirá para fines de Telemedicina a terapistas físicos, terapistas ocupacionales y terapistas del habla.
63. **TELESALUD:** significa la atención a distancia que profesionales de la salud, más allá de los médicos, ofrecen a sus pacientes mediante el uso de tecnologías, servicios electrónicos y de telecomunicaciones.
64. **TERAPIA EN GRUPO**: Modalidad de Tratamiento para el cuidado psiquiátrico que se enfoca en un grupo de pacientes que reciben tratamiento en conjunto. Está dirigido por un clínico con licencia, tiene un plan de tratamiento establecido y unas metas particulares de mejoramiento.
65. **VISITAS COLATERALES**: Se refiere a la visita a un clínico de salud mental que requiere la presencia de un familiar cercano, en el caso de un adulto o del padre o madre, custodio o tutor legal de un menor. Dicha visita tiene el propósito de aportar información y recibir orientación en lo relativo al manejo de la persona que recibe servicios de salud mental.

¿COMO FUNCIONA EL PLAN MÉDICO SSBV?

El Plan Médico SSBV es uno de tipo pre-pagado; por lo tanto, generalmente no tendrás que pagar al utilizar los servicios, excepto algunos deducibles, coaseguros y/o copagos en servicios médicos específicos, y en aquellos que estén contenidos en la cubierta basándose en reembolso. Esta es una cubierta ***[Platino,Oro]*** POS, el suscriptor tiene una cubierta de libre selección de proveedores de salud dentro de la red de proveedores, en donde el Plan Médico SSBV ha establecido dos (2) niveles de acceso a servicios médico-hospitalarios. En el primer nivel (Nivel 1), el suscriptor vendrá a obtener servicios médicos-hospitalarios disponibles dentro de la Red Preferida Bella Vista para tener, copagos y coaseguros más bajos. Si el suscriptor determina que desea visitar a otros proveedores fuera de los disponibles en la Red Preferida Bella Vista, accederá mediante la Red General Bella Vista al segundo nivel (Nivel 2). Es importante mencionar que no importa el nivel de acceso que determine, el suscriptor tendrá libre selección de escoger el proveedor de servicios que desee dentro de los contratados para ofrecer dichos servicios, tampoco se requiere que exista un referido para aquellos beneficiarios que padezcan de enfermedades crónicas o de alto costo, según definidos dichos términos por el Departamento de Salud.

Para recibir los servicios deberás presentar al proveedor participante tu tarjeta de identificación del Plan Médico SSBV. Dicha tarjeta deberá usarse únicamente para reclamar servicios para las personas elegibles cuyos nombres aparecen en la tarjeta. La misma no es transferible, y por lo tanto, no deberá prestarse, o de otra forma hacerse accesible, a otras personas que no tengan derecho a recibir servicios. Los servicios se prestan principalmente en el Hospital Bella Vista y/o la Policlínica Bella Vista y por los proveedores participantes indicados en el Directorio de Proveedores. Plan Medico SSBV notificará dentro de los veinte (20) días siguientes a incluir o excluir a un proveedor a su 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, Plan Medico SSBV haya recibido notificación de tal cambio.

Los servicios cubiertos en este contrato están limitados al área de Puerto Rico. Estos servicios deben ser prestados por proveedores participantes. Los servicios fuera de Puerto Rico, solo aplicaran en caso de emergencia o en casos que requieran de equipo, tratamiento y facilidades que no estén disponibles en Puerto Rico, sujeto a las disposiciones de la cubierta.

El Plan Médico SSBV tiene como reglamento que para que el suscriptor y los dependientes reciban ciertos servicios dentro de la cubierta deberán solicitar una pre-autorización. Las admisiones hospitalarias que no sean por salas de emergencia requieren pre-autorización. En aquellos servicios que el Plan Médico SSBV ha establecido que requieren pre-autorización, si los mismos son recibidos sin la autorización requerida, el Plan Médico SSBV no se hará responsable por el pago del servicio recibido. Todos los suscriptores gozan de beneficios médico-hospitalarios similares incluyendo los servicios por concepto de maternidad.

Esta cubierta provee beneficios para el tratamiento de una condición de emergencia en un hospital sin necesidad de autorización previa; independientemente de si el proveedor es un proveedor participante; y sin imponer ningún requisito administrativo o limitación que sea más restrictiva que la requerida para los servicios de los proveedores participantes, y al nivel de costos compartidos dentro de la red. No se negarán, ni se establecerán exclusiones para condiciones preexistentes, los suscriptores tienen el derecho a que no se discrimine por condiciones médicas preexistentes esto aplicará a todas las personas, independientemente de su edad.

Los Beneficios Esenciales de Salud (EHB), según descritos en el Affordable Care Act (ACA) contemplados en esta cubierta conllevan un máximo de gastos correspondientes que son responsabilidad del suscriptor (Maximum Out of Pocket o MOOP será determinado anualmente por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

El máximo que aplica a este contrato será equivalente al máximo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para el año de vigencia del mismo y representa la suma de gastos de bolsillo del suscriptor entiéndase; copagos y/o coaseguros establecidos para la cubierta médica y los medicamentos recetados (combinados). Cuando la persona cubierta alcance el máximo de gastos del bolsillo establecidos por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, el Plan Médico SSBV cubrirá los beneficios esenciales de salud al 100%. Este contrato tiene un máximo de desembolso de $6,350 dólares en un contrato individual y $12,700 en un contrato de pareja o contrato familiar. Este MOOP aplica para todos los beneficios integrados de esta cubierta (cubierta básica y beneficios de medicinas en farmacia). Sin embargo, servicios prestados por proveedores no participantes, pagos realizados por servicios no cubiertos, así como el pago de la prima no formaran parte de la acumulación del desembolso máximo.

En adición, no existe límites de por vida en dólares sobre los beneficios de salud esenciales (EHB) y no existen límites monetarios anuales sobre beneficios de salud esenciales (EHB) tenor con la Ley Pública 111-148, conocida como “Patient Protection and Affordable Care Act”, la Ley Pública 111-152, conocida como “Health Care and Education Reconciliation Act” y los reglamentos promulgados al amparo de éstas.

En caso de que Plan Medico SSBV no tenga una cantidad o variedad suficiente de proveedores participantes para proveer un beneficio cubierto, Plan Medico SSBV deberá garantizar a los suscriptores que obtengan los beneficios cubiertos al mismo costo que hubieran incurrido si hubiesen obtenido el servicio de proveedores participantes.

EL USO FRAUDULENTO DE LA TARJETA ES UN DELITO PROCESABLE POR LA LEY.

Toda persona suscrita será elegible para los beneficios ofrecidos por esta cubierta, sujeto a cualquier limitación que se incluya en el contrato, no se denegará, excluirá o limitará beneficios a las personas por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad de la persona.

EMPLEADO ELEGIBLE

Un empleado que trabaja a tiempo completo —semana regular de trabajo de treinta (30) horas o más—, o a tiempo parcial —al menos diecisiete y media (17.5) horas por semana regular de trabajo— para un patrono de PYMES, en una relación de buena fe de patrono y empleado que no se establece con el propósito de comprar un plan médico. El empleado, sus dependientes serán participantes a la fecha de este contrato. Plan Médico SSBV podrá verificar la elegibilidad de la persona suscrita para que se cumplan los requisitos necesarios para obtener los beneficios que provee esta cubierta. Los empleados activos y sus cónyuges, mayores de sesenta

y cinco (65) años, que estén acogidos a ambas Partes del Programa Medicare, podrán asegurarse bajo los beneficios de esta cubierta.

En este cómputo se deben incluir aquellos empleados que están ausentes del trabajo por motivo de alguna licencia o derecho reconocido por ley, tales como los beneficios que provee la Corporación del Fondo del Seguro del Estado o la "Family and Medical Leave Act of 1993". El término "empleado elegible" no incluye a un empleado temporero ni a los contratistas independientes.

Es importante mencionar que todo servicio o tratamiento médico-hospitalario que reciba el paciente será pagado hasta el último mes en el que se recibieron los pagos correspondientes del Plan Médico SSBV.

a. El Plan Medico SSBV ofrecerá cubierta médica a todos los empleados elegibles para un patrono de PYMES y sus dependientes, no limitará el plan médico únicamente a determinados empleados elegibles o dependientes del grupo

En adición, el Plan Medico SSBV:

b. no establecerá 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 establecerá 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.

FECHA DE CUBIERTA

El empleado, sus dependientes serán participantes a la fecha de este contrato, si la solicitud de ingreso grupal del empleado, que incluya en la misma a dichos dependientes elegibles, si alguno, sea suministrada al Plan Médico SSBV 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. Plan Médico SSBV podrá verificar la elegibilidad de la persona participante para que se cumplan los requisitos necesarios para obtener los beneficios que provee este contrato.

Para cualquier empleado nuevo, la solicitud para el plan deberá acompañarse con el documento correspondiente que acredite la fecha de elegibilidad del empleado, como la verificación de empleo. El plan es estos casos será efectivo el día primero del siguiente mes en aquel que se haga la solicitud. De no solicitarse el plan dentro de los mencionados treinta (30) días, se podrá solicitar en la próxima fecha de renovación del contrato. Toda solicitud que sea recibida en o antes del día 15 del mes, será efectiva el día primero 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.

CAMBIOS

Los cambios a su contrato son permitidos si ocurre cualquiera de los siguientes motivos:

1. Muerte de cualquiera de las personas suscriptas: Cuando cualquiera de las personas suscriptas muera durante la vigencia de esta cubierta, la solicitud de cambio para el cese de la cubierta deberá someterse dentro de los treinta (30) días inmediatamente siguientes a la fecha en que ocurrió la muerte; la cual deberá acreditarse con el Acta de Defunción. El cambio será efectivo el día primero del mes que sigue a aquel que ocurrió el evento.
2. Divorcio suscriptor principal: Cuando el suscriptor se divorcie durante la vigencia de esta cubierta, la solicitud de cambio para el cese de la cubierta deberá someterse dentro de los treinta (30) días inmediatamente siguientes a la fecha en que ocurrió el divorcio; el cual deberá acreditarse con la Sentencia de Divorcio y su correspondiente Notificación. El cambio será efectivo el primer día del mes que sigue al mes en que se entrega la debida documentación, el cual deberá acreditarse con la Sentencia de Divorcio y su correspondiente notificación o la notificación de terminación de pareja cohabitante que tiene que ser entregada en nuestras

oficinas. El cambio será efectivo el día primero del mes que sigue a aquel en que se haya notificado la Sentencia de divorcio por el tribunal, o que de otra manera se haya hecho legalmente efectivo el divorcio, si hubiere sido dictado por un tribunal de otra jurisdicción o la notificación de terminación de pareja cohabitante previamente notariada.

3. Que un hijo o hija, según la definición de dependiente directo de esta cubierta, deje de ser elegible como dependiente directo del suscriptor principal:
    a. Cuando el hijo o hija alcance la edad de veintiséis (26) años, la fecha de cumpleaños se tomará como la fecha de solicitud de cambio para la cancelación de cubierta. El mismo será efectivo el día primero del mes que sigue a la fecha de cumpleaños.
    b. Cuando un dependiente directo ingrese en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, la fecha de ingreso se tomará como la fecha de solicitud para el cese de la cubierta. El mismo será efectivo el primer día del mes que sigue al mes en que ocurrió el evento.
4. El Grupo médico al cual estoy inscrito (a) violó sustancialmente los términos de este contrato.
5. Recientemente, cambié de residencia (me mudé de área de servicio).
6. Estoy ejerciendo mi derecho de conversión a un plan individual, porque anteriormente estaba cubierto por un plan grupal con la misma compañía.

CONDICIONES ESPECIALES

Un empleado activo y sus dependientes directos elegibles podrán suscribirse bajo esta cubierta en cualquier momento durante un año contrato, en los primeros treinta (30) días del evento, bajo las siguientes condiciones, términos y limitaciones:

1. Matrimonio del empleado suscrito: Cuando el empleado que esté suscrito contraiga matrimonio durante el año contrato, podrá suscribir a su cónyuge y a aquellos dependientes directos que se hagan elegibles en virtud del matrimonio, siempre que la solicitud de ingreso al plan se presente en Plan Médico SSBV dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del matrimonio, y acredite el mismo con el Certificado de Matrimonio y evidencia que acredite a los nuevos dependientes directos como elegibles, según sea el caso.
2. Nacimiento, adopción, colocación para adopción o adjudicación de custodia:
    a. Cuando el empleado suscrito procree un hijo biológico, adopte legalmente a un menor, se coloque en su hogar a un menor para propósitos de ser adoptado por el empleado suscrito, o se le adjudique la custodia legal o la tutela de un menor, el empleado suscrito podrá incluirlo bajo este contrato. El evento tendrá que ser evidenciado con acta original de nacimiento, sentencia o resolución del Tribunal, o el documento oficial emitido por la agencia o autoridad gubernamental correspondiente, según sea el caso.
    b. En el caso de recién nacidos que son hijos biológicos del empleado suscrito, el plan cubrirá al recién nacido a partir del nacimiento con la solicitud de inclusión como dependiente y la presentación del Acta Original del Nacimiento. De no recibirse la solicitud de ingreso como dependiente en estos casos, Plan Médico SSBV cubrirá al recién nacido bajo el plan de salud del suscritor principal del recién nacido en el caso del contrato individual o el plan de salud del empleado suscrito o cónyuge del empleado suscrito en caso de contrato familiar durante los primeros treinta días de nacimiento mientras se completa el proceso de suscripción del menor.
    c. En el caso de menores recién adoptados por personas aseguradas a partir de la primera de las siguientes fechas:
        i. La fecha en que se colocan en el hogar del empleado cubierto con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes directos del empleado cubierto, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al menor del hogar donde había sido colocado;
        ii. La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del menor al empleado cubierto que tenga la intención de adoptarlo; o
        iii. La fecha de vigencia de la adopción.
    d. La cubierta para recién nacidos, menores recién adoptados o menores 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 que se hayan diagnosticado por un médico; y no estará sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.
    e. En los casos de niños recién nacidos, Plan Medico SSBV está obligada a proveer a las personas cubiertas una notificación razonable sobre lo siguiente:

i. Si para proveer cubierta a un recién nacido, se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan podrá exigir que el empleado suscrito notifique del nacimiento del menor y que proporcione el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento.
ii. Si el empleado suscrito no proporciona la notificación ni el pago de prima, el plan podrá optar por no continuar brindándole cubierta al menor dependiente más allá del periodo de treinta (30) días. En caso del recién nacido, que es hijo biológico del empleado suscrito, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del menor, el empleado suscrito emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del menor.
iii. Si por el contrario, el plan no requiriese pago de una prima podrá solicitar una notificación del nacimiento, pero no podrá denegar o rehusar continuar proveyendo la cubierta, si el empleado suscrito no proporciona dicha notificación.

f. En los casos de menores recién adoptados o menores colocados para adopción, la organización de seguros de salud o suscritor estará obligada a proveer al empleado suscrito una notificación razonable acerca de lo siguiente:
i. Si para proveer cubierta a un menor recién adoptado o un menor colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan podrá exigirle al empleado suscrito 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.
ii. Si el empleado suscrito no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, el plan no podrá tratar al menor adoptado o al menor colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes directos, que no sean recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.

g. Cuando el empleado suscrito tiene un contrato de tipo familiar y el evento de la adopción o colocación para adopción no conlleva el pago de prima adicional, el empleado suscrito debe dar aviso al plan sobre el evento dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de adopción o colocación para adopción y presentar las evidencias correspondientes para validar la elegibilidad del menor, el cumplimiento de los documentos sometidos con los requisitos legales y la consecuente expedición de la tarjeta de plan médico para el menor.

En estos casos, el plan cubrirá los servicios de estos menores desde la fecha de nacimiento, adopción o colocación de adopción.

3. Suscripción especial por pérdida de elegibilidad bajo otro plan grupal o terminación de contribuciones patronales para cubrir las primas de otro plan de salud grupal

Un empleado activo y sus dependientes directos elegibles (directos) podrán suscribirse a este contrato en un periodo especial de suscripción ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

a. En aquellos casos en que durante el periodo de tiempo en que estaban abiertas las suscripciones, el empleado activo no se suscribió en el plan médico de su patrono actual o no suscribió a un dependiente elegible, debido a que a esa fecha éste participaba de otro plan médico o cubierta extendida bajo la ley COBRA de su anterior patrono.
b. Porque su patrono anterior realizaba aportaciones a las primas del plan de salud que tenía hasta ese momento y cesó en su totalidad las aportaciones patronales al plan médico que tenían hasta ese momento.
c. El otro plan médico que tenía el empleado activo terminó conforme a los requisitos de elegibilidad de dicho plan médico, los cuales incluyen la separación, el divorcio, la muerte, la terminación del empleo, o reducción en el número de horas de empleo.
d. En el caso del nacimiento, adopción de un menor, adjudicación de custodia o tutela, el dependiente podrá suscribirse al plan médico. Refiérase al inciso 2 de esta Sección para las reglas y fechas de efectividad aplicables en estos casos.
e. En el caso de matrimonio, si el empleado elegible y su dependiente no estaban suscritos en el plan médico inicialmente, pueden suscribirse en éste durante el periodo de suscripción especial.
f. El empleado elegible o su dependiente pierde la cubierta mínima con los beneficios de salud esenciales.
g. El contrato anterior no ha sido cancelado por falta de pago o fraude de parte del suscrito.
h. Si la persona perdió elegibilidad al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

En todos estos casos, tanto el empleado activo como su dependiente elegible tendrán derecho a la suscripción especial a este contrato a partir de los 30 días de la ocurrencia del evento. Para poder acogerse a este beneficio de suscripción especial, la pérdida de elegibilidad bajo el otro plan no debe haberse suscitado por razón de la falta de pago de primas o por una terminación unilateral por parte del otro plan debido a fraude.

Este periodo de suscripción especial beneficia tanto al empleado activo como a sus dependientes directos elegibles quienes deberán cumplir con los requisitos de elegibilidad contenidos en los términos de este contrato al momento de solicitar la suscripción. En estos casos, el empleado será responsable de someter, junto con la solicitud de ingreso al plan, la carta de cancelación o asegurabilidad emitida por el otro plan o seguro, según lo dispone la ley.

4. Cuando un empleado suscrito o uno de sus dependientes directos elegibles no se había suscrito al plan de salud patronal durante el periodo de suscripción porque participaba en el programa Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés) y posteriormente pierde su elegibilidad en cualquiera de estos programas o adviene a ser elegible para un subsidio de primas bajo cualquiera de estos programas. En estos casos, el empleado suscrito y sus dependientes directos elegibles tendrán derecho a una suscripción especial y podrán solicitar su ingreso al plan de salud patronal dentro de los 60 días a partir de cualquiera de dichos eventos.

   En aquellos casos en que el suscrito principal (no custodio) de menores que figuran como dependientes directos bajo el contrato, o cuando suscritos que sean mayores de edad pero que figuren como dependientes directos elegibles bajo el contrato, soliciten el pago de indemnización directamente a su persona por éstos haber pagado por los servicios médicos cubiertos que se reclamen, Plan Médico SSBV podrá remitir el pago directamente a dicho padre no custodio o suscrito.

SUSCRIPTOR TARDÍO

Es un empleado elegible o dependiente que solicita acogerse al Plan Médico SSBV después del periodo de suscripción inicial de treinta (30) días. Se establece un periodo de suscripción de treinta (30) días para suscriptores. No se considerará un suscriptor tardío a un empleado elegible o dependiente alguno:

1. Si el empleado elegible o dependiente cumple con cada uno de los siguientes criterios:
   (a) Estaba cubierto bajo una cubierta acreditable al momento de la suscripción inicial;
   (b) Perdió la cubierta acreditable como resultado del cese de la aportación del patrono, la terminación de su empleo o de su elegibilidad, la reducción en el número de horas de su empleo, la terminación involuntaria de una cubierta acreditable, o la muerte de un cónyuge, divorcio o separación legal; y
   (c) Solicita acogerse dentro de treinta (30) días a partir de la terminación de la cubierta acreditable o el cambio en las condiciones que llevaron a la terminación de la cubierta.
2. Si el empleado elegible o dependiente se acoge durante un periodo de suscripción establecido, cuando se provea para ello en un plan médico o cuando de otra manera disponga la ley;
3. Si el empleado elegible está empleado por un patrono que ofrece múltiples planes médicos y éste elige un plan médico diferente durante un periodo de suscripción;
4. Si un tribunal ha ordenado que se provea cubierta para un cónyuge, hijo menor o dependiente bajo el plan médico de un empleado y se hace la solicitud de suscripción dentro de los treinta (30) días después de emitirse la orden del tribunal;
5. Si el estatus del empleado cambia de no elegible a uno de elegible y solicita suscripción dentro de los treinta (30) días después del cambio de estatus;
6. Si el empleado elegible o dependiente tenía cubierta bajo una disposición de continuación del "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)" y la cubierta bajo esa disposición se ha extinguido; o
7. El empleado elegible cumple con los requisitos de suscripción especial.

PERIODO DE SUSCRIPCIÓN PARA SUSCRIPTORES TARDÍOS

El Plan Médico SSBV permitirá que los suscriptores tardíos se suscriban conforme a los términos del plan médico durante un periodo especial de suscripción si:

(a) El suscriptor tardío estuvo cubierto por otro plan médico cuando se ofreció el plan médico de patronos de PYMES, incluyendo un plan médico conforme a las disposiciones de continuación de "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act" (COBRA).
(b) El otro plan médico que tenía el suscriptor tardío terminó conforme a los requisitos de elegibilidad de dicho plan médico, los cuales incluyen la separación, el divorcio, la muerte, la terminación del empleo, o reducción en el número de horas de empleo o las aportaciones patronales a la otra cubierta se han terminado y
(c) El suscriptor tardío solicita acogerse al plan de patronos de PYMES a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de vencimiento del otro plan médico.

Si un empleado solicita la suscripción, la cubierta entrará en vigor a más tardar el primer mes natural siguiente a la fecha en que se recibió la solicitud de suscripción.

RENOVACIÓN

La renovación de la cubierta es automática a todos los empleados elegibles y sus dependientes, excepto en los casos siguientes:

1. Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia;
2. Cuando el suscriptor realiza un acto que constituye fraude. En tal caso, el plan médico puede elegir no renovar el plan médico al suscriptor por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;
3. Cuando el suscriptor ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal caso, el plan médico puede elegir no renovar el plan médico al suscriptor por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;
4. Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos por el Plan Médico SSBV.
5. Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;
6. Cuando el plan médico determina descontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos formalizados con patronos de PYMES en Puerto Rico. En estos casos, el plan médico notificará por escrito al Comisionado, al patrono de PYMES y los suscriptores, su determinación de no renovar, por lo menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha de renovación del plan médico. El plan médico que determina descontinuar el ofrecimiento de planes médicos conforme lo aquí dispuesto, estará impedido de suscribir nuevo negocio en el mercado de patronos de PYMES en Puerto Rico por un período de cinco (5) años, comenzando en la fecha en que el plan médico cesó el ofrecimiento de tales planes médicos.
7. Cuando el Comisionado decide que la continuación del plan médico no responde a los mejores intereses de los titulares, o afectaría la capacidad del plan médico de cumplir sus obligaciones contractuales.
8. Cuando, en el caso de los planes médicos que se hacen disponibles en el mercado de grupos pequeños mediante un plan de red preferida, ya no hay un empleado del patrono de PYMES que viva, trabaje o resida dentro del área geográfica establecida.

En el caso de que un plan médico de patronos de PYMES que lleve a cabo negocios en un área geográfica de servicio en Puerto Rico, las reglas establecidas sólo serán aplicables a las operaciones del plan médico en dicha área de servicio. Además de lo dispuesto en este Artículo, el plan médico cumplirá en todo momento con la reglamentación federal aplicable, según codificada en 45 C.F.R. sec. 146.152 ("Guaranteed renewability of coverage for employers in the group market").

DEDUCIBLES, COASEGUROS Y/O COPAGOS:

Con el fin de mantener las tarifas del Plan Médico SSBV lo más económicas posible y a la vez promover el uso más adecuado de los servicios, se establecen deducibles, coaseguros y/o copagos en ciertos servicios. Los que aplican a tu contrato, se indican en el detalle de la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros, conforme a la cubierta metálica que en la cual se suscriba. Debes familiarizarte bien con los deducibles, coaseguros y/o copagos que aplican a cada servicio para que estés preparado cuando vayas a requerir ese tipo de servicio.

El término deducible significa la cantidad de dinero pre-establecida según la cubierta metálica que podrá pagar por adelantado antes de lograr tener cubierta a través de copagos y/o coaseguros. Dichos deducibles, coaseguros y/o copagos representan, como regla general, una porción de lo que tu Plan Médico SSBV le paga al proveedor por los servicios médico que te brinda.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO

Reembolsos por gastos incurridos en facilidades y proveedores no participantes, excepto los servicios de emergencias.

La operación del Plan Médico SSBV está basada en el uso de facilidades participantes para prácticamente todos los servicios cubiertos. Si algún suscriptor necesita servicio de alguna especialidad que no esté contratada o no tenga acceso a la misma, se podrá comunicar al Plan Médico SSBV para poder asistirle en coordinar el servicio o la contratación con otro proveedor.

Todo reembolso está sujeto a evaluación y aprobación del Plan Médico SSBV, Inc.

Al solicitar reembolso debes cumplir con las siguientes condiciones. De no cumplir con estas condiciones su reembolso será devuelto.

- Debe ser un servicio que este establecido como cubierto.
- Solicitud de Reembolso debe ser llenada en su totalidad por el suscriptor y el médico (proveedor).
- Incluir recibos originales.
- No debe tener balance pendiente de pagar por concepto del pago de prima.
- La solicitud debe ser sometida en un lapso de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio.
- Deberá someter copia de la documentación médica del caso, si así es requerida por el Auditor Médico para propósitos de evidenciar la necesidad médica.

AVISO GENERAL SOBRE LAS PROTECCIONES, PROTECCION AL CONSUMIDOR, TRANSPARENCIA, CONTROL DE COSTOS Y RESPONSABILIDAD FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Plan Medico SSBV notificará dentro de los veinte (20) días siguientes a incluir o excluir a un proveedor a su 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, Plan Medico SSBV haya recibido notificación de tal cambio. Servicios fuera de la red, se reembolsará, según las tarifas contratadas a nuestros proveedores, después de aplicado el coaseguro y/o copago según sea el caso. Además, servicios electivos están sujetos a pre-autorización (según aplique). En nuestra página web www.planmedicobellavista.com encontrara la Hoja de Reembolso, Directorio de Proveedores en donde se indican los proveedores de servicios médicos que están activos en la red y ejemplos del proceso de reembolso. Puede llamar al (787)833-8070 de 7:00am a 11:00pm para información relacionada a proveedores y costos de los servicios cubiertos.

De Plan Medico SSBV autorizar a un proveedor de servicios médicos 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, se notificará de ello a la persona cubierta tan pronto sea posible. De no proporcionar 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 del plan de salud de la persona.

Se incluye la Información sobre Beneficios, a toda correspondencia sobre reembolso al suscriptor, y al proveedor, una notificación clara y concisa de que 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 del Plan Medico SSBV, al número (787)833-8070. El suscriptor o su representante personal tienen el derecho de comunicarse a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico al teléfono (787) 304-8686 y a la dirección postal: PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415 para informar o impugnar un cargo fuera de la red.

Se emite una tarjeta de identificación de seguro de salud al suscriptor primario bajo un plan de salud. La tarjeta indicará las cubiertas a las que tiene beneficio y los copagos y/o coaseguros que el suscriptor es responsable.

Si los intentos de negociar un reembolso por los servicios prestados por un proveedor fuera de la red, de conformidad con las disposiciones del inciso (c) del Artículo 48.080. del Código de Seguros de Salud de PR, no resulta en una resolución de la disputa y la diferencia entre las ofertas finales de Plan Médico SSBV y el proveedor es mayor a mil dólares ($1,000.00), el Plan Médico SSBV y/o el proveedor fuera de la red podrá iniciar un procedimiento de arbitraje para determinar el pago por los servicios.

Si los intentos de negociar un reembolso por servicios entre un proveedor de atención médica fuera de la red y un miembro de un plan autofinanciado que no elige estar sujeto a la disposición del Artículo 48.080 de este Capítulo, no resultan en una resolución de la disputa dentro de los treinta (30) días posteriores al envío de la factura al miembro del plan, este último o el proveedor de atención médica fuera de la red, podrán iniciar un procedimiento de arbitraje para determinar el pago de los servicios. Excepto en los casos en que las negociaciones para el reembolso resulten en un acuerdo entre el proveedor y el miembro del plan dentro de los treinta (30) días, ningún proveedor cobrará ni intentará cobrar el reembolso y tampoco iniciará cualquier procedimiento de cobro, hasta que presente una solicitud de arbitraje con la Oficina del Comisionado de Seguros conforme a lo aquí dispuesto.

SERVICIOS PREVENTIVOS

El Plan Médico SSBV administra su cubierta de beneficios conforme al "Patient Protection and Affordable Care Act" (PPACA) (P.L. 111-148) y la "Health Care Education Affordability Act of 2010" (P.L. 111-152). Los servicios de cuidado preventivo estarán cubiertos con $0 copago de acuerdo a la edad y género del suscriptor a través de proveedores participantes. 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 del 6 de julio de 2001. Los servicios cubiertos según los estándares vigentes por el Departamento de Salud, Programa Medicaid, Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría incluyen evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición, además de todos los cernimientos periódicos dispuesto en Ley.

Servicios de Medicina Preventiva

- Evaluación de un médico que sea apropiada para la edad y el género.
- Consejería sobre la reducción de los Factores de Riesgo e interacción para cambios en la conducta.
- El servicio de medicina preventiva incluye el historial y los exámenes físicos de acuerdo a edad y género.

Servicios Preventivos Cubiertos Para Adultos

1. **Cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA**) - Un cernimiento de por vida para para aneurisma aórtico abdominal (AAA) mediante ecografía en hombres de entre 65 y 75 años que alguna vez han fumado.
2. **Cernimiento de trastornos de ansiedad** - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de trastornos de ansiedad en adultos (64 años o menos), incluidas las personas embarazadas y en posparto.
3. **Cáncer colorectal** - 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.
4. **Detección de depresión y riesgo de suicidio para adultos** - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de depresión en la población adulta, incluidas las personas embarazadas y en posparto, así como en los adultos mayores (65 años o más).
5. **Asesoramiento sobre alimentación saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos con factores de riesgo cardiovascular** - La USPSTF recomienda ofrecer o referir a adultos con sobrepeso u obesidad y factores de riesgo adicionales de enfermedad cardiovascular (ECV) a intervenciones intensivas de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de ECV.
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 cernimiento de la infección por el virus de la hepatitis C: adolescentes y** adultos - El USPSTF recomienda el cernimiento de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en adultos de 18 a 79 años.

8. **Cernimiento de hipertensión en adultos de 18 años o más sin hipertensión conocida** - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de hipertensión en adultos de 18 años o más mediante la medición de la presión arterial en el consultorio. El USPSTF recomienda obtener mediciones de la presión arterial fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
9. **Prevención de la Adquisición del VIH:** Profilaxis Preexposición: adolescentes y adultos con mayor riesgo de contraer VIH - El USPSTF recomienda que los médicos prescriban profilaxis previa a la exposición utilizando una terapia antirretroviral eficaz a personas que tienen un mayor riesgo de contraer el VIH para disminuir el riesgo de contraer el VIH. Consulte la sección Consideraciones prácticas para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirretroviral eficaz.
10. **Prueba de cernimiento del VIH: adolescentes y adultos no embarazadas** - Los médicos que realizan pruebas de cernimiento de la infección por VIH en adolescentes y adultos de (15) a (65) años de edad. Los adolescentes más jóvenes y los adultos mayores que tienen un mayor riesgo también deben someterse a pruebas de cernimiento. Según exige la Ley 45-2016 una prueba de VIH al año como parte de los estudios de rutina para cualquier evaluación médica, excepto para mujeres embarazadas a las que se aplican los requisitos de la USPSTF. Debe tener en cuenta las recomendaciones establecidas en las reglamentaciones sobre el VIH del Departamento de Salud.
11. **Vacunas** - Para adultos las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían: hepatitis A, hepatitis B, herpes zóster, virus del papiloma humano, influenza (vacuna contra la gripe), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumococo, tétanos, difteria, tos ferina, varicela, Haemophilus influenza tipo b. Se deben cubrir las recuperaciones. Vacuna contra el COVID-19 como parte de las inmunizaciones preventivas para mayores de 19 años y adultos mayores, según el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), de los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC), de conformidad con el Artículo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Vacuna Mpox recomendada para cualquier persona con riesgo de infección por Mpox. Vacuna contra el Virus Sincitial Respiratorio (VRS) recomendada para administración estacional durante el embarazo y adultos mayores de 60 años. Consulte las recomendaciones de los CDC.
12. **Cernimiento de infección latente de tuberculosis** - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de LTBI en poblaciones con mayor riesgo. Consulte la sección "Evaluación del riesgo" para obtener información adicional sobre adultos con mayor riesgo.
13. **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. Los exámenes de cernimiento deben suspenderse una vez que una persona no ha fumado durante (15) años o desarrolla un problema de salud que limita sustancialmente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una cirugía pulmonar curativa.
14. **Asesoramiento y cernimiento de obesidad: adultos** - La USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan o refieran a los adultos con un índice de masa corporal de 30 o más (calculado como el peso en kilogramos dividido por la altura en metros cuadrados) a intervenciones conductuales intensivas de componentes múltiples.
15. **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.
16. **Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)** - La USPSTF recomienda consejería conductual intensiva para todos los adolescentes sexualmente activos y para los adultos que tienen un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS).
17. **Uso de estatinas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en adultos: preventivo Medicamento** - 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.
18. **Examen de cernimiento 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.

19. **Cese del tabaquismo y medicamentos: adultos no embarazadas** - La USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todos los adultos sobre el consumo de tabaco, les aconsejen que dejen de consumir tabaco y proporcionen intervenciones conductuales y farmacoterapia aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el abandono del consumo de tabaco en adultos no embarazadas. Para aquellos que usan productos para dejar de fumar, este plan cubre el envío de medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar durante (90) días consecutivos en un intento y hasta (2) intentos por año. La recomendación no establece ninguna diferencia en el nivel de medicación para dejar de fumar. Si el formulario incluye el medicamento, no se puede aplicar ningún costo compartido independientemente del nivel específico.
20. **Examen de cernimiento de tuberculosis: adultos** - El USPSTF recomienda el cernimiento de infección tuberculosa latente en poblaciones con mayor riesgo.
21. **Consumo de alcohol no saludable: adultos** - El USPSTF recomienda el cernimiento del consumo de alcohol no saludable en entornos de atención primaria en adultos de 18 años o más, incluidas las mujeres embarazadas, y proporcionar a las personas involucradas en el consumo de alcohol de riesgo o peligrosas intervenciones breves de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol no saludable.
22. **Uso de drogas no saludables: adultos** - La USPSTF recomienda el cernimiento haciendo preguntas sobre el uso de drogas nocivas en adultos de 18 años o más. el cernimiento se debe implementar cuando se puedan ofrecer o derivar servicios para un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y una atención adecuada. (el cernimiento se refiere a hacer preguntas sobre el uso de drogas no saludables, no a analizar muestras biológicas).

Servicios Preventivos Cubiertos Para Mujeres, Incluidas Embarazadas

1. **Prueba de cernimiento de bacteriuria asintomática: personas embarazadas** - La USPSTF recomienda el cernimiento de bacteriuria asintomática mediante cultivo de orina en personas embarazadas.
2. **Cáncer relacionado con BRCA: evaluación de riesgos, asesoramiento genético y pruebas genéticas** - La USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria evalúen a las mujeres con antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, de ovario, de trompas o peritoneal o que tengan una ascendencia asociada con mutaciones genéticas de susceptibilidad al cáncer de mama 1 y 2 (BRCA1 / 2) con una breve descripción familiar adecuada. herramienta de evaluación de riesgos. Las mujeres con un resultado positivo en la herramienta de evaluación de riesgos deben recibir asesoramiento genético y, si está indicado después del asesoramiento, pruebas genéticas.
3. **Uso de medicamentos preventivos contra el cáncer de mama para reducir el riesgo** - La USPSTF recomienda que los médicos se ofrezcan a recetar medicamentos para reducir el riesgo, como el tamoxifeno, el raloxifeno o los inhibidores de la aromatasa, a las mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama de 35 años o más y un riesgo bajo de efectos adversos de los medicamentos.
4. **Examen de cernimiento de cáncer de mama** - La USPSTF recomienda la mamografía de cernimiento para las mujeres, con o sin examen clínico de los senos, cada 1 a 2 años para las mujeres de 40 años o más. La USPSTF recomienda una mamografía de cernimiento bienal para mujeres de (50) a (74) años.
5. **Lactancia -** Asesoramiento y apoyo integral en lactancia, por parte de un proveedor capacitado durante el embarazo y / o en el período posparto, y el costo del acceso a equipos y suministros para la lactancia, junto con cada parto. No se aplican límites monetarios. El equipo y los suministros para la lactancia materna no se pueden proporcionar mediante reembolso o en la cobertura médica principal opcional.
6. **Examen de cernimiento de cáncer de cuello uterino** - La USPSTF recomienda el cernimiento del cáncer de cuello uterino 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 el cernimiento cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con la prueba del virus del papiloma humano de alto riesgo (hrHPV) sola o cada 5 años con la prueba del hrHPV en combinación con la citología (prueba simultánea).
7. **Detección de clamidia en todas las mujeres sexualmente activas, incluidas las embarazadas**- El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de clamidia en todas las mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y en mujeres de 25 años o más que tienen un

mayor riesgo de infección.

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 -** La USPSTF recomienda que todas las mujeres que planean o puedan tener un embarazo tomen un suplemento diario que contenga (0,4) a (0,8) mg (400 a 800 mcg) de ácido fólico.
12. **Diabetes mellitus gestacional** - 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. **Examen de cernimiento de hepatitis B: mujeres embarazadas** - Pruebas de cernimiento para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.
15. **Examen de cernimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): personas embarazadas** - El USPSTF recomienda que los médicos evalúen la infección por VIH en todas las personas embarazadas, incluidas las que se presentan durante el trabajo de parto o el parto cuyo estado de VIH se desconoce. En cuanto a las mujeres embarazadas, todas las organizaciones de servicios de salud deben cubrir y no imponer costos. compartir requisitos con respecto a las siguientes pruebas incluidas en las recomendaciones más recientes de la USPSTF: 1) Una primera prueba de VIH durante el primer trimestre del embarazo en la primera visita prenatal, y 2) Una segunda prueba durante el tercer trimestre del embarazo (entre las (28) y (34) semanas de embarazo).
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. **Examen de cernimiento de osteoporosis: mujeres de 65 años o más** - La USPSTF recomienda el cernimiento 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. **Trastornos hipertensivos del embarazo cribado de personas embarazadas asintomáticas -** El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de trastornos hipertensivos en personas embarazadas midiendo la presión arterial durante todo el embarazo.
23. **Examen de incompatibilidad RH -** Tipado sanguíneo Rh (D) y pruebas de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita para atención relacionada con el embarazo. Además, pruebas repetidas de anticuerpos Rh (D) para todas las mujeres Rh (D) negativas no sensibilizadas entre las (24) y las (28) semanas de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) negativo.
24. **Cernimiento de ansiedad** - La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda el cernimiento de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas las embarazadas o en el posparto. Se desconocen los intervalos de cernimiento óptimos y se debe utilizar el juicio clínico para determinar la frecuencia de cernimiento. Dada la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y los múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar la posibilidad de realizar pruebas de cernimiento en mujeres que no se hayan sometido a pruebas recientemente.
25. **Cernimiento de diabetes mellitus después del embarazo** - La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (WPSI, por sus siglas en inglés) recomienda la detección de diabetes tipo 2 en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG) que actualmente no están embarazadas y que no han sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2. Idealmente, las pruebas iniciales deben realizarse dentro del primer año posparto y se puede realizar tan pronto como 4 a 6 semanas después del parto. Las mujeres que no se hicieron la prueba de detección en el primer año posparto o aquellas con un resultado negativo en la prueba de detección posparto inicial deben hacerse la prueba al menos cada 3 años durante un mínimo de 10 años después del embarazo. Para aquellas con un resultado positivo en la prueba de detección en el período posparto temprano, la prueba debe repetirse al menos 6 meses después del parto para confirmar el diagnóstico de diabetes, independientemente del tipo de prueba inicial (p. ej., glucosa plasmática en ayunas, hemoglobina A1C, prueba de tolerancia oral a la glucosa). La repetición de la prueba también está indicada para las mujeres examinadas con hemoglobina A1C en los primeros 6 meses posteriores al parto, independientemente de si los resultados de la prueba son positivos o negativos porque la prueba de hemoglobina A1C es menos precisa durante los primeros 6 meses posteriores al parto. 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. **Examen de cernimiento de sífilis: mujeres embarazadas -** Cernimiento temprana de la infección por sífilis en todas las mujeres embarazadas.
27. **Cernimiento de incontinencia urinaria en mujeres** - La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda el cernimiento de incontinencia urinaria en mujeres como un servicio preventivo. Los factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluyen el

aumento de la paridad, la edad avanzada y la obesidad; sin embargo, estos factores no deben usarse para limitar el cernimiento. Varias herramientas de cernimiento demuestran una precisión de regular a alta en la identificación de la incontinencia urinaria en mujeres. Aunque se desconocen los intervalos mínimos de cernimiento, dada la prevalencia de la incontinencia urinaria, el hecho de que muchas mujeres no presentan síntomas voluntarios 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.

Servicios Preventivos Cubiertos Para Niños

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. **Cernimiento de ansiedad en niños y adolescente de 8 a 18 años** - El USPSTF recomienda la detección de ansiedad en niños y adolescentes de 8 a 18 años.
3. **Examen de cernimiento de trastornos del espectro autista** - Pruebas de cernimiento para niños a los (18) y (24) meses.
4. **Evaluación conductual/social/**emocional - La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomienda una evaluación anual desde recién nacido hasta los 21 años.
5. **Concentración de bilirrubina** - Cernimiento de recién nacidos.
6. **Presión sanguínea** - 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. **Examen de sangre** - Cernimiento de recién nacidos.
8. **Displasia cervical** - Cernimiento de mujeres sexualmente activas.
9. **Depresión y riesgo de suicidio en niños y adolescentes** - 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. **Cernimiento y vigilancia del desarrollo** - Cernimiento de niños menores de 3 años y vigilancia durante la niñez.
11. **Dislipidemia** - Pruebas de cernimiento para todos los niños una vez entre 9 y 11 años y una vez entre 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. **Medicación profiláctica para la gonorrea: recién nacidos** - La USPSTF recomienda medicación tópica ocular profiláctica para todos los recién nacidos para prevenir la oftalmía neonatal gonocócica.
13. **Escuchando** - Cernimiento de pérdida auditiva en todos los recién nacidos y en niños una vez entre los 11 y los 14 años, una vez entre los 15 y los 17 años y una vez entre los 18 y los 21 años.
14. **Índice de estatura, peso y 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. **Examen de hematocrito o hemoglobina** - Un cernimiento para todos los niños
16. **Examen de cernimiento de hemoglobinopatías: recién nacidos** - Cernimiento de anemia de células falciformes en 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 cernimiento de hipotiroidismo: recién nacidos** - Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.
19. **Inmunización -** Las vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años, las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían: difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenza tipo b, hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano, poliovirus inactivado, influenza (vacuna contra la gripe), Sarampión, Paperas, Rubéola, Meningococo, Neumococo, Rotavirus, Varicela. Se deben cubrir las recuperaciones.
    Vacunación contra el VPH a partir de los (9) años de edad para niños y jóvenes con antecedentes de abuso o agresión sexual que no hayan iniciado o completado la serie de (3) dosis (recomendación ACIP).
    Vacuna contra el COVID-19 como parte de las inmunizaciones preventivas para bebés y niños de 6 meses a 12 años y adolescentes de 13 a 18 años, de acuerdo con el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), de conformidad con el Artículo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.
    Vacuna contra el dengue para niños de 9 a 16 años que viven en áreas endémicas de dengue Y que tienen confirmación de laboratorio de infección previa por dengue: series de 3 dosis administradas a los 0, 6 y 12 meses de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
    Vacunación Mpox en adolescentes de 18 años según los factores de riesgo sexual de infección por Mpox. Consulte las recomendaciones de los CDC.
    Vacunación contra el virus sincitial respiratorio para jóvenes embarazadas en el rango de edad de 11 a 12 años y hasta 18 años. Consulte las recomendaciones de los CDC.
    Una (1) dosis de vacuna materna RSV durante las semanas 32 a 36 de embarazo, administrada de septiembre a enero. Abrysvo es la única vacuna contra el VRS recomendada durante el embarazo. Consulte las recomendaciones de los CDC.
    La inmunización contra el virus respiratorio sincitial recomendó una (1) dosis de nirsevimab para todos los bebés de 8 meses o menos nacidos durante o entrando en su primera temporada de VRS. Una (1) dosis de nirsevimab para bebés y niños de 8 a 19 meses que tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedad grave por VRS y están entrando en su segunda temporada de VRS. Consulte las recomendaciones de los CDC
20. **Cernimiento 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: (0) a (21) años.
23. **Examen de cernimiento de obesidad: niños y adolescentes** - La USPSTF recomienda que los médicos evalúen a los niños de (6) años en adelante para detectar la obesidad y les ofrezcan o los remitan a intervenciones conductuales integrales e intensivas para promover la mejora en el estado de peso.
24. **Salud bucal** - Evaluación de riesgos para niños pequeños. Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años.
25. **Examen de cernimiento de fenilcetonuria (PKU): recién nacidos** - Cernimiento de fenilcetonuria en recién nacidos.
26. **Prevención de caries dental en niños menores de 5 años: detección e intervenciones: niños menores de 5 años** - La 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. **Asesoramiento conductual para el cáncer de piel** - La USPSTF recomienda asesorar a los adultos jóvenes, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre cómo minimizar la exposición a la radiación ultravioleta (UV) en personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara 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. **Consumo de tabaco: niños y adolescentes** - El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria brinden intervenciones, incluida la educación o el 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.

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

Vacunación incluyendo las vacunas retrasadas en el calendario del niño ("Catch ups")

- Niños, adolescentes y adultos de acuerdo a lo especificado en los itinerarios de vacunación del CDC(Centers for Disease Control and Prevention, por sus siglas en ingles).
    - Las vacunas están sujetas a los requisitos específicos del Departamento de Salud de Puerto Rico y también dependen de la efectividad según lo descrito por el Fabricante y aprobado por la FDA.
- Consejería y administración sobre vacuna.
- Inmunización contra el virus respiratorio sincitial de acuerdo a lo establecido por los protocolos del Departamento de Salud de Puerto Rico. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros.

Inmunización de los Niños de acuerdo al Itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico incluyendo las vacunas retrasadas en el calendario del niño ("Catch ups"):

Hepatitis (Hep B) Difteria, Tétano y Pertusis (Tos Ferina) DTaP Toxoides de Tétano y Difteria (Tdap) Rotavirus Inactivated Poliovirus (IPV) Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib) Neumococo (PCV) y (PPV) Sarampión, Papera y Rubéola (MMR) Varicela (Var) Hepatitis A (A) Meningococo (MCV) y (MPS) Influenza A (H1N1))	Según se indica en el Itinerario de Vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) del año vigente de esta cubierta.

Dengue (DENA4CYD)	

Niños, adolescentes y adultos de acuerdo a lo especificado en los itinerarios de vacunación del CDC, incluyendo las vacunas retrasadas en el calendario del niño ("Catch ups"):

Tétano, Difteria y Pertusis (Tos Ferina) (Td/Tdap) Human Papillomavirus (HPV) Varicela Herpes Zoster Sarampión, Papera y Rubéola (MMR) Influenza Neumococo	Según se indica en el Itinerario de Vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) del año vigente de esta cubierta.
Hepatitis A Hepatitis B Meningococo Influenza A (H1N1) Dengue (DENA4CYD)	Según se indica en el Itinerario de Vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) del año vigente de esta cubierta.

***Las áreas endémicas incluyen Puerto Rico, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Estados Federados de Micronesia, República de las Islas Marshall y la República de Palau.**

Esta cubierta requiere los servicios de 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". 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.

Se provee cubierta para los tratamientos, medicamentos y pruebas de diagnóstico a los pacientes que presenten síntomas consistentes con la influenza, sin distinción de los tipos de virus influenza para el cual el médico ordene la pruebas o los tipos de pruebas disponibles para detectar los virus de la influenza acorde con la Orden Administrativa No. 554 y No.579.

En este contrato se cubren la visita anual preventiva, pruebas de cernimiento preventivo y vacunas según lo dispone la Ley 218 del 30 de agosto de 2012 según recomendado por el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico.

El Plan Médico SSBV administra su cubierta de beneficios conforme al "Patient Protection and Affordable Care Act" (PPACA) (P.L. 111-148) y "Health Care Education Affordability Act of 2010" (P.L. 111-152) y sus reglamentos aplicables. Todos los beneficios aquí expresados estarán sujetos a las condiciones y disposiciones de su contrato. Los servicios de cuidado preventivo estarán cubiertos con $0 copago de acuerdo a la edad y género del suscriptor.

En este contrato se cubren la visita anual preventiva, pruebas de cernimiento preventivo y vacunas según lo dispone la Ley 218 del 30 de agosto de 2012 según recomendado por el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico.

En adición a los servicios preventivos cubierto por legislación federal, se incluyen los servicios preventivos relacionados a la detección temprana de cáncer de seno. Según establece la Ley 275 del 27 de septiembre de 2012, se provee 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 sono-mamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente , los exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical. No se rechazará o negará ningún tratamiento acordado y/o incluido como parte de los términos y condiciones del contrato firmado por las partes cuando una recomendación médica a tales efectos así lo requiera.

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

Plan Médico SSBV brindará, como parte de los beneficios de la atención preventiva de su cobertura básica, mamografías y otras pruebas de diagnóstico y detección de cáncer de mama, de acuerdo con prácticas aceptables, de acuerdo con lo siguiente:

a. una mamografía de referencia, para mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años,
b. una mamografía anual para mujeres de cuarenta (40) años o más
c. una mamografía anual, un tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico complementarias:
    i. para mujeres de cuarenta (40) años de edad o más, que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso, según lo determinado por mamografía por un radiólogo, según la escala de densidad mamaria del Informe de proyección de imágenes y sistemas. y sistema de datos, BI-RADS, promulgado por el Colegio Americano de Radiología
    ii. a mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama porque:
        1. a su historia familiar
        2. a su propia historia como paciente de cáncer
        3. presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o
        4. otro factor determinado por su médico.

En cumplimiento con la Ley, Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista garantiza la cubierta de tratamiento, monitoreo de la salud física y emocional que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, cuando medie una recomendación médica para los pacientes diagnosticado con cáncer y sobrevivientes de cáncer.

El Plan Médico SSBV 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 Diagnostico de los Pacientes de Cáncer en PR” conocida como “Ley

Gabriela Nicole Correa del 1 de agosto de 2020". También se utilizará el "Local Coverage Determinations-LCD from First Coast Service Options, INC", "Medicare Approved Compendia List", "National Coverage Determations Alphabetical Index", "Milliman Care Guidelines". El Plan Médico SSBV deberá remitir su aprobación o denegación de medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas dentro de un término de 24 a 72 horas de recibida la solicitud o dentro del término de 24 horas, de tratarse de un caso marcado urgente o expedito. Se podrá permitir que se designe, en pacientes de cáncer, un médico especializado en oncología, en calidad de proveedor de cuidado primario; siempre y cuando ese profesional de la salud emita su consentimiento a tal designación. Conforme a la Ley 79 del 1 de agosto de 2020.

Los derechos establecidos en la Ley Núm. 79 de 1 de agosto de 2020, serán adicionales a los provistos por la Ley 275-2012, según enmendada, conocida como la "Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer", y tendrán el alcance y se regirán de conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y la reglamentación federal y local adoptada al amparo de esta y cualquier otra ley o reglamento sucesor o aplicable en el ámbito federal o local.

Todo paciente tendrá derecho a recibir el tratamiento que su médico le recomiende, sin limitaciones, que el paciente reciba un tratamiento de mayor efectividad y de vanguardia, disponible en el mercado, en conformidad con las cubierta y protocolos diseñados al amparo de los Artículos 5 y 9 de esta Ley.

El costo de servicios de cuidado de la salud, tratamientos, medicamentos o pruebas diagnósticas incluidas como mandatorias y uniformes, no dispondrán que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a discreción por parte de la organización de seguros de salud, ni contendrán normas de interpretación o revisión que contravengan lo dispuesto en esta Ley.

Todos los beneficios mandatorios establecidos por el Gobierno de Puerto Rico y/o Gobierno Federal estarán cubiertos según incluidos en este contrato. De existir algún servicio mandatorio no incluido en este contrato el mismo será cubierto según la reglamentación existente.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Es requisito que el suscriptor al hospitalizarse por razón de lesiones o enfermedad pague al hospital participante, al momento de su ingreso, el copago establecido. Además, deberá pagar los copagos y/o coaseguros por los servicios hospitalarios que apliquen. Esta cantidad no es reembolsable por el Plan Médico SSBV.

El Plan Médico SSBV paga por los servicios contratados con la institución hospitalaria correspondiente durante la hospitalización del suscriptor, durante la vigencia del contrato del suscriptor, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria. En cualquier periodo de hospitalización se cuenta el día de ingreso, pero no se cuenta el día en que el paciente es dado de alta por el médico a cargo del caso. El Plan Médico SSBV no será responsable por los servicios recibidos por cualquier suscriptor si ésta permanece en el hospital, después de haber sido dada de alta por el médico a cargo del caso, ni tampoco será responsable por cualquier día o días de pase que le sean concedidos al paciente para ausentarse del hospital durante el mismo periodo de hospitalización.

El Plan Médico SSBV tiene una Red de Hospitales donde recibir los servicios hospitalarios, excepto que no esté disponible la especialidad médica. En el caso que el suscriptor necesite acceder un proveedor no participante, requerirá de una pre-autorización para recibir los servicios. Este requisito no aplica en casos de emergencia.

Los servicios de hospitalización se extenderán en caso de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo, para el suscriptor, cónyuge, hija dependiente y/o cohabitante (no existe exclusión alguna por condición de embarazo).

Cualquier otro cuidado médico necesario estará cubierto sólo si el niño(a) es suscrito de acuerdo a las disposiciones de dependientes directos de este Contrato excepto lo dispuesto por el Artículo 3 de la Ley Núm. 248 de 15 agosto de 1999 dispone que, si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo de tiempo menor al dispuesto, 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 cuido 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.

Beneficios	Deducibles, Copagos y Coaseguros
Hospitalización	
• Habitación semiprivada • Habitación de aislamiento • Comidas y dietas especiales • Uso de servicios de telemetría • Sala de Operaciones y de Recuperación • Uso de Sala de Parto y Ante parto • Uso de Sala para Recién Nacido • Producción e interpretación de Monitoreo Fetal • Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para Infantes (*Step Down Unit*)	Cubierto. Refiérase a la sección Hospitalización en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros
• Uso de las unidades de Cuidado Intensivo, Coronario, Intensivo de Pediatría e Intensivo de Neonatología • Servicio general de enfermería • Administración de anestesia • Servicios de laboratorios clínicos • Electrocardiogramas	Cubierto. Refiérase a la sección Hospitalización en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros
• Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos relacionados con hiperalimentación y materiales de anestesia • Estudios radiológicos • Servicios de terapia física, rehabilitación y habilitativa • Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes • Servicios de terapia respiratoria • Pruebas de gases arteriales	Cubierto. Refiérase a los Servicios de Hospitalización en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros Los servicios de esterilización para mujeres son preventivos por lo que no tienen costos compartidos.
• Uso de Sala de Emergencia para cuidado urgente o de emergencia cuando el suscriptor sea admitido, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital que sean ordenados por el médico y que no estén como parte de las exclusiones de este contrato. • Medicamentos para tratamientos de Radioterapia, Quimioterapia y Cobalto incluyendo los medicamentos por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del médico especialista u oncólogo, según la Ley 107 del 5 de junio de 2012. • Procedimiento de litotricia (*ESWL*), requiere pre-autorización • Pruebas Diagnósticas Especializadas. Aplica copago. • Servicios de esterilización (incluye vasectomía). Cubierto un (1) por vida al suscriptor, cónyuge o cohabitante del suscriptor e hijas dependientes. Centro de Cirugía Ambulatoria.	Cubierto. Refiérase a la sección Hospitalización en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros

• Facilidades de hemodiálisis. Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de: 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. Esto aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.	Cubierto. Refiérase a la sección Hospitalización en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros
Ambulancia	
Esta se limitará al transporte del paciente en caso de emergencia del lugar del accidente al hospital más cercano y al transporte del paciente entre una institución hospitalaria y otra, por recomendación médica y/o cualquier servicio prestado a través del sistema 9-1-1, según los estándares o el protocolo establecido y en ambulancias autorizadas por la Comisión de Servicios Público o en sus efectos, cualquier agencia reguladora designada por el Gobierno de Puerto Rico para dichos propósitos. El servicio de transporte a través del sistema de emergencia 9-1-1, debido a una emergencia médica, se pagará directamente al proveedor de la ambulancia por el costo del transporte, conforme lo establecido en la Ley No. 129 de 1 agosto de 2019.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios de Ambulancia en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros
El servicio de ambulancia terrestre se cubrirá a base las tarifas establecidas por el Reglamento de la Oficina de Transporte y otros Servicios Públicos, adscrita al Servicio Público de Puerto Rico Junta Reguladora (Junta Reglamentadora de Servicio Público de Puerto Rico).	Hasta un máximo de **OCHENTA DÓLARES ($80.00)** por viaje y se pagará a través de reembolso, excepto los servicios prestados a través del sistema 9-1-1 que serán pagaderos directamente al proveedor.
Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico, sujeto a la necesidad médica del mismo. Fuera del área de servicio no estará cubierta.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios de Ambulancia en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de Emergencia/Urgencia	
Servicios de Emergencia/Urgencia están cubiertos sin requerir aprobación previa independientemente si el proveedor es participante o no. Se cubre servicios médicos, uso de facilidades, medicamentos, laboratorios, rayos x y materiales como yeso y bandeja de sutura. Para Pruebas Diagnósticas Especializadas. Aplica copago. El proveedor no participante que ofrezca servicios de emergencia, conforme a la Ley 194 de 25 de agosto de 2000 en el Artículo 8 Inciso c, vendrá obligado a aceptar una cantidad que no será menor a la contratada con el proveedor participante por el Plan Médico SSBV para ofrecer los mismos servicios.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios de Sala de Emergencia/Urgencia en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros.

Servicios en los Estados Unidos	
Servicios de sala de emergencia y/o hospitalización en Estados Unidos estarán cubiertos a base del cargo usual y acostumbrado del área geográfica donde se ofreció el servicio. Los Servicios en los Estados Unidos, solo aplicaran en caso de emergencia o en casos que requieran de equipo, tratamiento y facilidades que no estén disponibles en Puerto Rico, sujeto a las disposiciones de la cubierta. Estos servicios son sujetos a pre-autorización excepto si es en caso de una emergencia. Tratamientos electivos no se consideran emergencia, por lo que no serán cubiertos por este contrato.	Cubierto. Refiérase a la sección Otros Servicios Cubiertos en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros.
Requisitos de cobertura: a. Los servicios deben estar contemplados como beneficios en la cubierta médica. b. Que el viaje del suscriptor fuera de Puerto Rico no esté programado para prolongarse por más de sesenta (60) días calendarios. c. Que la principal razón del viaje no sea procurar servicios médico-hospitalarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una condición de salud existente a la fecha de comienzo del viaje. d. En caso de gastos por existir un pagador primario, el Plan Médico SSBV, asumirá responsabilidad según se define en la Cláusula de Coordinación de Beneficios (COB) brindados en sala de emergencia, servicios médico-quirúrgico, pruebas diagnósticas y servicios de hospitalización.	Cubierto. Refiérase a la sección Otros Servicios Cubiertos en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

El Plan Médico SSBV se compromete a pagar, a base de las tarifas establecidas para tales propósitos, por los servicios cubiertos en este contrato que sean prestados a la persona suscrita durante periodos de hospitalización.

Los suscriptores de esta cubierta tienen derecho a una habitación semiprivada durante un periodo de hospitalización. Si el suscriptor selecciona una habitación privada Plan Médico SSBV solo pagara la tarifa contratada de una habitación semi-privada, a menos que la habitación privada sea medicamente necesaria. Ninguna persona suscrita bajo este contrato, que se hospitalice en una habitación semiprivada o privada del hospital, estará obligada a pagar cantidad alguna a un médico participante por los servicios cubiertos por este contrato que el médico le preste. El pago de honorarios médicos, en estos casos, lo efectuará directamente Plan Médico SSBV a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos (Carta Normativa N-AV-12-111-99 del 20 de diciembre de 1999).

Se ofrece cubierta para anestesia general a ser administrada por un anestesiólogo y servicios de hospitalización en los siguientes casos según dispuesto en el Artículo 1 de la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999:

a. 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.
b. 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;

c. 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;
d. cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica:
e. 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 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;
f. cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.

El Plan Médico SSBV requiere al suscriptor una pre-autorización para proveer la cubierta de anestesia general y servicios de hospitalización, según lo determine un dentista pediátrico, cirujano oral o maxilofacial, se aprobará o denegara la misma dentro de dos (2) días contados a partir de la fecha en que el suscriptor someta todos los documentos requeridos. Los documentos requeridos serán:

a. el diagnóstico del paciente;
b. la condición médica del paciente, y
c. las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental.

Beneficios	Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios Médicos-Quirúrgicos	
Durante periodos de hospitalización el suscriptor tiene derecho a recibir los siguientes servicios médico-quirúrgicos, entre otros: • Cirugías durante hospitalización y cirugías ambulatorias. • Cirugía Ortognatica (osteotomía mandibular y maxilar “Le Fort”). Se excluyen los gastos por implantes y/o materiales asociados con la cirugía. Requiere pre-autorizacion. • Mastectomía, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, cirugía y la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, prótesis de seno que sea necesaria antes o durante la reconstrucción, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía incluyendo linfedema, cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente conforme a la Ley 275 del 27 de septiembre de 2012.	Cubierto. $0 Copago

• Servicios de diagnóstico • Tratamientos • Administración de anestesia • Consulta de especialistas • Circuncisión • Cirugía de acné, sólo cuando sea medicamente necesario. Requiere pre-autorización. • Procedimientos de ablación • Tratamiento para la obesidad mórbida: Servicios para el tratamiento de la obesidad mórbida, cuando sea medicamente necesario y pre-autorizado por el plan.	
• Una (1) cirugía bariátrica de por vida para el tratamiento de obesidad mórbida utilizando bypass gástrico siempre y cuando el servicio esté disponible en Puerto Rico. Requiere un periodo de espera de 12 meses antes de cubrir este beneficio. Para la autorización, el médico debe documentar los intentos infructuosos con programas no quirúrgicos bajo supervisión para bajar de peso. Conforme Ley Núm. 212 del 9 de agosto del 2008. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección Otros Servicios Cubiertos en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros.
• Endoscopias gastrointestinales.	Cubierto. Refiérase a la sección de Pruebas Diagnósticas Especializadas en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros.
• Servicios de esterilización (0% de copago para mujeres) • Medicamentos para tratamientos de Radioterapia, Quimioterapia y Cobalto incluyendo los medicamentos por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del médico especialista u oncólogo, según la Ley 107 del 5 de junio de 2012. • Cirugía maxilofacial está cubierto cuando ésta sea necesaria por motivo de un accidente cubierto. (No aplica para condiciones cosméticas). Cirugía Maxilofacial NO cubierto bajo Legislación Estatal (ACAA, Fondo de Seguro del Estado) o Federal (Administración de Veteranos). Debe realizarse dentro del periodo de tiempo de vigencia de la cubierta de beneficios. Requiere previa autorización del plan.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
• Trasplantes de piel, hueso y córnea. Los gastos por obtener y transportar materiales necesarios para los trasplantes de piel, hueso y córnea están cubiertos basados en las tarifas de Plan Medico Bella Vista establecidas para tales propósitos. La cubierta se extiende a los cargos directamente relacionados con el servicio de trasplante, que incluyen atención previa a la cirugía, atención postoperatoria y tratamiento con respecto a los medicamentos inmunosupresores. Cubierto al 100% en Puerto Rico. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Se trabajará por reembolso en caso de que el proveedor no este contratado.

SERVICIOS EN FORMA AMBULATORIA

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

Beneficios	Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de Diagnóstico y Tratamiento	
Visitas médicas en oficina, sin límites en el número de visitas • Generalista • Especialistas • Sub-Especialistas • Podiatras. Incluyendo el cuidado de rutina para los pies. • Audiólogos • Optómetras • Quiroprácticos • Doctores en Naturopatía • Psicólogos • Psiquiatras	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios Profesionales en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Examen físico rutinario. Aplica copago visita médica. Hasta un (1) examen por suscriptor por año contrato.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios Profesionales en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Visitas médicas en el hogar del suscriptor.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios Profesionales en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Inyecciones intrarticulares, hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones por año contrato por suscriptor.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de emergencia o urgencias, materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura. Cubre además medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura, suministrados en salas de emergencia debido a condiciones de accidente y enfermedad. Pruebas Diagnósticas Especializadas realizadas en sala de emergencias (en y fuera de Puerto Rico). Aplica coaseguros según sección Pruebas Diagnósticas Especializadas.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios de Sala de Emergencia/Urgencia en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros.
Criocirugía del cuello uterino, hasta un (1) procedimiento por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de esterilización (incluye vasectomía, aplica copago de facilidades ambulatorias y 0% de copago para mujeres). Cubierto un (1) por vida al suscriptor, cónyuge o cohabitante del suscriptor e hijas dependientes.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Servicios preventivos cubiertos con cero copago o coaseguro, según requerido por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No*. 111-148 (PPACA) y la *Health Care and Education Reconciliation Act* de 2010, *Public Law No*.111-152 (HCERA).	Cubierto. $0 Copago
Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (palivizumab), se cubre hasta los dos (2) años, sujeto a pre-autorización y siguiendo el protocolo establecido por el plan.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios para el tratamiento contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA/HIV). Derecho a la asistencia y al tratamiento idóneo, sin restricción alguna, garantizando su mejor calidad de vida. Según dispone la Ley 349 del 2 de septiembre de 2000.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Yeso blanco	Cubierto. $0 Copago
Centro de Cirugía Ambulatoria Sistema Quirúrgico Da Vinci	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de curación de heridas crónicas, no cicatrizantes. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Telemedicina - Ley Núm. 168 del 1 de agosto de 2018. Ciberterapia - Ley Núm. 48 del 29 de Abril de 2020 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.	$0 Copago
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina	
• Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos realizados en la oficina o consultorio médico. Requieren pre-autorización. • Procedimientos de ablación. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Cuidado de Enfermería Diestro (SNF)	
Estos servicios estarán cubiertos en Centros de Cuidado de Enfermería Diestros si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. • Están cubiertos hasta un máximo de ciento veinte (120) días por año cubierta, por suscriptor. • Servicios de facilidades no participantes en Puerto Rico se pagarán por reembolso a base de las tarifas establecidas para el servicio recibido. **Nota**: Estos servicios deberán estar supervisados por un médico-cirujano y su necesidad médica deberá ser certificada por escrito Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Hospitalización en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

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: 1. 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. 2. Los servicios, pruebas y procedimientos medicamente necesarios de seguimiento por un oftalmólogo o dermatólogo para el manejo de la condición una vez establecido el diagnóstico. 3. En los casos de Síndrome de Hermansky-Pudlak y Chediak-Higashi, se cubrirán, además los servicios, prueba y procedimientos ofrecidos por un hematólogo. 4. 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.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Leyes aplicables: 1. Ley Núm. 109 de 22 de diciembre de 2022
5. El costo de la prueba genética de HPS tipo 1. El médico primario o médico especialista deberá referir a cada paciente recién nacido visiblemente con albinismo a realizar dicha prueba. 6. Lentes y espejuelos especialmente prescritos para protección, prevención y mejora de la visión. 7. Cremas de protección solar específicas para prevención de complicaciones por exposición a los rayos ultravioletas con al menos un factor de protección solar SPF de 50 o más. 8. También, se cubrirá cualquier otro servicio, tratamiento o medicamento que se entienda pertinente incluir bajo esta la ley.	Cubierto.
Laboratorios, Rayos X y Pruebas Diagnósticas	
• Laboratorio clínico. La Ley 29 de 2024 requiere que se ofrezcan pruebas clínicas, que estarán exentas del requisito de la presentación de una orden médica, siempre y cuando el paciente sufrague los costos de las pruebas que le sean realizadas. • Rayos-X, incluyendo la reproducción.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Pruebas Diagnósticas tales como: • Timpanometría, hasta una (1) prueba por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. • Pruebas de medicina nuclear. Requiere pre-autorización. • Tomografía computadorizada, hasta uno (1) por región anatómica, por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. • Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT). uno (1) por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. • Sonograma, hasta uno (1) por región anatómica, por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. • Estudio de resonancia magnética (MRA). Requiere pre-autorización. • Estudio de resonancia magnética (MRI), hasta uno (1) por región anatómica, por año contrato, por suscriptor. • PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año contrato, por suscriptor, excepto para las condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, las cuales estarán cubiertas hasta dos (2) por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. • Densitometría Ósea cuando no es realizada como una prueba preventiva según dispone la ley federal, sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición. Limitada a una (1) por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. • Mielografía (Mielograma). Requiere pre-autorización. • Mamografía o Sonomamografía cuando no es realizada como una prueba preventiva según dispone la ley federal, sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición. Limitada a una (1) por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de Pruebas Diagnósticas Especializadas en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Nota: Para pruebas diagnósticas provistas en salas de *emergencia y/o hosp*italización, que no sean laboratorios y rayos x, aplican los coaseguros correspondientes al beneficio ambulatorio, según especificado en esta cubierta. Plan Medico SSBV ofrece cubierta, a través de su Red de Proveedores, según la "Ley 121 de 2023 para el Establecimiento de un Sistema de Manejo Multisectorial, Uniforme y Coordinado de Accidentes Cerebrovasculares ("Stroke")", para la identificación, diagnóstico, manejo, transporte y tratamiento pre-hospitalario y post-hospitalario de pacientes que sufran un evento de accidente cerebrovascular.
• Electromiogramas, hasta (2) dos por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. • Pruebas para *Nerve conduction velocity study,* hasta dos (2) pruebas, de cada tipo por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización. • Endoscopias gastrointestinales. Requieren pre-autorización. • Pruebas diagnósticas en oftalmología. • Electroencefalogramas y pruebas neurológicas. Requiere pre-autorización. • Endoscopias gastrointestinales. Requieren pre-autorización. • Pruebas diagnósticas en oftalmología. • Electroencefalogramas y pruebas neurológicas. Requiere pre-autorización	

• Pruebas cardiovasculares invasivas y no invasivas. Requiere pre-autorización. • Pruebas Periferovasculares no invasivas. Requiere pre-autorización. • Electrocardiogramas • Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), hasta un (1) de cada tipo de prueba, por año contrato. Requiere pre- autorización	
• Examen de refracción, cubierto cuando sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría una (1) por año contrato, por suscriptor. • Exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos para detectar, como diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías conducentes a cáncer cervical. • Radiografía Intervencional. • Una prueba de VIH al año, como parte de los estudios de rutina de toda evaluación médica; excepto para mujeres embarazadas (para pruebas en embarazo, referirse a sección de Maternidad)	
Servicios de Maternidad	
• Para el suscriptor, cónyuge, hija dependiente y/o cohabitante. • Servicios pre y postnatales recibidos por la persona con derecho al beneficio de maternidad. • Servicios Preventivos cubiertos con $0 copago • Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de cernimiento auditivo neonatal, conforme a la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003. • Amniocentesis genética y Amniocentesis de maduración fetal, hasta uno por suscriptor por año contrato.	Cubierto. Tratamiento físico y emocional de las madres que reflejen síntomas de depresión preparto o posparto, o que sean identificadas o referidas a profesionales o instituciones de salud emocional como pacientes en riesgo de sufrirla, según Ley 101 del 2023.
• Sonograma, hasta tres (3) por embarazo, uno por trimestre por gestación, por suscriptor. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de Pruebas Diagnósticas Especializadas en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
• Perfil Biofísico, una (1) por embarazo, por suscriptor, con derecho al beneficio de maternidad y para embarazo de alto riesgo. Requiere pre-autorización Vacuna Rhogan	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

• Hospitalización – Las admisiones de hospital en caso de parto estarán cubiertas con un mínimo de 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de parto por cesárea a menos de que el médico, luego de consultar con la madre, ordene el alta del hospital para la madre y/o recién nacido. Estos servicios incluyen; habitación semiprivada o de aislamiento, asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuido 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. • El cuidado del niño(a) en el hospital estará cubierto durante la estadía de la madre en el hospital. Cualquier otro cuidado médico necesario estará cubierto solo si el niño(a) es suscrito de acuerdo a las disposiciones de este contrato excepto lo dispuesto por el Articulo 3 de la Ley 248 de 15 agosto de 1999 donde dispone que si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo de tiempo menor al dispuesto, la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Hospitalización en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
• Servicios de obstetricia. • Sala de Partos y Monitoreo Fetal (*Fetal Monitoring*). • Sala para Recién Nacidos (*Well Baby Nursery*)	Cubierto.
• Visitas para cuidado preventivo de recién nacidos (well baby care) durante el primer año de vida del niño suscrito.	Cubierto.
• Cernimiento de VIH a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y se desconoce su estatus de VIH. Dos pruebas de VIH durante el embarazo: o 1ra prueba durante el primer trimestre (1ra visita prenatal) o 2da prueba durante el tercer trimestre (entre 28 y 34 semanas de embarazo) • Métodos Contraceptivos, para la mujer aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y la colocación, remoción o administración de métodos contraceptivos (0% de copago para mujeres). Se incluye la cirugía e implante de esterilización. Para detalles de métodos aprobados, favor referirse a la Cubierta de Farmacia y Formulario de Medicamentos.	Cubierto. $0.00 copago / coaseguro para mujeres.
Cuidado de Alergias	
Pruebas de alergia, hasta cincuenta (50) pruebas por año contrato, por suscriptor. Vacunas para las alergias no están cubiertas.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Terapias de Tratamiento	
Servicios ambulatorios para tratamientos de Radioterapia, Quimioterapia y Cobalto. Se incluye los medicamentos de quimioterapia por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal, en cobertura y coaseguros, según la Ley 107 del 5 de junio de 2012.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Tratamiento Ojo Vago	
Tratamiento Ojo Vago (Orthoptic Training)	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Diálisis y Hemodiálisis	
Diálisis y Hemodiálisis: Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de: a. la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez en este contrato; o b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Terapia Respiratoria	
Terapia respiratoria (provista por médicos especialistas en alergia, alergia pediátrica, anestesia, neumología, neumología pediátrica y laboratorios localizados dentro de una facilidad hospitalaria o provistas en la oficina medica), hasta dos (2) sesiones por día y hasta un máximo de veinte (20) sesiones por año cubierta, por suscriptor.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Cuidado Visual	
Servicios Visuales: • Pruebas diagnósticas en oftalmología. Examen de refracción, un (1) examen por suscriptor, por año contrato • Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un par por año contrato, dentro de la colección contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para suscriptores con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. • Además, cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para suscriptores hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios y Servicios de Visión Pediátrica en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de Quiropráctico y Terapia Física	
Las terapias físicas, servicios de rehabilitación, servicios de habilitación y /o las manipulaciones prestadas por quiroprácticos están cubiertas hasta un máximo de veinte (20) terapias físicas y manipulaciones, en conjunto, por año contrato, por suscriptor. Incluidas terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje excepto en casos de tratamiento de Autismo donde las terapias ocupacionales y terapia del habla y lenguaje no tienen límite. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Equipo Médico Duradero (DME)	
Compra o renta, sujeto a pre-autorización: • Compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración. • Compra o renta de sillones de ruedas o camas de posición • Compra o renta de respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento en caso de parálisis respiratoria. • Glucómetro, uno cada tres años por suscriptor, así como tirillas y lancetas (solo para suscriptores con diabetes). • Suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años con el reemplazo del 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 I por un especialista en endocrinología o endocrinología pediátrica. Se incluye la bomba de infusión de insulina portátil o microinfusor, como terapia para pacientes diagnosticados con diabetes mellitus Tipo I (CN-2016-209-AS). El proveedor cubrirá la marca de glucómetro ordenada por el endocrinólogo siempre que se presente una justificación.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
• Con respecto a la cobertura de la bomba de infusión de insulina, el endocrinólogo determinará la selección de la marca de este dispositivo en función de la edad del afiliado, el nivel de actividad física del suscritor y el conocimiento del suscriptor y / o el cuidador con respecto a la condición.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Pruebas y Equipos para suscriptores que requieran el uso de un Ventilador Mecánico	
Los servicios establecidos al amparo de la ley, la cubierta comprenderá de los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para 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. Además, los técnicos de emergencias médicas-paramédicos (TEM-P) debidamente licenciados, deberán tener cursos/certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de dichos pacientes y sus equipos médicos. Los suplidos que conlleva el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en farmacias participantes. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Leyes Aplicables: 1. Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015 2. Ley Núm. 40 del 21 de febrero de 2023

Servicios para Síndrome de Down	
Servicios cubiertos para el tratamiento de Síndrome de Down desde el nacimiento según dispone las leyes aplicables. Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son: • Visitas médicas y pruebas referidas medicamente. • Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social (con licencia vigente por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico). • Servicios de genética, neurológicos, inmunología, laboratorios, gastroenterología, nutrición. • Terapia respiratoria, terapia física, ocupacional, terapia del habla y lenguaje 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. • Servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios para Tratamiento de Autismo y Síndrome de Down Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Leyes aplicables: 1. Ley Núm. 13 de 25 marzo de 2022 2. Ley Núm. 97 de 15 mayo de 2018
Servicios para Tratamiento de Autismo	
Servicios cubiertos para el tratamiento de Autismo según dispone las leyes aplicables. Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son: • Visitas médicas y pruebas referidas medicamente. • Estas cubiertas deberán incluir, sin limitarse a servicios dirigidos al diagnóstico e intervención tales como: genética, neurología, psiquiatría, inmunología, gastroenterología, endocrinología y nutrición; evaluaciones y terapias del habla y lenguaje, psicológicas, psiquiátricas, ocupacionales, visual, auditivas, físicas, de alimentación y disfagia, conductuales, incluyendo "Applied Behavior Analysis" (ABA), u otras fundamentadas en las evaluaciones correspondientes y basadas en evidencia, que incluirán las visitas médicas, las pruebas referidas con los acomodos que necesite, incluyendo turno prioritario, anestesia y otros servicios médicos que sean medicamente necesarios para el tratamiento de los pacientes con autismo. Sin limitarse, a pruebas de laboratorios, electroencefalograma, imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) entre otras pruebas radiológicas que sean medicamente necesarias, trabajos dentales, entre otros servicios que sean medicamente recomendados por la complejidad del manejo de ansiedad y conducta de los pacientes con autismo. • Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, siempre que sea recomendado por un facultativo médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales, según dispone la Ley 63 del 19 de julio de 2019.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios para Tratamiento de Autismo y Síndrome de Down Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Leyes aplicables: 1. Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, según enmendada). 2. Ley Núm. 63 del 19 de julio de 2019 3. Ley Núm. 163 del 13 de agosto 2024

Beneficios Pediátricos	
• Visitas al pediatra • Evaluación médica anual • Cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas • Vacunas no Preventivas • Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de Cernimiento	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Profesionales y Pruebas Diagnósticas en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
• Vacunas Preventivas	Cubierto. $0.00 copago/coaseguro
• "Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina" para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de edad del paciente. Según dispone la Ley 139 del 8 de agosto del 2016.	Cubierto. Refiérase a la sección Otros Servicios Cubiertos en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Beneficios Dentales	
Se incluyen los siguientes servicios: • Examen comprensivo inicial, uno (1) cada tres años por suscriptor por año contrato. (D0150) • Examen periódico, uno (1) cada (6) seis meses, por suscriptor. (D0120) • Examen oral de emergencia (con reporte) limitado a dos (2) veces por suscriptor por año contrato. (D0140) • Radiografía periapical intraoral, una (1) por año contrato. (D0220) • Radiografía periapical adicional, hasta cinco (5) por año contrato. (D0230) • Radiografía de mordida hasta una (1) por año contrato. (D0270) • Radiografía de mordida dos (2) por año (derecha e izquierda). (D0272) • Limpiezas dentales para adultos y niños cada 6 meses. (D1110 y D1120)	Cubierto, servicios preventivos 0% Copago
• Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a niños y adolescentes hasta los 19 años una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato. (D1208) • Aplicación de sellantes a niños limitados hasta los 14 años, un tratamiento por diente de por vida en pre morales y morales permanentes no previamente restaurados. (D1351) • Equipo de protección personal para servicios dentales ante el COVID-19 (D1999)	Servicios restaurativos, radiografía panorámica y de extracciones simples aplica copago de 40%

Cuidado de Salud en el Hogar	
Cubre los siguientes servicios y suministros provistos en el hogar del paciente por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar certificada por el Departamento de Salud de Puerto Rico. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. • **Servicios de Enfermería** - parciales o intermitentes provistos o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a), limitados a un máximo de dos (2) visitas diarias.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
• **Auxiliar de Servicios de Salud en el Hogar** - servicios parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado del paciente, limitadas a un máximo de dos (2) visitas diarias. • **Terapias Físicas, Ocupacionales, Terapia del Habla y Lenguaje y Respiratoria** - hasta un máximo de cuarenta (40) visitas, por año contrato.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Una visita por un miembro de la agencia para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar, se considerarán cada uno como una visita en el hogar. Servicios de proveedores no participante se pagará por reembolso a base de las tarifas establecidas, luego de descontar el coaseguro correspondiente al servicio recibido. • Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de Nutrición y Naturopatía	
Servicios de nutrición por obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes: Plan Médico SSBV pagará por los servicios de nutrición, prestados en Puerto Rico, por médicos especialistas en nutrición o enfermedades metabólicas. Las visitas a estos especialistas, debidamente certificados por la entidad gubernamental designada para tales propósitos, estarán cubiertas siempre que sean médicamente necesarias y estén asociadas solo para el tratamiento de obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes. Las visitas estarán limitadas a un máximo de cuatro (4) visitas, por año cubierta, por suscriptor	Por reembolso hasta $20.00 por visita
Se cubrirá el cuidado ofrecido por un **Doctor en Naturopatía** para la prevención, diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud.	Las visitas se cubrirán por reembolso hasta $20.00 por visita.
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina	
• Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos realizados en la oficina o consultorio médico. Requiere pre-autorización. • Procedimientos de ablación. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Servicios condición de Angioedema Hereditario	
El Plan Medico SSBV ofrecerá, sin necesidad de referido, cubierta para la condición de Angioedema Hereditario ofreciendo acceso directo a proveedores y médicos especialistas, así como aquellos medicamentos, tratamientos, terapias y pruebas que no sean experimentales ni de modificación genética, validadas científicamente como eficaces y recomendadas para diagnosticar y tratar la condición de Angioedema Hereditario de acuerdo con las necesidades específicas del paciente. Si fuere necesario pagar el costo del servicio de un proveedor fuera de la red, se podrá solicitar reembolso como si el especialista perteneciera a la red de proveedores del plan médico según establece el Artículo 3 de la Ley 62 del 16 de abril de 2024.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

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

El Plan Médico SSBV a los fines de cumplir con la Ley Núm. 48 del 29 de abril de 2020 proveerá cubierta sobre el pago a proveedores de servicios de salud por servicios prestados mediante el uso de la telemedicina y de la Ciberterapia en Puerto Rico.

El dentista podrá utilizar el código D1999 para facturar el equipo de protección personal para servicios dentales. El código D1999 deberá ser facturado por un dentista, bajo contrato vigente con Plan Médico SSBV, acompañado del o los procedimientos dentales realizados por día y que formen parte de la cubierta del paciente, tras su visita presencial a la oficina dental. Se establece a los dentistas participantes la tarifa correspondiente a este código por visita presencial a la oficina dental.

SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Beneficios	Deducibles, Copagos y Coaseguros
Condiciones Mentales Generales	
Hospitalizaciones por condiciones mentales, incluyendo hospitalizaciones parciales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios para el tratamiento de condiciones mentales: • Hospitalizaciones regulares, según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)"de octubre de 2008. • Hospitalizaciones parciales, según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)"de octubre de 2008. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a 1 día de hospitalización regular. • Terapias electroconvulsivas (ECT) por condiciones mentales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada y a los estándares del *American Psychiatric Association* (*APA*). Requiere pre-autorización. • Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra o psicólogo participante. • Visitas colaterales. • Visitas de terapia en grupo. • Enfermeras privadas por condiciones mentales, si son ordenadas por un psiquiatra y limitadas a un máximo de 72 horas consecutivas. Se pagará a través de reembolso. • Servicios de emergencias o urgencias	Cubierto. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Otras Evaluaciones Psicológicas	
Prueba Psicológica: Las pruebas psicológicas requeridas por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, conocida como Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico.	Cubierto $0.00 copago/coaseguro

Las emergencias psiquiátricas y la transportación entre instituciones de proveedores de salud, incluyendo ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud están cubiertas conforme a la Ley 183 del 6 de agosto de 2008. Este beneficio estará cubierto, siempre y cuando la entidad que provee los servicios esté autorizada por la Comisión de Servicio Público de Puerto Rico.

Los servicios cubiertos en este contrato pueden ser ofrecidos a través de profesionales de la psicología, según dispone la Ley 239 del 13 de septiembre de 2012, con nivel de maestría o doctorado, adiestrados y con experiencia para ofrecer servicios de salud, debidamente licenciados por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)	
▪ Hospitalización regular, según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)"de octubre de 2008. ▪ Hospitalización parcial, según lo dispuesto en la Ley Federal "Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)"de octubre de 2008. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a 1 día de hospitalización regular.	Cubierto. Refiérase a la sección de Hospitalización en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
▪ Visitas a psiquiatras, psicólogos (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico). ▪ Visitas (colaterales) provistas por un psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico). ▪ Visitas para terapias en grupo. Estos servicios estarán cubiertos conforme a la Ley 183 del 6 de agosto de 2008.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios Profesionales y Otros Servicios Cubiertos en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguro
Tratamiento Residencial (*Residential Treatment*)	
Cubre tratamiento residencial para drogadicción y alcoholismo con justificación médica y los servicios estén disponible en Puerto Rico (Requiere pre-autorización). Incluye Detox.	Aplica $150.00 de copago.
Cesación de Fumar y Uso del Tabaco	
Cesación de Fumar y Uso del Tabaco (consejería para dejar de fumar y usar tabaco). Cubierto si es ordenado por su médico. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso del tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.	Cubierto. $0 copago

CUBIERTA DE FARMACIA

Beneficios

Se provee cubierta para medicamentos recetados por su médico, para los cuales su dispensación esté por la Administración Federal de Alimentos y Drogas y en cuyo envase se indique que no se podrá despachar sin prescripción médica.

Si su médico le recetó un medicamento no cubierto por su beneficio de farmacia, el mismo puede hacerle una receta nueva con un medicamento que esté cubierto. Esto aplica cuando la clasificación terapéutica esté cubierta y existan otras alternativas de tratamiento.

El uso de medicamentos de forma continua para tratar condiciones crónicas, bajo los estándares de la buena práctica de la medicina, no se interpretará como abuso de los mismos. El Plan Médico SSBV se reserva el derecho de cancelar el contrato o a recobrar los gastos incurridos a cualquier suscriptor cuando se

identifique que la utilización de un medicamento está destinada a mantener alguna condición considerada como adicción o cuando el uso de dicho medicamento constituye un abuso del mismo, de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica, salvo dicho tratamiento sea contemplada en la cubierta y según dispuesto por ley.

Las medicinas se deben obtener en farmacias participantes de la cual administra está cubierta mediante contrato con Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista Inc. Para una lista de farmacias participantes pueden comunicarse a las oficinas del Plan Médico SSBV al (787) 833-8070. También puede visitar nuestro portal en la Internet a la dirección: www.planmedicobellavista.com.

Los beneficios se cubrirán de la siguiente manera:

1. **Servicios prestados por farmacias participantes:**

   La farmacia participante proveerá, a la presentación de la tarjeta del suscriptor del Plan Médico SSBV y de una receta, las medicinas cubiertas que especifique dicha receta; y no efectuará cargo ni cobrará cantidad alguna al suscriptor que resulte en exceso del copago o coaseguro.

2. **Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico:**

   El Plan Médico SSBV está basada en el uso de facilidades participantes para prácticamente todos los servicios cubiertos. Sin embargo, si en algún momento tuvieses que utilizar los servicios de una farmacia no participante, en estos casos debes asegurarte de pedir recibos que especifiquen claramente la fecha y hora del servicio, en nombre del medicamento, el NDC y la cantidad y la dosis despachada y la pagada por cada medicamento. Se le reembolsará según las tarifas contratadas a nuestros proveedores después de aplicado el coaseguro y/o copago según sea el caso. Además, deberá ser un medicamento cubierto dentro de formulario y según los requisitos del formulario.

3. **Servicios prestados por farmacias no participantes en Estados Unidos de América:**

   Si los medicamentos cubiertos los provee una farmacia no participante en los Estados Unidos de América, la persona suscrita tendrá derecho al reembolso del gasto incurrido, de acuerdo a lo establecido en esta cubierta. A esta cantidad se le descontará el copago o coaseguro aplicable, según se establece en esta cubierta. Estos servicios están cubiertos si son provistos en farmacias localizadas en Estados Unidos de América.

DESCRIPCIÓN DE CUBIERTA

Como parte de los beneficios en la cubierta básica el Plan Médico SSBV provee al suscriptor y a sus dependientes elegibles incluidos en el contrato una cubierta para medicamentos. Dicha cubierta de medicamentos recetados provee despacho de los medicamento 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. En adición, se cubre los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

Los medicamentos recetados que están cubiertos en este contrato son los siguientes:

a. Genéricos tanto agudos como de mantenimiento que tengan la aprobación de la FDA y recetados por un médico licenciado.
b. De marca preferida, marca no preferida y medicamento especializados tanto agudos como de mantenimiento que tengan la aprobación de la FDA y recetados por un médico licenciado.
c. Preventivos requeridos al amparo del “Patient Protection and Affordable Care Act”.
d. Buprenorfina.
e. Insulina y suministros para diabetes tales como agujas o jeringuillas hipodérmicas (cuando son recetadas para usar con insulina).
f. Medicamentos para el cuidado de la salud de la mujer.

g. Medicamentos para cesar de fumar.
h. Métodos contraceptivos aprobados por FDA como: Anticonceptivos orales, anillo vaginal anticonceptivo, condón femenino, parche, DIU con progestina, DIU de cobre, inyecciones, diafragma con espermicida, esponja con espermicida, capuchón cervical con espermicida, espermicidas, acetato de ulipristal, varilla implantable y Levonorgestrel.

De usted solicitar un medicamento de marca cuando exista un genérico disponible, su pago será mayor, usted será responsable del copago que aplique al medicamento genérico más el 100% de la diferencia entre la cantidad que hubiéramos pagado entre el medicamento de marca y el medicamento genérico disponible. Si, por el contrario, el médico que prescribe, determina que el medicamento de marca es medicamente necesario usted solo pagará el copago que aplique al medicamento de marca.

Usted será responsable de pagar la totalidad de la receta o repetición si utiliza una farmacia no participante de la red del Plan Médico SSBV o si no presenta su tarjeta de identificación. Para solicitar reembolso deberá completar el formulario correspondiente en nuestras oficinas. Es posible que tenga que pagar una diferencia en el costo del medicamento por utilizar una farmacia no participante. Dicho costo que usted pague por encima de la tarifa contrata y cualquier copago y/o coaseguro que usted pague a una farmacia no participante no aplicaran a la cantidad de desembolso máximo por medicamentos ni a cualquier cantidad de desembolso máximo, de haber alguna.

Se incluirán en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido (“cost sharing, out of pocket maximum”) cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida al 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.

Está cubierta está basada en el uso de un formulario de medicamento. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por el Plan Médico SSBV. Los medicamentos seleccionados fueron escogidos en consulta con un equipo de proveedores de servicios de salud, estos representan las terapias farmacológicas que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. El Plan Médico SSBV cubrirá los medicamentos listados en el formulario, siempre y cuando la droga sea médicamente necesaria, el medicamento es suministrado en una farmacia de la red y se cumpla con los requisitos y/o límites establecidos en la cubierta.

El Plan Médico SSBV proveerá copia del formulario en el cual se incluyen los medicamentos cubiertos y los requisitos y/o límites establecidos sobre los medicamentos que así lo requieran. El Plan Médico SSBV solo podrá hacer, durante la vigencia del contrato, cambios en el formulario o en otros procedimiento de manejo de medicamento 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, notificara, o bajo su responsabilidad hará las gestiones para que algún tercero notifique el 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, el Plan Médico SSBV deberá dar notificación con 30 días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión.

Cuando un medicamento no aparezca en el formulario usted puede llamar a Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto. Si su medicamento no está cubierto usted tiene dos opciones:

a. Solicitar a Servicio al Cliente que le provea una lista de medicamentos similares que Plan Médico SSBV cubre. Su médico puede recetarle un medicamento similar que este en el formulario provisto por el plan.
b. También puede solicitarle al Plan Médico SSBV que haga una excepción y cubra dicho medicamento.

Requisitos y Procedimientos para la Aprobación de Excepciones Médicas

El Plan Médico SSBV mantendrá un procedimiento para solicitar excepciones médicas que permita que la persona cubierta, o su representante personal, solicite la aprobación de:

a. Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;
b. cubierta continuada de determinado medicamento de receta que Plan Médico SSBV 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
c. 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.

El suscriptor, representante personal o su médico pueden solicitar por escrito una excepción al formulario si ha determinado que el medicamento recetado es necesario para el tratamiento de su condición. Su médico deberá cumplimentar el documento CSS-04-002 y lo hará llegar al Comité de Farmacia del Plan Médico SSBV.

El suscriptor, o su representante personal, solamente podrá hacer una solicitud de excepción médica, 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 del suscriptor 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 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; o
    ii. ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño al suscriptor
    iii. que 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.

Plan Médico SSBV podrá requerir que la persona cubierta, o su representante personal, provea una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación que se hizo.

(a) El Plan Médico SSBV sólo podrá requerir que dicha certificación incluya 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.

Al recibo de una solicitud de excepción médica, Plan Médico SSBV se asegurará de 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 al suscriptor para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

1. Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y
2. 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 del Plan Médico SSBV u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.

Los profesionales de la salud designados por Plan Médico SSBV para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán 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 deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe debidamente y en el mismo se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron tal determinación.

El procedimiento de solicitud de excepciones médicas requerirá que se tome la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha determinación al suscriptor, con la premura que requiera la condición médica del suscriptor, pero en ningún caso la notificación podrá excederse de cuarenta y ocho (48) horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha del recibo de la certificación, cual fuere posterior de las fechas. En el caso de medicamentos controlados este término no deberá exceder de las veinticuatro (24) horas.

Si el Plan Médico SSBV no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica dentro del periodo antes mencionado:

(i) La persona cubierta o suscriptor tendrá por un término de 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 lo términos que disponga la cubierta;
(ii) la organización de servicios de salud tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona cubierta o suscriptor termine de consumir el medicamento suministrado.

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

Si se aprueba una solicitud de excepción médica, el Plan Médico SSBV proveerá cubierta para el medicamento de receta objeto de la solicitud y no requerirá que el suscriptor 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 seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor.

El Plan Médico SSBV 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.

Toda denegación de una solicitud de excepción médica hecha por el Plan Médico SSBV:

(a) Se notificará al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si el suscriptor 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 capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud según el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

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 Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud según el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

No se interpretará que se 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 excluido categóricamente de la cubierta de su plan médico.

Autorización de Medicamentos:

El Plan Médico SSBV cubre tanto medicamentos de marca, como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos, ya que tiene el mismo ingrediente activo como el medicamento de marca. Generalmente, el medicamento genérico cuesta menos que un medicamento de marca.

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales y/o límites para ser cubiertos. Estos requisitos y límites son:

- **Pre-autorización:** El Plan Médico SSBV requiere pre-autorización para ciertos medicamentos. Esto quiere decir que usted debe recibir aprobación del Plan Médico SSBV antes obtener sus medicamentos. El Plan Médico SSBV podría no cubrir estos medicamentos sujetos a cumplir con ciertos criterios médicos.
- **Límite de cantidad:** Para ciertos medicamentos, el Plan Médico SSBV limita la cantidad a ser cubierta. Estas cantidades se establecen de acuerdo a lo sugerido por el manufacturero, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, el Plan Médico SSBV requiere que usted primero trate su condición médica con un medicamento antes de cubrirle otro medicamento para esa condición.

La cantidad máxima en un despacho será de quince (15) días de medicación con excepción de medicinas de mantenimiento. Para medicinas de mantenimiento cubiertas en este contrato el despacho podrá ser hasta treinta días de medicación. Algunos medicamentos estarán cubiertos bajo las cantidades máximas recomendadas por su manufacturero.

Para los medicamentos que se especifican a continuación se cubrirán repeticiones autorizadas por el médico que no excedan de treinta (30) días de medicación cada una. Cuando el historial del suscriptor así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud,

el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de ciento ochenta días (180) días, sujeto a las limitaciones de la cubierta del plan médico.

1. Medicamentos para el tratamiento de tiroides.
2. Nitroglicerina.
3. Medicamentos para cardíacos.
4. Medicamentos para diabetes.
5. Medicamentos para el Mal de Parkinson.
6. Vasodilatadores.
7. Anticonvulsivos.
8. Hormonas del sexo.
9.
10. Medicamentos para Glaucoma.
11. Diuréticos.
12. Vitaminas prenatales.
13. El medicamento Buprernorfina, para el tratamiento de adicción a opiáceos, estará cubierto dentro de las cubiertas de medicamentos. Ley Núm. 140 de 22 septiembre de 2010.

Todo medicamento genérico está cubierto como primera opción de acuerdo a la descripción de cubierta, se incluye, además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

Los medicamentos recetados que están cubiertos en el contrato son los siguientes:

1. **Medicamentos Genéricos (Nivel 1)**
2. **Medicamento de Marca Preferido (Nivel 2)**
3. **Medicamentos de Marca No-Preferido (Nivel 3)**
4. **Medicamento Especializado o Biotecnológicos (Nivel 4)**

El beneficio inicial de farmacia tiene el límite de $1,500.00 por individuo. Una vez alcanzado el total del beneficio inicial el segundo nivel será ilimitado, de $1,500.01 en adelante pagará un 80% de coaseguro en el segundo nivel. Para coaseguros y copagos refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros.

DEFINICIONES

Para los fines de esta cubierta se definen los siguientes términos a continuación:

1. **Autorización previa o pre-autorización**: El proceso de obtener aprobación previa del Plan Médico SSBV, que se requiera bajo los términos de la cubierta del plan médico, para el despacho de un medicamento de receta.
2. **Evidencia clínica, médica y científica:** Significa evidencia producida por 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 los 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. Las 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 siguientes compendios normativos en inglés:
      - The American Hospital Formulary Service–Drug Information";
      - "Drug Facts and Comparisons®";
      - "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics" y
      - "The United States 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:
    - La agencia federal "Agency for Health Care Research and Quality";
    - Los Institutos Nacionales de la Salud;
    - El Instituto Nacional del Cáncer;
    - La "National Academy of Sciences";
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);
    - La Administración de Drogas y Alimentos (FDA); y
    - Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito es evaluar la eficacia de los servicios de cuidado de salud;

f. Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los incisos (a) al (e) precedentes.

3. **Farmacia:** Es un establecimiento con licencia donde un farmacéutico despacha medicamentos recetados.
4. **Farmacias participantes:** Son farmacias que tiene contrato para proveer servicios de farmacia, servicios cubiertos de farmacia especializada, servicios de entrega por correo de medicamentos recetados según descritos en el contrato.
5. **Farmacias no participantes:** Son farmacias que no tienen contrato para proveer servicios de farmacia, servicios cubiertos de farmacia especializada, servicios de entrega por correo de medicamentos recetados según descritos en el contrato.
6. **Formulario:** Una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por el Plan Médico SSBV, 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.
7. **Medicamento de receta**: Un medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta y expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos.
8. **Medicamento genérico:** Tienen los mismos ingredientes, seguridad, dosis, calidad y concentración que sus equivalentes de marca. Generalmente pagará menos por los medicamentos genéricos.
9. **Medicamento de marca preferido:** Los medicamentos de marca preferida suelen costar más que un genérico, pero menos que los de marca no preferido.
10. **Medicamento de marca no preferido:** Suelen tener alternativas genéricas y/o un medicamento de marca preferido dentro de la misma clase de medicamento. Generalmente pagará más por los medicamentos de marca no preferida.
11. **Medicamentos especializados**: Son medicamentos para condiciones complejas o excepcionales, las cuales requieren precauciones especiales para ser administradas.
12. **Representante personal**: (1) Una persona a quien el suscriptor ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente al solicitar una excepción médica; (2) una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución del suscriptor; (3) un miembro de la familia inmediata del suscriptor, o el profesional de la salud que la atiende, cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento; (4) el profesional de la salud que trata o suministra medicamentos al suscriptor, a los fines de solicitar una excepción médica a nombre de ésta, según se establece en este contrato.
13. **Terapia escalonada**: Protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica, refiérase al Formulario de Medicamentos para determinar si su medicamento tiene terapia escalonada.

EXCLUSIONES

1. Medicinas que se puedan despachar sin necesidad de prescripción médica, conforme a las leyes y reglamentaciones federales (Medicamento OTC) excepto a los requerimientos establecidos por ley estatal y/o federal.
2. Medicamentos recetados fuera del periodo de cubierta del suscriptor.
3. Medicinas por las cuales el suscriptor pueda ser compensado bajo cualquier ley o por las cuales pueda recibir reembolso de cualquier agencia del gobierno federal, estatal o municipal.
4. Medicamentos antiácidos. Todos aquellos que disminuyen la producción o antagonizan los efectos del ácido gástrico.
5. Medicina para infertilidad no importa su uso.

6. Medicamentos para el tratamiento de acné en todas las formas de presentación sin importar su uso.
7. Minoxidil (Rogaine) para el tratamiento de alopecia (tratamiento para la pérdida del cabello).
8. Productos de hidroquinona (productos de pigmentación y despigmentación).
9. Medicina para impotencia no importa su uso.
10. Hormona del crecimiento, Hormona Antidiurética y cualquier otra hormona exceptuando las hormonas de sexo.
11. Anti RhO globulina inmune, Vacunas hipoalergénicas, suero biológico, sangre o plasma.
12. Repeticiones de medicinas con la misma receta mayor a lo indicado por la cubierta.
13. Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de la Ley.
14. Medicinas con fines de embellecimiento o cosmetología.
15. Medicinas en etapa de investigación y/o experimentación.
16. Drogas para el tratamiento de anorexia y/o control de peso.
17. Drogas mientras el paciente está hospitalizado, o en una casa de convalecencia o en facilidades ambulatorias.
18. Cargos por instrumentos artificiales (excepto aquellos requeridos por ley).
19. Vitaminas y suplementos nutricionales excepto las prenatales (ácido fólico para mujeres de ciertas edades y para suplementos de hierro para niños de 4 meses a 21 años con riesgo de anemia.
20. Medicamentos para trasplante de órganos y tejidos excepto para el trasplante de hueso, piel y córnea.
21. Medicamentos para el tratamiento de medicina alternativa.
22. Medicamentos para los cuales se requiera pre-autorización y la misma no se haya sido aprobada.
23. Repetición de receta para un medicamento hasta que el suscriptor haya usado al menos el 75% de la receta anterior.

TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

Cubierta Metálica Grupal

[Platino, Oro] POS (PYMES)

Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.	**[Platino]**		**[Oro]**	
Cubierta PYMES 2025	**Nivel 1 Red Preferida Bella Vista**	**Nivel 2 Red General**	**Nivel 1 Red Preferida Bella Vista**	**Nivel 2 Red General**
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)				
Deducible Anual para Beneficios Médicos				
Individual	$0	$0	$0	$0
Familiar	$0	$0	$0	$0
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)				
Individual	$ 6,350	$ 6,350	$ 6,350	$ 6,350
Familiar	$ 12,700	$ 12,700	$ 12,700	$ 12,700
Beneficios Esenciales de Salud				
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN				
Hospitalización				
Parcial incluyendo Salud Mental	Servicio No Disponible	$150	Servicio No Disponible	$150
Completa con Preautorización	$0	$150	$75	$150
Completa con Preautorización Salud Mental	Servicio No Disponible	$150	Servicio No Disponible	$150
Completa sin Preautorización	$150	$250	$75	$250

Completa sin Preautorización Salud Mental	Servicio No Disponible	$250	Servicio No Disponible	$250
Diálisis y Hemodiálisis	10%	25%	20%	40%
Pruebas Diagnósticas Especializadas				
-CT, MRI y Sonogramas	$0	25%	40%	50%
-Otras Pruebas Diagnósticas Especializadas	10%	25%	40%	50%
Servicios de Emergencia/Urgencia				
Accidente	$0	$50	$10	$40
Enfermedad	$0	$50	$10	$40
Pruebas Diagnósticas Especializadas				
-CT, MRI y Sonogramas	$0	25%	40%	50%
-Otras Pruebas Diagnósticas Especializadas	10%	25%	40%	50%
Otros Servicios Cubiertos				
Cuidado de Enfermería Diestra (SNF)	Servicio No Disponible	$150	Servicio No Disponible	$150
Procedimientos de ablación	10%	25%	20%	40%
Tratamiento Residencial	Servicio No Disponible	$150	Servicio No Disponible	$150
SERVICIOS EN FORMA AMBULATORIA				
Servicios Profesionales				
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la mujer y de cernimiento para la detención de la condición de Autismo)	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00
Generalista	$ 0	$ 12	$ 15	$ 15
Especialista	$ 12	$ 15	$ 18	$ 18
Sub Especialista	$ 15	$ 18	$ 18	$ 18
Podiatras	$ 12	$ 12	$ 15	$ 15
Audiólogos	$ 12	$ 12	$ 15	$ 15
Optómetras	$ 12	$ 12	$ 15	$ 15
Quiroprácticos	$ 12	$ 12	$ 15	$ 15
Psicólogo	$ 12	$ 15	$ 15	$ 15
Psiquiatría	$ 12	$ 15	$ 15	$ 15
Nutricionista, Servicios de Obesidad Mórbida, Condiciones, Renales y Diabetes, Autismo y Síndrome Down	Reembolso hasta $20	Reembolso hasta $20	Reembolso hasta $20	Reembolso hasta $20
Doctores en Naturopatía	Reembolso hasta $20	Reembolso hasta $20	Reembolso hasta $20	Reembolso hasta $20
Alergólogo	$ 12	$ 15	$ 15	$ 15
Terapia de Grupo y Visitas Colaterales	Servicio No Disponible	$10	Servicio No Disponible	$15
Detox	Servicio No Disponible	$150	Servicio No Disponible	$150
Asistencia Quirúrgica	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Pruebas Diagnósticas Especializadas				
Sonogramas	0%	25%	25%	50%
CT, MRI, MRA	20%	25%	25%	50%

PET Scan o PET CT (1 al año)	20%	25%	25%	50%
Medicina Nuclear	20%	25%	40%	50%
Electromiogramas	0%	25%	20%	50%
Polisomnografía	Servicio No Disponible	25%	Servicio No Disponible	50%
Examen de Velocidad de Conducción Nerviosa	0%	25%	20%	50%
Electroencefalogramas	0%	25%	20%	50%
Pruebas Cardiovasculares y vasculares	0%	25%	20%	40%
Ecocardiogramas	0%	25%	20%	50%
Timpanometría y Audiometría	$10	$10	$10	$10
Densitometría ósea	0%	25%	20%	50%
Mamografía (cuando no es preventivo, según Ley Federal ACA)	0%	25%	40%	50%
Sonomamografía	0%	25%	20%	50%
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Servicio No Disponible	25%	Servicio No Disponible	25%
Radiología intervencional	10%	25%	20%	40%
Endoscopias	10%	25%	20%	40%
Servicios Ambulatorios				
Centro de Cirugía Ambulatoria	10% (Facilidad solamente)	25% (Facilidad solamente)	35% (Facilidad solamente)	50% (Facilidad solamente)
Tratamiento contra Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida/ HIV)	10%	25%	20%	40%
Litotricia	10%	25%	20%	40%
Sistema Quirúrgico Da Vinci	10%	25%	20%	40%
Radioterapia, quimioterapia, cobalto y braquiterapia	10%	25%	20%	40%
Diálisis y Hemodiálisis	0%	25%	20%	50%
Laboratorios Clínicos	0%	25%	25%	50%
Rayos X	0%	25%	25%	50%
Pruebas de Alergia	$10	$10	$10	$10
Inyecciones en las articulaciones	$10	$10	$10	$10
Criocirugía del Cuello Uterino	Cubierto al 100% de la tarifa contratada	Cubierto al 100% de la tarifa contratada	Cubierto al 100% de la tarifa contratada	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Vasectomía	10%	25%	20%	40%
Servicios de esterilización para mujeres	0%	0%	0%	0%
Inmunoprofilaxis (Vacunas no preventivas)	25%	25%	25%	25%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%	0%	0%	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	25%	25%	25%	25%
Servicios prenatales y postnatales	Servicio No Disponible	$0	Servicio No Disponible	$0
Perfil biofísico	25%	25%	25%	25%

Rhogan	25%	25%	25%	25%
Cernimiento y evaluaciones audiológicas al recién nacido	10%	25%	20%	40%
Tratamiento de ojo vago (Orthoptic Training)	Servicio No Disponible	25%	Servicio No Disponible	40%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Medica	0%	25%	45%	45%
Procedimientos ablación	10%	25%	20%	40%
Curación de heridas no cicatrizantes	10%	25%	20%	40%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero				
Terapia Respiratoria	$0	$10	$10	$15
Terapia Física	$0	$10	$10	$15
Terapia Ocupacional	Servicio No Disponible	$10	Servicio No Disponible	$15
Terapia del Habla y Lenguaje	Servicio No Disponible	$10	Servicio No Disponible	$15
Manipulaciones de Quiropráctico	Servicio No Disponible	$12	Servicio No Disponible	$15
Cuidado de Salud en el Hogar	Servicio No Disponible	25%	Servicio No Disponible	25%
Equipo Médico Duradero	Servicio No Disponible	50% hasta un máximo de $5,000, luego aplica un 80% coaseguro	Servicio No Disponible	50% hasta un máximo de $5,000, luego aplica un 80% coaseguro
Pruebas y equipos para suscriptores que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida	30%	50%	30%	50%
Medicamentos (Formularios)				
Nivel 1 Genérico Bioequivalente	Servicio No Disponible	$10	Servicio No Disponible	10%
Nivel 2 Marca Preferida	Servicio No Disponible	20% mínimo $10	Servicio No Disponible	50% mínimo $10
Nivel 3 Marca No Preferida	Servicio No Disponible	30% mínimo $10	Servicio No Disponible	50% mínimo $10
Nivel 4 Especializado o Biotecnológicos	Servicio No Disponible	50%	Servicio No Disponible	50%
Beneficio inicial	Servicio No Disponible	$1,500	Servicio No Disponible	$1,500
Luego del beneficio inicial aplica (de $1,500.01 en adelante)	Servicio No Disponible	80%	Servicio No Disponible	80%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	No cubiertos	No cubiertos	No cubiertos	No cubiertos
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas				

Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer tales como: mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética, sonomamografías, exámenes pélvicos y citología vaginal (detección, diagnóstico para cáncer cervical))	0%	0%	0%	0%
Mamografía, Mamografías Digitales	0%	0%	0%	0%
Sonomamografías de cernimiento	0%	0%	0%	0%
Servicios Dentales				
Diagnósticos y Preventivos	0%	0%	0%	0%
Radiografía panorámica	Servicio No Disponible	25%	Servicio No Disponible	40%
Radiografias de Mordida y “periapicals”	Servicio No Disponible	25%	Servicio No Disponible	40%
Mantenedores de Espacio	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Servicios de Maternidad				
Esterilización post parto	$0	$0	$0	$0
Esterilización ambulatoria	$0	$0	$0	$0
Sala de partos y recuperación para pacientes recién nacidos	Aplica copago de hospitalización	Aplica copago de hospitalización	Aplica copago de hospitalización	Aplica copago de hospitalización
Servicios de Visión Pediátrica				
Examen de la vista (Refracción)	Servicio No Disponible	$0	Servicio No Disponible	$0
Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años	20% hasta $250 luego 80%	20% hasta $250 luego 80%	20% hasta $250 luego 80%	20% hasta $250 luego 80%
Pruebas diagnósticas en oftalmología	Servicio No Disponible	0%	Servicio No Disponible	0%
Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina" para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominando como fenilceonuria	Aplica 50% de copago	Aplica 50% de copago	Aplica 50% de copago	Aplica 50% de copago
Servicios de Ambulancia				
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	Cubierto al 50% de la tarifa contratada de Plan Medico SSBV, Inc.	Cubierto al 50% de la tarifa contratada de Plan Medico SSBV, Inc.	Cubierto al 50% de la tarifa contratada de Plan Medico SSBV, Inc.	Cubierto al 50% de la tarifa contratada de Plan Medico SSBV, Inc.
Transporte de Ambulancia Nota: Los servicios través del sistema 9-1-1 que serán pagaderos directamente al proveedor.	Cubierto a través de reembolso hasta $80 por viaje.	Cubierto a través de reembolso hasta $80 por viaje.	Cubierto a través de reembolso hasta $80 por viaje.	Cubierto a través de reembolso hasta $80 por viaje.
Otros Servicios Cubiertos				
Cirugía Bariátrica	$150	$150	$150	$150
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	50%	50%	50%	50%

Servicios de emergencia en EU	50%	50%	50%	50%
Servicios para el Tratamiento de Desórdenes de Autismo y Síndrome de Down				
Exámenes neurológicos, inmunología, genéticas	30%	50%	30%	50%
Laboratorios Clínicos	0%	25%	40%	50%
Pruebas de cernimiento para la detección de la condición de autismo	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00
Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica	20%	40%	20%	50%
Evaluaciones de Terapia física, ocupacional y de habla	$0	$10	$0	$15
Visitas al Siquiatra, Sicólogo o Trabajador Social	$12	$15	$15	$15
Servicios de Nutrición	Reembolso hasta $20	Reembolso hasta $20	Reembolso hasta $20	Reembolso hasta $20

EXCLUSIONES GENERALES DE LA CUBIERTA BÁSICA

Está cubierta no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Servicios que se presten mientras la cubierta de la persona no esté en vigor.
2. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, responsabilidad del patrono, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona suscriptor no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquier otro país, por la persona cubierta excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
4. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
5. Servicios de comodidad personal como teléfono, televisión, cuidado supervisado, casa de descanso, casa de convalecencia.
6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos, quiroprácticos y otros especificados en esta cubierta.
7. Gastos por exámenes físicos requeridos para propósitos de empleo.
8. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA), Department of Human and Health Services (DHHS)* para las indicaciones y métodos especificos que se ordenan.
9. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto Plan Médico SSBV determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta cubierta. Tampoco están cubiertos los gastos médicos relacionados con estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos médicos que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el suscriptor se haya inscrito en el estudio (*clinical trials*) para tratar una enfermedad que 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, Plan Médico SSBV cubrirá los “gastos médicos rutinarios del paciente”, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios de paciente”, aquellos relacionados con el estudio o los exámenes administrados para sean 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, Plan Médico SSBV 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.

10. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física, mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno), septoplastías, rinoseptoplastías, blefaroplastías, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto la obesidad mórbida tratada en Puerto Rico; tratamientos de liposucción, abdominoplastía y ritidectomía abdominal e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a éstas, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
11. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) y otros instrumentos artificiales. Estarán cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
12. Intervenciones quirúrgicas cuyo propósito sea el de restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear. Además, se excluyen los servicios hospitalarios y las complicaciones asociadas con éstas. Diagnóstico, servicios y tratamiento, implantes y cirugías para corregir disfunción eréctil y la condición de impotencia.
13. Servicios por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales. Se estarán cubriendo pruebas de laboratorio ordenados para el tratamiento de infertilidad siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo este contrato. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, los servicios médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas con éstos.
14. Gastos de anticonceptivos que no sean aprobados por la FDA o que no sean requeridos por la Ley PPACA.
15. Gastos por servicios de escalenotomía (división del músculo escaleno anticus sin resección de la costilla cervical).
16. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos. Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante. Estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyan en esta cubierta.
17. Gastos por servicios médicos en tratamientos de acupuntura.
18. Gastos por servicios de medicina deportiva, medicina natural, músico terapia, psicoanálisis y rehabilitación cardiaca.
19. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
20. Servicios de asistencia quirúrgica, independientemente de si existe o no justificación médica para la misma.
21. Gastos por servicios dentales tales como ortodoncia, periodoncia, endodoncia, prótesis y reconstrucción completa de la boca. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstos.
22. Servicios necesarios para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada), ya sea mediante la aplicación de aparatos prostéticos o de cualquier otro método.
23. Gastos por servicios de escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente; servicios necesarios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis.
24. Gastos por inmunoterapia para alergia (vacunas de alergia).
25. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
26. Servicios prestados en centros de cirugía ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
27. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
28. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, una vez termine los servicios ofrecidos por el programa del patrono, cualquier otro servicio adicional que necesite está cubierto.
29. Gastos ocasionados por guerra o conflicto internacional armado, excepto en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionado una lesión sufrida mientras la persona cubierta estuvo activa en el ejército (service connected), en cuyo caso Plan Médico SSBV recobrara a la Administración de Veteranos por tales servicios pagados.

30. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio serán evaluadas de forma individual, previa a ser reconocidas para pago y Plan Médico SSBV determine su inclusión o exclusión en la cubierta ofrecida bajo esta cubierta.
31. Transportación marítima y cualquier otro transporte no clasificado como ambulancia, según las disposiciones de esta cubierta.
32. Gastos por tratamiento residencial fuera de Puerto Rico.
33. La cirugía para la remoción de la piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o "bypass" gástrico no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo. Requiere pre-autorización previa.
34. Gastos por prueba de laboratorios para *heavy metals*, *HLA Typing,* dopaje y paternidad.
35. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales cuando estos sean requeridos para propósitos de empleos.
36. Gastos por remoción de papilomas cutáneos (*skin tags*), reparación de ptosis, escisión de lesiones benignas, escisión de uñas, inyecciones en tendones puntos de gatillo.
37. Las pruebas de laboratorio, consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago.
38. Servicios prestados y ordenados por familiares cercanos al paciente.
39. Diagnóstico, servicios, tratamientos, implantes y cirugías para corregir la disfunción eréctil y la condición de impotencia.
40. Tratamiento para inseminación artificial y fertilización "in vitro".
41. Cirugías y microcirugías cosméticas con fines estéticos para corregir defectos de apariencia física (deformaciones, excepto si los defectos son anormalidades congénitas para niños recién nacidos, recién adoptados y adoptados para adopción de conformidad con el Capito 54 del Código de Seguros de Salud de PR), liposucción, remoción de tatuajes o cicatrices, tratamientos de acné e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas y sus complicaciones, tratamiento con fines estético de celulitis.
42. Cámara hiperbárica, excepto el tratamiento de Oxigenación Hiperbárica a personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, según dispone la Ley 63 del 19 de julio de 2019.
43. Maternidad Subrogada: Es gestacional cuando una mujer porta el embarazo a término sin estar vinculada genéticamente. Tipo de embarazo en el que una mujer lleva en su vientre un bebé, en lugar de otra persona que no puede tener hijos, hasta dar a luz.
44. Quedan excluidos de cubierta los beneficios no expresamente incluidos como beneficios y/o servicios cubiertos, excepto según pueda ser requerido por disposición de la ley.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE DENTAL

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

El Plan Médico SSBV no pagará por los siguientes gastos o servicios, excepto que se disponga lo contrario:

1. Todo servicio no contemplado como servicio cubierto en la descripción de esta cubierta.
2. Servicios para las reconstrucciones orales totales (*Full Mouth Reconstruction*).
3. Tratamientos de endodoncia en dientes primarios (deciduos).
4. Todo servicio dental que se preste con fines puramente cosméticos.
5. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
6. Gastos por servicios de reemplazo o reparación de aparatos provistos bajo los servicios de ortodoncia.
7. Gastos por servicios de prótesis.
8. Servicios de apicectomía y tratamiento de canal en dientes molares.

PROCEDIMIENTOS PARA LA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS ORDINARIA

A. El Plan Médico SSBV 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 las personas cubiertas, y para la notificación de sus determinaciones dentro de los plazos requeridos.

B.

i. En el caso de las determinaciones de revisiones prospectivas, se harán una determinación y se 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, el Plan Médico SSBV, notificará dicha determinación como se dispone en la sección Determinación Adversa.

El plazo de quince (15) días para hacer la determinación y notificación al suscriptor se podrá extender o prorrogar una vez por parte del Plan Médico SSBV, por un periodo adicional de quince (15) días, bajo las siguientes circunstancias:

i. Se determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control; y
ii. Se 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.

Si la prórroga se debe a que el suscriptor no ha presentado información necesaria para hacer una determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

i. Describir exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y

ii. Se dispondrá de 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.

Cuando el Plan Médico SSBV reciba una solicitud de revisión prospectiva que no cumpla con los requisitos para la radicación de solicitudes de beneficios, se notificará a la persona cubierta de esta deficiencia y proveerán en la notificación información sobre los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

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. El Plan Médico SSBV podrán hacer la notificación sobre deficiencia, verbalmente o por escrito, si así lo solicita el suscriptor.

En el caso de las determinaciones de revisiones concurrentes, si el Plan Médico SSBV 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 el Plan Médico SSBV 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) Plan Médico SSBV notificará, la determinación adversa a la persona cubierta, con antelación a la reducción o terminación, de modo que la persona cubierta pueda presentar una querella interna y obtener una

determinación con respecto a dicha querella, antes de que se reduzca o termine el beneficio.

El servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la determinación adversa se continuará hasta tanto el Plan Médico SSBV notifique a la persona cubierta la determinación relacionada con la querella interna hecha.

En el caso de las determinaciones de revisiones retrospectivas, Plan Médico SSBV 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. En caso de que se emita una determinación adversa, Plan Médico notificará dicha determinación.

El plazo para hacer la determinación y notificar a la persona cubierta se podrá extender o prorrogar una vez por parte del Plan Médico SSBV, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando Plan Médico SSBV satisfaga los siguientes requisitos:

i. Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control del Plan Médico SSBV; y
ii. Notifique a la persona cubierta, 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.

Si la prórroga se debe a que la persona cubierta no ha presentado información necesaria que el Plan Médico SSBV 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 la persona cubierta provea la información adicional especificada.

A los fines de calcular los plazos en que se requiere que Plan Médico SSBV tomen sus determinaciones, el plazo comenzará en la fecha en que Plan Médico SSBV reciba la solicitud conforme a los procedimientos de radicación que haya establecido, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

Si se extiende el plazo debido a que la persona cubierta no presentó toda la información necesaria para hacer la determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a partir de la fecha en que Plan Médico SSBV envíe la notificación de prórroga a la persona cubierta, hasta la que ocurra primero de entre las siguientes fechas:

i. La fecha en que la persona cubierta responda a la solicitud de información adicional especificada; o
ii. La fecha para la cual se debiera haber presentado la información adicional especificada.

Si la persona cubierta no presenta la información adicional especificada antes de vencer la prórroga, el Plan Médico SSBV podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

En el caso de que el Plan Médico SSBV no cumpliese con los requisitos y el termino de tiempo establecidos para el procedimiento de trámite de pre-autorización, se entenderá que el suscritor cumplió con el requisito de solicitar la pre-autorización y se aprobara la misma.

Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios el Plan Médico SSBV, emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la persona cubierta o 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 la persona cubierta o 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 del Plan Médico SSBV, establecidos a tenor con el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(f) Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas del Plan Médico SSBV, establecidos a tenor con el Artículo 22.100 de este Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
(g) Si para formular la determinación adversa del Plan Médico SSBV se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona cubierta o 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 de la persona cubierta o suscriptor;
(i) Una explicación del derecho de la persona cubierta a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado 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 del Plan Médico SSBV.

Oficina del Procurador de la Salud
(787) 977-1100
PO Box 11247 San Juan, PR 00910-2347.

Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico
(787) 304-8686
PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415

PROCEDIMIENTOS PARA LA REVISIÓN ACELERADA DE UTILIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Plan Médico SSBV puede establecer procedimientos para la revisión acelerada de utilización y determinación de beneficios, y para notificar a las personas cubiertas sus determinaciones respecto a las solicitudes de cuidado urgente.

Plan Médico SSBV dispondrá que, si la persona cubierta no sigue los procedimientos de radicación para una solicitud de cuidado urgente, Plan Médico SSBV deberá notificarle dicha deficiencia y los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente. La notificación sobre deficiencia en la radicación de una solicitud de cuidado urgente:

i. Se proveerá a la persona cubierta 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 la persona cubierta solicite la notificación por escrito.

En el caso de una solicitud de cuidado urgente, Plan Médico SSBV notificará a la persona cubierta su determinación, sea o no una determinación adversa, a la brevedad posible, tomando en cuenta la condición de salud de la persona cubierta, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que la persona cubierta no haya provisto suficiente información para que Plan Médico SSBV pueda determinar si los beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos a tenor con el plan médico. En caso de que se emita una determinación adversa, Plan Médico SSBV notificará dicha determinación.

Si la persona cubierta no ha provisto suficiente información para que Plan Médico SSBV pueda tomar una determinación, Plan Médico SSBV notificará la deficiencia a la persona cubierta, ya sea verbalmente o, si la persona cubierta 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. Plan Médico SSBV proveerá a la persona cubierta 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. Plan Médico SSBV notificará a la persona cubierta 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 Plan Médico SSBV, de la información adicional especificada; o
ii. La fecha en que vence el plazo otorgado para que la persona cubierta presentara la información adicional especificada.

Si la persona cubierta no presenta la información adicional especificada en el término concedido, Plan Médico SSBV podrá denegar la certificación del beneficio solicitado. En caso de que se emita una determinación adversa, Plan Médico SSBV notificará dicha determinación.

En el caso de solicitudes de revisión concurrente de cuidado urgente en las que la persona cubierta 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, Plan Médico SSBV hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará a la persona cubierta a la brevedad posible, teniendo en consideración la condición de salud de la persona cubierta, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

A los fines de calcular los plazos en que se requiere que Plan Médico SSBV tome su determinación, el plazo comenzará en la fecha en que Plan Médico SSBV reciba la solicitud conforme a los procedimientos para la radicación de solicitudes que se haya establecido, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios el Plan Médico SSBV, emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la persona cubierta o 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 la persona cubierta o 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 del Plan Médico SSBV, establecidos a tenor con el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
(f) Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas del Plan Médico SSBV, establecidos a tenor con el Artículo 22.100 de este Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
(g) Si para formular la determinación adversa del Plan Médico SSBV se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona cubierta o 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 de la persona cubierta o suscriptor;
(i) Una explicación del derecho de la persona cubierta a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado 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 del Plan Médico SSBV.

Oficina del Procurador de la Salud Oficina del Comisionado de Seguros de PR

(787) 977-1100	(787) 304-8686
PO Box 11247 San Juan, PR 00910-2347	PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415

Se proveerán la notificación que se requiere, de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Plan Médico SSBV cubrirá los servicios de emergencia necesarios para el cernimiento y estabilización de la persona cubierta, de conformidad con las siguientes normas:

1. Plan Médico SSBV no requerirá obtener autorización previa para los servicios de emergencia aun cuando dichos servicios de emergencia hayan sido provistos por un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de Plan Médico SSBV (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.

Si los servicios de emergencia son provistos por un proveedor participante, dichos servicios estarán sujetos a los copagos, coaseguros y deducibles aplicables. 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.

La persona cubierta no podrá ser requerida a pagar, cantidad alguna en exceso de los copagos, coaseguros y deducibles aplicables conforme a lo indicado anteriormente. En adición, el proveedor no participante que ofrezca servicios de emergencia, conforme a la Ley 194 de 25 de agosto de 2000 en el Artículo 8 Inciso c, vendrá obligado a aceptar una cantidad que no será menor a la contratada con el proveedor participante por el Plan Médico SSBV para ofrecer los mismos servicios.

PROCEDIMIENTO TRAMITE DE PRE AUTORIZACIÓN

La Pre Autorización es un permiso que expide por escrito el Plan Médico SSBV que le permite al suscriptor obtener un servicio específico. El personal correspondiente en el Plan Médico realiza una evaluación para identificar si el servicio solicitado es médicamente necesario y es un beneficio cubierto. La determinación de la solicitud estará en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas con excepción de aquellas solicitudes indicadas por el médico de forma "expedite" o urgente.

DETERMINACIÓN ADVERSA

(1) Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios, se 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 la persona cubierta o 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 la organización de seguros de salud, establecidos a tenor con el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de PR, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(f) Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas de la organización de seguros de salud, establecidos a tenor con el Artículo 22.100 del Código de Seguros de Salud de PR, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(g) Si para formular la determinación adversa se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona cubierta o 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 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. Deberá incluirse la información de contacto de la oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

(2) Las organizaciones de seguros de salud proveerán la notificación que se requiere en este Artículo de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS

Nuestra estructura de servicio a los proveedores está diseñada para evitar que tú y tus dependientes tengan problemas al solicitar los servicios. De surgir alguna diferencia o duda con relación a los servicios o beneficios de la cubierta que usted posee puede visitarnos a nuestra oficina del Plan Médico SSBV o comunicarse al 787-833-8070 donde un representante de servicio le atenderá para resolver su situación.
Sin embargo, no empecé todo nuestro esfuerzo, existe la posibilidad de que la situación no pueda ser resuelta de inmediato, para eso, el Plan Médico SSBV ha establecido normas y procedimientos para garantizar que los suscriptores adquieran una oportuna y adecuada resolución de querellas registrando y dirigiéndola la misma el Comité de Querellas para su evaluación y determinación correspondiente según dispone el Capítulo 22 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Si el Plan Médico SSBV falla en cumplir con los requisitos y tiempos establecidos en la sección de apelaciones y determinaciones adversas se entenderá que el suscriptor ya cumplió con los requisitos establecidos y se procederá con la aprobación correspondiente.

DEFINICIONES

1. **Beneficios cubiertos o beneficios:** Servicios de cuidado de la salud a que las personas cubiertas o suscriptores tienen derecho conforme al plan médico.
2. **Certificación:** Documento que contiene la determinación de la organización de servicios de salud, o de la organización de revisión de utilización, en el que se expresa que se ha revisado la solicitud de un beneficio a tenor con el plan médico y que, a base de la información provista, el beneficio cumple con los requisitos de la organización de servicios de salud en cuanto a la necesidad médica, la idoneidad, el lugar donde se provee el cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del cuidado.
3. **Criterios de revisión clínica:** Significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa Plan Medico SSBV para determinar la necesidad médica e idoneidad del servicio de cuidado de la salud. Estas guías de práctica no son obligatorias para el Profesional de la salud en el ejercicio de sus funciones cuando provea algún servicio de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales, federales y reglamentos correspondientes; y siempre y cuando el servicio provisto sea reconocido por las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y de la salud, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza. El diagnóstico profesional será criterio rector y exclusivo para determinar el tratamiento a seguir en un paciente. Por lo tanto, el criterio profesional no podrá ser alterado. No obstante, lo anterior, las disposiciones de este inciso deberán cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema.
4. **Determinación adversa**:
   a. Una determinación hecha por una organización de servicios de salud, o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa;
   b. La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte de la organización de servicios de salud, o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta o suscriptor de participar en el plan médico; o
   c. La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.
5. **Homólogos**: Un médico u otro profesional de la salud que tiene una licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.
6. **Manejo de casos**: Conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de servicios de salud, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.
7. **Organización de revisión de utilización**: Entidad contratada por una organización de servicios de salud para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de servicios de salud

quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de servicios de salud subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

8. **Plan de cuidado coordinado**:
    a. Un plan médico que requiere o incentiva, incluso económicamente, que las personas cubiertas o suscriptores utilicen los proveedores de la organización de servicios de salud, o proveedores que son administrados, contratados o empleados por ésta, para que las personas cubiertas o suscriptores utilicen dichos servicios.
    b. Los "planes de cuidado coordinado" incluyen:
        i. Los planes cerrados son planes de cuidado coordinado que requiere que la persona cubierta o suscriptor use sólo proveedores participantes conforme a los términos del plan. ; y
        ii. Los planes abiertos que son plan de cuidado coordinado que provee incentivos, incluidos los incentivos económicos, para que la persona cubierta o suscriptor use los proveedores participantes conforme a los términos del plan.
9. **Plan médico**: Contrato, cubierta, certificado, o contrato de suscripción con una organización de servicios de salud, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base preparada, mediante el cual la organización de servicios de salud, 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.
10. **Planificación de altas:** Proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé alta de una instalación, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.
11. **Querella**: Significa una queja escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por una persona cubierta o suscriptor, o a nombre de éste, con respecto a:
    a. La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;
    b. El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o
    c. Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o suscriptor y la organización de servicios de salud.
12. **Red**: Grupo de proveedores participantes que presta servicios en un plan de cuidado coordinado.
13. **Representante personal**: (1)Una persona a la que el suscriptor ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente al solicitar una excepción médica; (2) una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución del suscriptor; (3) un miembro de la familia inmediata del suscriptor, o el profesional de la salud que la atiende, cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento; (4) el profesional de la salud que trata o suministra medicamentos al suscriptor, a los fines de solicitar una excepción médica a nombre de ésta.
14. **Revisión concurrente:** Revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una facilidad, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes recluidos o ambulatorios.
15. **Revisión de servicios ambulatorios**: Revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.
16. **Revisión de utilización**: Conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.
17. **Revisión prospectiva:** Revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la organización de servicios de salud para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.
18. **Revisión retrospectiva:** Revisión de una solicitud de un beneficio que se lleve a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. "Revisión retrospectiva" no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.
19. **Segunda opinión**: Oportunidad o el requisito de obtener una evaluación clínica hecha por un proveedor, que no sea el proveedor que haya hecho la recomendación inicial, de un servicio de cuidado de la salud, con miras a evaluar la necesidad médica e idoneidad de dicho servicio.

20. **Solicitud de cuidado urgente**:
    a. Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento en la cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:

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

REQUISITOS PARA REPORTAR QUERELLAS AL COMISIONADO

B. El Plan Médico SSBV mantendrá registros escritos para documentar todas las querellas recibidas durante cada año natural.
C. Las solicitudes de revisión de primer nivel de las querellas relacionadas con una determinación adversa se procesarán según descrito en la sección **Revisión de Primer Nivel de las Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa.** Las solicitudes de revisión ordinaria de las querellas no relacionadas con una determinación adversa se procesarán según la sección **Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa**.
D. Las solicitudes de revisión voluntaria adicional de una querella se procesarán según la sección **Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas**.
E. Para cada querella, el registro contendrá, como mínimo, la siguiente información:
    (1) Una descripción general de la razón o razones por las cuales se presentó la querella;
    (2) La fecha en que se recibió;
    (3) La fecha de cada revisión o, si fuera aplicable, de cada reunión de revisión;
    (4) La decisión/resolución que se emitió en cada nivel de revisión, si fuera aplicable;
    (5) La fecha de la decisión/resolución en cada nivel de revisión, si fuera aplicable; y
    (6) El nombre de la persona cubierta o suscriptor querellante.
F. El registro se mantendrá de una manera clara y accesible al Comisionado.
G.
    (1) El Plan Médico SSBV conservará el registro recopilado durante el año natural por un periodo de cinco (5) años o hasta que el Comisionado haya emitido el informe final de un examen que incluya una revisión del registro para dicho año natural, cual plazo sea mayor.
    (2)
        (a) El Plan Médico SSBV presentarán al Comisionado, por lo menos una vez al año, un informe en el formato especificado por el Comisionado.
        (b) El informe incluirá lo siguiente para cada uno de los planes médicos que ofrece la organización de seguros de salud:
            i. La certificación de cumplimiento que se requiere en la **Procedimientos de Revisión de las Querellas** (C);
            ii. La cantidad de suscriptores;
            iii. La cantidad total de querellas;
            iv. La cantidad de querellas para las cuales una persona cubierta o suscriptor solicitó una revisión voluntaria, a tenor con la sección **Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas**;
            v. La cantidad de querellas resueltas en cada nivel, si fuera aplicable, y la decisión/resolución;
            vi. La cantidad de querellas que fueran apeladas al Comisionado de las cuales se ha informado al Plan Médico SSBV;
            vii. La cantidad de querellas referidas a procedimientos alternos de mediación o arbitraje, o que resultaron en litigios; y
            viii. Una sinopsis de las medidas tomadas para corregir los problemas identificados.

PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE LAS QUERELLAS

A. Salvo como se especifique en la sección **Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa**, el Plan Médico SSBV recibirá y resolverá las querellas de los suscriptores, según los procedimientos descritos en los **Revisión de Primer Nivel de las Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa**, **Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa** y **Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas.**
B. El Plan Médico SSBV radicará ante el Comisionado una copia de los procedimientos requeridos en el apartado A, incluyendo así todos aquellos formularios usados para procesar las solicitudes hechas. De igual manera, toda modificación sustancial a dichos procedimientos se radicará ante el Comisionado. De no cumplir con las disposiciones y reglamentaciones aplicables, el Comisionado podrá desaprobar la radicación
C. Además de lo dispuesto en el apartado B, El Plan Médico SSBV radicará anualmente ante el Comisionado, como parte del informe anual requerido, una certificación de que ha establecido y mantiene, para cada uno de sus planes médicos, procedimientos de querellas que cumplen plenamente con las disposiciones de esta sección.
D. La descripción de los procedimientos de querella que se requieren en esta sección se incluirá en el contrato, certificado, folleto de ofrecimiento a socios, resumen de cubierta o cualquier otra evidencia de cubierta provista al suscriptor.
E. El suscriptor o su representante personal tienen el derecho de comunicarse con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento al teléfono (787) 977-1100 y a la dirección Postal: PO Box 11247 San Juan, PR00910-2347. También puede comunicarse a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico al teléfono (787) 304-8686 y a la dirección postal: PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415

PROCEDIMIENTO A SEGUIR:

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, el suscriptor, o su representante personal, podrá radicar una querella en la que se solicita una revisión de primer nivel de la determinación adversa. La querella podrá ser sometida verbalmente o por escrito a través de los siguientes medios:
B. Información de contacto:
   a. Dirección Postal: 770 Avenida Hostos, Suite 208, Mayagüez, PR 00682-1538.
   b. Teléfono: (787) 833-8070
   c. Vía Fax: (787) 832-5400
   d. Oficina Central: 770 Avenida Hostos, Suite 208, Mayagüez, PR
C.
   (1)
      (a) Si la querella surge como resultado de una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, El Plan Médico SSBV 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) El Plan Médico SSBV se asegurará de que, si designa a más de un homólogo clínico para la revisión, éstos tengan la pericia adecuada.
   (2) Al llevar a cabo una revisión a tenor con esta sección, los revisores tomarán en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como cualquier información relacionada a la solicitud de revisión presentada por los suscriptores, independientemente de que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.
D.
   (1)
      (a) Los suscriptores o, 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 del Plan Médico SSBV, 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) (i), se considerará que los documentos, registros o cualquier información será pertinente para la radicación de la querella del suscriptor 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, el Plan Médico SSBV siguió, de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otros suscriptores 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 del suscriptor, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

(2) El Plan Médico SSBV informarán a los suscriptores o, si fuera aplicable, a sus representantes personales, de los derechos que conforme al inciso (1) le asisten, a más tardar tres (3) días laborables del recibo de la querella.

E. A los fines de calcular los plazos que se establecen en el apartado F para la determinación y notificación, los plazos comenzarán cuando el Plan Médico SSBV reciba la querella, independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. Si el Plan Médico SSBV entiende que la querella no contiene toda la información necesaria para hacer una determinación, le indicará claramente al suscriptor 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) El Plan Médico SSBV emitirá su determinación y la notificarán por escrito, o por medios electrónicos si el suscriptor 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 El Plan Médico SSBV notificará y emitirá su determinación dentro de un plazo razonable, de acuerdo a la condición médica de la persona cubierta o suscriptor, 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, el Plan Médico SSBV 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 conforme al apartado F expresará de manera comprensible para el suscriptor 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 suscriptor o, si fuera aplicable, su representante personal, pueda responder a los planteamientos del Plan Médico SSBV;
(4) La evidencia o documentación usada como base de la determinación;
(5) En el caso de que la determinación del Plan Médico SSBV, 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 el suscriptor tiene derecho a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente, según se defina el término "pertinente" en el apartado D(1)(b);
(d) Si para formular la determinación adversa el Plan Médico SSBV 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 del suscriptor 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 el suscriptor 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, según se dispone en el inciso 5 (d); y
(ii) Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso 5 (e).

(6) Si fuera aplicable, una declaración en la que se indique:
(a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si el suscriptor deseare solicitar una revisión voluntaria, conforme al **Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas**;
(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, conforme las disposiciones sobre "Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud", si el suscritor decidiera que no solicitará una revisión voluntaria; y
(d) El derecho del suscriptor a incoar una demanda ante un tribunal competente.

(7) El Plan Médico SSBV 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) El suscriptor o su representante personal tienen el derecho de comunicarse con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento al teléfono (787) 977-1100 y a la dirección Postal: PO Box 11247 San Juan, PR00910-2347. También puede comunicarse a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico al teléfono (787) 304-8686 y a la dirección postal: PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415

REVISIONES ORDINARIAS DE QUERELLAS NO RELACIONADAS CON UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

A. El Plan Médico SSBV tiene procedimientos escritos para las revisiones ordinarias de querellas no relacionadas a una determinación adversa.

B.
(1) Los procedimientos permiten que el suscriptor, o su representante personal, presente una querella no relacionada a una determinación adversa ante el Plan Médico SSBV, conforme a las disposiciones requeridas.
(2)
(a) El suscriptor o, si fuera aplicable, su representante personal, tiene derecho a presentar documentos escritos para la consideración de las personas designadas llevar a cabo la revisión ordinaria.

(b) El Plan Médico SSBV informará al suscriptor 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 2(a)

C.

(1) Al recibo de la querella, el Plan Médico SSBV designará una o más personas para realizar la revisión ordinaria.
(2) Para realizar la revisión ordinaria, el Plan Médico SSBV no designará a la persona que manejó el asunto objeto de la querella.
(3) El Plan Médico SSBV proveerá al suscriptor 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.

D. El Plan Médico SSBV notificará por escrito su determinación al suscriptor, si fuera aplicable, a su representante personal, a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo de la querella.

E. La determinación por escrito emitida conforme al apartado D 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 el suscriptor pueda responder a los planteamientos del Pan Médico SSBV;
(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 el suscriptor deseare solicitar una revisión voluntaria conforme al **Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas**;
(b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, lo cual incluye los plazos requeridos para la revisión; y
(6) El suscriptor o su representante personal tienen el derecho de comunicarse con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento al teléfono (787) 977-1100 y a la dirección Postal: PO Box 11247 San Juan, PR00910-2347. También puede comunicarse a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico al teléfono (787) 304-8686 y a la dirección postal: PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415

NIVEL VOLUNTARIO DE REVISIONES DE QUERELLAS

A.

(1) El Plan Médico SSBV ofrece planes de cuidado coordinado y tiene establecido un proceso de revisión voluntaria para sus planes de cuidado coordinado. El propósito de este proceso de revisión voluntaria es proveer a los suscriptores que estén insatisfechos con la determinación de la revisión de primer nivel, o que estén insatisfechos con la determinación de la revisión ordinaria, la opción de solicitar una revisión voluntaria adicional en la cual tengan el derecho de comparecer ante los representantes designados.

B.

(1) El Plan Médico SSBV proveerá a los suscriptores, o a sus representantes personales, una notificación a los efectos de que dichas personas cuentan con la opción de presentar una solicitud de revisión voluntaria adicional.
(2) Al recibo de una solicitud de una revisión voluntaria adicional, el Plan Médico SSBV notificará al suscriptor, o si fuere aplicable, a su representante personal, del derecho que tiene a:
(a) Solicitar dentro del plazo especificado en el inciso (3) (a), la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión designado;

(b) Recibir, a solicitud del suscriptor, copias de todos los documentos, registros y otra información, que no sea confidencial ni privilegiada, relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional;
(c) Presentar el caso del suscriptor ante el panel de revisión;
(d) Presentar comentarios escritos, documentos, registros y otros materiales relacionados con la solicitud de revisión voluntaria adicional para la consideración del panel de revisión, tanto antes como durante la reunión de revisión, si fuera aplicable;
(e) Si fuera aplicable, formular preguntas a los representantes en el panel de revisión; y
(f) Tener la asistencia o representación de cualquier persona, incluyendo abogado, que escoja el suscriptor.

(3)

(a) Todo suscriptor, o su representante personal, que desee comparecer en persona ante el panel de revisión presentará por escrito una solicitud a dichos efectos, a más tardar quince (15) días laborables del recibo de la notificación enviada conforme al inciso (2).
(b) No se condicionará el derecho que tiene suscriptor a una revisión justa, a que ésta comparezca a la reunión de revisión.

C.

(1)

(a) Con respecto a una solicitud de revisión voluntaria adicional de una determinación emitida el Plan Médico SSBV nombrará un panel de revisión para considerar la solicitud.
(b) Al realizar la revisión, el panel de revisión tomará en consideración todo comentario, documento, registro y otra información relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional que presente la suscriptor, independientemente de si la información se presentó o consideró al tomar la determinación en la revisión de primer nivel.
(c) El panel tendrá la autoridad legal para obligar al Plan Médico SSBV a cumplir con la determinación de dicho panel. Si transcurren veinte (20) días calendario sin que el Plan Médico SSBV haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tendrá la obligación de notificar dicho hecho al Comisionado.

(2)

(a) Salvo como se dispone en el inciso 2 (b), la mayoría de las personas que compongan el panel de revisión serán personas que no participaron en la revisión de primer nivel realizada.
(b) Una persona que haya participado en la revisión de primer nivel podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel para proveer información o responder a las preguntas del panel.
(c) El Plan Médico SSBV se asegurará de que las personas que realizan la revisión voluntaria adicional sean profesionales de la salud con la pericia adecuada.
(d) El personal que realiza la revisión voluntaria adicional:
(i) No será un proveedor del plan médico de la persona cubierta o ni
(ii) Tendrá ningún interés económico en el resultado de la revisión.

D.

(1)

(a) Respecto a una solicitud de revisión voluntaria adicional de una determinación emitida, el Plan Médico SSBV nombrará el panel de revisión para considerar la solicitud.
(b) El panel tendrá la autoridad legal para obligar al Plan Médico SSBV a cumplir con su determinación. Si transcurren veinte (20) días calendario sin que haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tendrá la obligación de notificar dicho hecho al Comisionado.

(2)

(a) Salvo como se dispone en el inciso 2 (b), la mayoría las personas que componen el panel serán empleados o representantes del Plan Médico SSBV que no participaron en la revisión ordinaria realizada.

(b) Un empleado o representante del Plan Médico SSBV que haya participado en la revisión ordinaria podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel para proveer información o responder preguntas.

E.

(1)

(a) Cuando un suscriptor o su representante personal solicite, conforme al apartado C o el apartado D, comparecer en persona ante el panel, los procedimientos para realizar la revisión voluntaria adicional se regirán por las disposiciones establecidas a continuación.

(b)

(i) El panel de revisión programará y celebrará una reunión a más tardar los treinta (30) días calendario contados a partir del recibo de la solicitud de revisión voluntaria adicional

(ii) Con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación, se

(iii) notificará por escrito a la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, la fecha en que se llevará a cabo la reunión del panel de revisión.

(iv) El Plan Médico SSBV no denegará de manera irrazonable una solicitud de la persona cubierta o suscriptor o su representante personal para aplazar la revisión.

(c) La reunión de revisión se realizará durante horas laborables normales en un lugar accesible a la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal.

(d) Cuando una reunión en persona no sea factible por razones geográficas, el Plan Médico SSBV ofrecerá al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, la oportunidad de comunicarse con el panel de revisión, mediante llamada telefónica de tipo conferencia, videoconferencia u otra tecnología apropiada, por cuenta del plan médico.

(e) Si el Plan Médico SSBV tiene la intención de estar asistida por su representación legal, notificará este hecho al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación a la fecha de la reunión de revisión Además, le notificará al suscriptor que puede estar asistida por su propia representación legal.

(f) El panel de revisión emitirá una determinación por escrito, según se dispone en el apartado F, y la notificará a la persona cubierta o suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, a más tardar diez (10) días calendario de finalizar la reunión de revisión.

(2) Cuando el suscriptor o, si fuera aplicable, su representante personal, no solicite la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión, dicho panel de revisión emitirá su determinación y notificará la misma, según dispuesto en el apartado F, por escrito o electrónicamente (si se ha acordado recibir la notificación por esta vía), a más tardar los cuarenta y cinco (45) días calendario de la primera de las siguientes fechas:

(a) La fecha en que el suscriptor o su representante personal notifique al Plan Médico SSBV que no solicitara la comparecencia en persona ante el panel de re panel de revisión; o

(b) La fecha en que vence el plazo establecido en el apartado B (3) (a) para que la persona cubierta o suscriptor o su representante personal solicite comparecer ante el panel de revisión.

F. La determinación por escrito emitida conforme al apartado E incluirá:

(1) Los títulos y credenciales de los miembros del panel de revisión;

(2) Una declaración de la interpretación que hizo el panel de revisión de la solicitud de revisión voluntaria adicional y todos los hechos pertinentes;

(3) La justificación de la determinación del panel de revisión;

(4) Referencia a la evidencia o documentación que el panel de revisión consideró al tomar la determinación;

(5) Si la solicitud de revisión voluntaria adicional se relaciona con una determinación adversa:

(a) Las instrucciones para solicitar una declaración escrita de la justificación médica, incluidos los criterios de revisión clínica usados al tomar la determinación;
(b) Si fuera aplicable, una declaración en la que se describen los procedimientos para obtener una revisión externa independiente de la determinación adversa a tenor con el Capítulo sobre “Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud”; y
(c) El suscriptor o su representante personal tienen el derecho de comunicarse con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento al teléfono (787) 977-1100 y a la dirección Postal: PO Box 11247 San Juan, PR00910-2347. También puede comunicarse a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico al teléfono (787) 304-8686 y a la dirección postal: PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415

REVISIONES ACELERADAS DE QUERELLAS RELACIONADAS CON UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

A. El Plan Médico SSBV establece los procedimientos para la revisión acelerada de solicitudes de cuidado urgente, relacionadas con una determinación adversa.
B. Los procedimientos permitirán que suscriptor o su representante personal, solicitar una revisión acelerada, según se dispone en este Artículo, verbalmente o por escrito.
C. El Plan Médico SSBV designará para la revisión acelerada homólogos clínicos de la misma especialidad o especialidad similar a la de la persona que normalmente manejaría el caso que se revisa. Dichos homólogos no deben haber participado en la determinación adversa inicial.
D. En una revisión acelerada, toda la información necesaria, incluida la determinación, se transmitirá entre el Plan Médico SSBV y el suscriptor o, si fuera aplicable, su representante personal, por teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.
E. La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará al suscriptor o si i fuera aplicable, a su representante personal, conforme al apartado G, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o suscriptor, pero en ningún caso a más de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la solicitud de revisión acelerada.
F. Para fines de calcular los plazos en que se requiere que se tome la decisión y se notifique conforme al apartado E, el plazo comenzará en la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada con el Plan Médico SSBV, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.
G.
(1) La notificación de la decisión detallará lo siguiente, de una manera comprensible para la persona cubierta o suscriptor 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 el suscriptor pueda responder a los planteamientos del Plan Médico SSBV;
(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 el Plan Médico SSBV, 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 del suscriptor;

(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, según se dispone en el subinciso (e) (iii) o

II. Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso (e) (iv);

(vi) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente conforme a las disposiciones del Capítulo sobre "Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud";

(vii) Una declaración en la que se indica el derecho del suscritor a incoar una demanda en el tribunal competente;

(viii) La siguiente declaración, enfatizando el carácter voluntario de los procedimientos: "El plan médico y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tal como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros"; y

(ix) El suscriptor o su representante personal tienen el derecho de comunicarse con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento al teléfono (787) 977-1100 y a la dirección Postal: PO Box 11247 San Juan, PR00910-2347. También puede comunicarse a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico al teléfono (787) 304-8686 y a la dirección postal: PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415

(2)

(a) El Plan Médico SSBV proveerá la notificación que se requiere escrito o electrónicamente.

(b) Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, el Plan Médico SSBV 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 del Plan Médico SSBV para dejar sin efecto una determinación adversa sin observar el procedimiento aquí prescrito.

DERECHO A SOLICITAR UNA REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE

Los suscriptores del Plan Médico SSBV tendrán, mediante la radicación de una solicitud de revisión externa ante el Comisionado de Seguros de Puerto Rico, la oportunidad de recibir una revisión independiente de las determinaciones adversa, determinaciones adversas finales y casos de rescisión de cubierta. Ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que el suscriptor haya agotado el proceso interno de querellas.

DEFINICIONES:

A. **Certificación:** Significa un documento que contiene la determinación de una organización de seguros de salud, o de la organización de revisión de utilización designada, en la que se expresa que se ha revisado el servicio de cuidado de la salud brindado o solicitado y, a base de la información provista, dicho servicio está cubierto por el plan médico y, además, cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud en cuanto a 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.

B. **Criterios de revisión clínica**: Significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa Plan Medico SSBV para determinar la necesidad médica e idoneidad del servicio de cuidado de la salud. Estas guías de práctica no son obligatorias para el Profesional de la salud en el ejercicio de sus funciones

cuando provea algún servicio de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales, federales y reglamentos correspondientes; y siempre y cuando el servicio provisto sea reconocido por las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y de la salud, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza. El diagnóstico profesional será criterio rector y exclusivo para determinar el tratamiento a seguir en un paciente. Por lo tanto, el criterio profesional no podrá ser alterado. No obstante, lo anterior, las disposiciones de este inciso deberán cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema.

C. **Determinación adversa**: Una determinación hecha por una organización de servicios de salud por la organización de revisión de utilización designada, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio o servicio, o no se paga el beneficio o servicio, parcial o totalmente, ya que, a base de la información provista, el beneficio o servicio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de la organización de servicios de salud en cuanto a la necesidad de salud, idoneidad, lugar en que se presta el servicio de cuidado de la salud, nivel o eficacia del servicio o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa.

D. **Determinación adversa final:** Determinación adversa que ha sido confirmada por la organización de servicios de salud, o la organización de revisión de utilización designada, al completarse los procedimientos internos de querella.

E. **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.

F. **Evidencia médica o científica**: Significa evidencia encontrada en alguna de las siguientes fuentes:
   (1) 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 los textos científicos;
   (2) 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);
   (3) Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estado Unidos conforme a la Ley Federal de Seguro Social;
   (4) Los siguientes compendios normativos en inglés:
      (a) "The American Hospital Formulary Service–Drug Information";
      (b) "Drug Facts and Comparisons®";
      (c) "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics" y
      (d) "The United States Pharmacopoeia–Drug Information";
   (5) 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:
      (a) La agencia federal “Agency for Health Care Research and Quality”;
      (b) Los Institutos Nacionales de la Salud;
      (c) El Instituto Nacional del Cáncer;
      (d) La “National Academy of Sciences”;
      (e) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);
      (f) La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y
      (g) Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito sea evaluar la eficacia de los servicios cuidados de la salud o
   (6) Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los apartados (1) al (5) precedente.

G. **Información 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:
      (a) 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;
      (b) Los servicios de cuidado de la salud que se presten a la persona o
      (c) El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.

H. **Información 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.

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

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

K. **Organización de revisión independiente**: Significa la entidad que realiza una revisión externa independiente de una determinación adversa o determinación adversa final, hecha por la organización de seguros de salud, o la organización de revisión de utilización designada.

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

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

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

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

P. **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 seguros de salud para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

Q. **Revisión retrospectiva**: Significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleva a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. “Revisión retrospectiva” no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de los niveles de reembolso, la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

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

NOTIFICACIÓN DEL DERECHO A LA REVISIÓN EXTERNA

A.

(1) El Plan Médico SSBV notificará por escrito al suscriptor del derecho que tiene a solicitar que se realice una revisión externa. Dicha notificación se hará cuando el Plan Médico SSBV envíe una notificación escrita de alguna de las siguientes:

   (a) Una determinación adversa, al completarse el proceso de revisión de utilización que se dispone.
   (b) Una determinación adversa final.
   (c) Casos de rescisión de cubierta.

(2) Como parte de la notificación escrita que se requiere Plan Médico SSBV 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."

Plan Médico SSBV, en cumplimiento con la ley federal, ha contratado entidades revisoras independientes o se ha acogido al proceso de revisión independiente establecido por el Departamento de Salud federal, el aviso será modificado para especificar la entidad y medios de contacto a la cual el suscriptor debe dirigir su solicitud de revisión externa.

B.

(1) La notificación incluirá, lo siguiente, según corresponda:

(a) En el caso de una notificación de determinación adversa, se informa al suscriptor lo siguiente, según aplique:

i. Si el suscriptor padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de su querella, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada, según corresponda. En estos casos, la organización de revisión independiente asignada a realizar la revisión externa acelerada, determinará si se requerirá que el suscriptor complete la revisión interna acelerada de su querella, antes de realizar la revisión externa; y

ii. El suscriptor podrá presentar una querella conforme al proceso interno de querellas al Plan Médico SSBV. No obstante, si el Plan Médico SSBV no ha emitido una determinación dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que se presentó la querella interna, el suscriptor podrá presentar una solicitud de revisión externa puesto que se considerará, 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 el suscriptor padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión externa ordinaria, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar una revisión externa acelerada; 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 al suscriptor, éste podrá solicitar una revisión externa acelerada; 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, el suscriptor podrá presentar una solicitud para que se realice una revisión externa ordinaria, o si el médico del suscriptor 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, el suscriptor podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada.

(1) Además de la información que se debe proveer conforme a los apartados (A) y (B) de este Artículo, el Plan Médico SSBV incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa ordinaria y de revisión externa acelerada, destacando las disposiciones que le ofrecen al suscriptor la oportunidad de presentar información adicional. También se deberán incluir, si alguno, los formularios necesarios para procesar la solicitud de revisión externa.

(2) El Plan Médico SSBV 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 el suscriptor autorice a la organización al Plan Médico SSBV a divulgar información de salud protegida, incluidos los expedientes médicos, que son pertinentes a la revisión externa.

SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA

A. La revisión externa puede ser radicada, en el formato que se establezca para estos propósitos. El Comisionado podrá disponer la forma y contenido de la solicitud de revisión externa. en la Oficina del Comisionado de Seguros:

Dirección Física	Dirección Postal
Edificio World Plaza 906 268 Ave. Muñoz Rivera San Juan, PR 00618	PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415

B. La revisión externa está disponible cuando una determinación adversa o determinación final se fundamenta en la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de eficacia del servicio o la rescisión de cubierta.

REQUISITO DE AGOTAR EL PROCESO INTERNO DE QUERELLAS

A.

(1) Salvo como se dispone en el apartado B de este Artículo, ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que es suscriptor haya agotado el proceso interno de querellas del Plan Médico SSBV.

(2) Para propósitos de este Artículo, se considerará que se ha agotado el proceso interno de querellas del Plan Médico SSBV si el suscriptor:

(a) Ha presentado una querella interna y

(b) No ha recibido una determinación por escrito de parte del Plan Médico SSBV 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, el suscriptor no podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva realizada, hasta que haya agotado el proceso interno de querellas del Plan Médico SSBV.

B.

(1)

(a) Simultáneo a la presentación de una solicitud de revisión interna acelerada de una querella, el suscriptor podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme alguna de las siguientes opciones:

i. Si el suscriptor 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. 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 del suscriptor 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 suscriptor complete primero el proceso de revisión interna acelerada.

(c) Si la organización de revisión independiente determina que el suscriptor debe primero completar el proceso de revisión interna acelerada, lo notificará de

inmediato al suscriptor 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 el suscriptor haya agotado los procedimientos internos de querella del Plan Médico SSBV, siempre y cuando el Plan Médico SSBV acuerde renunciar al requisito de que se agoten dichos procedimientos.

C. Si el Plan Médico SSBV renuncia al requisito de agotar los procedimientos internos de querellas, el suscriptor podrá solicitar, por escrito, la revisión externa ordinaria.

REVISIÓN EXTERNA ORDINARIA

A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, la persona cubierta o suscriptor podrá presentar una solicitud de revisión externa al Comisionado de Seguros de Puerto Rico. 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 al Plan Médico SSBV.

A más tardar los cinco (5) días laborables siguientes al recibo de copia de la solicitud de revisión externa, Plan Médico SSBV completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar lo siguiente:

1. Si el solicitante era una persona cubierta al momento de solicitar el servicio de cuidado de la salud o, en el caso de una revisión retrospectiva, era una persona cubierta 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 Plan Médico SSBV 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 la persona cubierta agotó el proceso interno de querellas de Plan Médico SSBV, salvo cuando no se requiera agotar dicho proceso interno de querellas; y

4. Si la persona cubierta 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.

A más tardar el próximo día laborable a partir de completarse la revisión preliminar Plan Médico SSBV notificará por escrito al Comisionado y a la persona cubierta si:

a. La solicitud de revisión externa está completa y

b. La solicitud es elegible para la revisión externa.

Si la solicitud:

a. No está completa, Plan Médico SSBV enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud, o

b. No es elegible para la revisión externa, Plan Médico SSBV enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial. Si Plan Médico SSBV determina, a raíz de la revisión preliminar realizada, 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 Plan Médico SSBV puede apelarse ante el Comisionado.

El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa, aun cuando Plan Médico SSBV hubiese determinado inicialmente lo contrario. La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de Plan Médico SSBV, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.

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 al Plan Médico SSBV cuál fue la organización de revisión independiente designada.

b. Notificará por escrito a la persona cubierta que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

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 Plan Médico SSBV. El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona cubierta 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.

A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, Plan Médico SSBV 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. El hecho de que Plan Médico SSBV no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días, no deberá retrasar la revisión externa.

Si Plan Médico SSBV no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto, 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. No más tarde del próximo día laborable de haberse decidido revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión, la organización de revisión independiente lo notificará a la persona cubierta, a Plan Médico SSBV y al Comisionado.

La organización de revisión independiente revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de Plan Médico SSBV y toda otra información presentada por escrito por la persona cubierta. En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a Plan Médico SSBV, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

Al recibo de la información dispuesta, Plan Médico SSBV podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa. La reconsideración, por parte de Plan Médico SSBV, de su determinación adversa o determinación adversa final, no demorará ni dará por terminada la revisión externa. Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, Plan Médico SSBV 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. Al cabo de un (1) día laborable de haberse tomado la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, Plan Médico SSBV notificará por escrito dicha determinación a la persona cubierta, a la organización de revisión independiente y al Comisionado. La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de Plan Médico SSBV, la notificación mencionada.

Además de los documentos e información mencionada, 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 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 Plan Médico SSBV, la persona cubierta, o el proveedor 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 por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;
6. Todo criterio de revisión clínica creado y usado por Plan Médico SSBV, 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 antes mencionados.

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. A la persona cubierta;
b. A Plan Médicos SSBV;
c. Al Comisionado.

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.

Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, Plan Médico SSBV implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión.

La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa, 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

El suscriptor podrá radicar ante el Comisionado de Seguros Comisionado una solicitud de revisión externa acelerada, la revisión externa acelerada no estará disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final hayan sido producto de una revisión retrospectiva, al recibir alguna de las siguientes:

1. Una determinación adversa, siempre y cuando:
    a. La determinación adversa se relacione con una condición de salud suscriptor con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión interna acelerada, según se dispone en el Artículo 22.100 del Código de Seguros de Puerto Rico, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; y
    b. El suscriptor 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 Código de Seguros de Puerto Rico.
2. Una determinación adversa final, siempre y cuando:
    a. El suscriptor padezca de 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 Código de Seguros de Puerto Rico, 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 el suscriptor recibió servicios de emergencia y aún el suscriptor no ha sido dado de alta de la instalación donde recibió dichos servicios de emergencia.

Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada, el Comisionado deberá, de inmediato, enviar copia de dicha solicitud a Plan Médico SSBV. Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa acelerada, Plan Médicos SSBV deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión y notificar a la persona cubierta, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial. Si Plan Médico SSBV determina, a raíz de la revisión preliminar realizada, 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 Plan Médico SSBV puede apelarse ante el Comisionado.

El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando Plan Médico SSBV hubiese determinado inicialmente lo contrario. La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de Plan Médico SSBV, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.

Al recibo de una notificación de Plan Médico SSBV 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 Plan Médico SSBV 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. 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 Plan Médico SSBV.

Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, Plan Médico SSBV 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.

Además de los documentos e información indicados, 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 Plan Médico SSBV, 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;
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 Plan Médicos SSBV, 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.

La organización de revisión independiente hará su determinación con la premura que requiera la condición de salud o las circunstancias del suscriptor, 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.
(b) Notificar su determinación al suscriptor, a Plan Médico SSBV y al Comisionado.

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 al suscriptor, al Plan Médico y al Comisionado.
(b) Incluir en la notificación escrita la información dispuesta en el Artículo 28.080 (I)(2) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, el Plan Médico SSBV inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión externa acelerada. La revisión externa acelerada no estará disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final haya sido producto de una revisión retrospectiva.

La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa acelerada de conformidad con este Capítulo, 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

Se requiere autorización de la persona cubierta para divulgar 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 persona cubierta pagará un costo nominal no mayor de $25.00 por cada revisión externa solicitada, disponiéndose que el costo para una misma persona cubierta no se pueda exceder de $75.00 por suscriptor por año contrato. La cantidad pagada por la persona cubierta le será reembolsada si este obtiene opinión a su favor. Respecto a las determinaciones adversas finales serán llevadas por conducto del organismo revisor independiente “Federal Hearings & Appeal Services, Inc. (FHAS)".

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, la persona cubierta podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa.

(2) (a) La persona cubierta 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 al Plan Médico SSBV sobre la presentación de la referida solicitud.

(c) (i) Tras recibir copia de la solicitud, Plan Médico SSBV deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión establecidos y notificar a la persona cubierta, 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 Plan Médico SSBV determina, a raíz de la revisión preliminar realizada, 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 Plan Médico SSBV puede apelarse ante el Comisionado.

(d) (i) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando Plan Médico SSBV 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 Plan Médico, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.

(e) Al recibo de una notificación de Plan Médico SSBV 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 Plan Médicos SSBV cuál fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

(f) Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, Plan Médicos SSBV 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, 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 Plan Médicos SSBV.

(2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa, Plan Médico SSBV 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 una persona cubierta por el plan médico 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 una persona cubierta por un plan médico 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 de la persona cubierta, pero Plan Médico SSBV 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 de la persona cubierta;

(c) El médico de la persona cubierta 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 de la persona cubierta;

(ii) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no son médicamente adecuados para la persona cubierta; 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 a la persona cubierta:

(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 la persona cubierta que los otros servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales o acostumbrados disponibles; o

(ii) El médico que atiende a la persona cubierta, 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 la persona cubierta tiene una mayor probabilidad de ser de beneficio que ningún otro servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible;

(e) La persona cubierta ha agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud, salvo cuando no se requiera haber agotado dicho remedio a tenor con el Artículo 28.070 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico; y

(f) La persona cubierta 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 Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

C. (1) A más tardar el próximo día laborable de completar la revisión preliminar conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, la organización de seguros de salud notificará por escrito al Comisionado y a la persona cubierta:

(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, la organización de seguros de salud notificará, por escrito, a la persona cubierta y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud; o
(b) No es elegible para la revisión externa, la organización de seguros de salud enviará, por escrito, una notificación informando a la persona cubierta 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) de este Artículo.
(b) Si la organización de seguros de salud 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 la organización de seguros de salud puede apelarse ante el Comisionado.

(4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando la organización de seguros de salud 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 la organización de seguros de salud, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.

(5) Si la organización de seguros de salud determina que la solicitud de revisión externa es elegible para tales propósitos, así deberá notificarlo a la persona cubierta y al Comisionado.

D. (1) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación de la organización de seguros de salud 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 la organización de seguros de salud cuál fue la organización de revisión independiente designada; y
(b) Notificar por escrito a la persona cubierta que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

(2) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona cubierta 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 Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y que debido a su experiencia clínica durante los pasados tres (3) años sean expertos en el tratamiento de la condición de la persona cubierta y, además, que tengan amplio conocimiento acerca del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.
(b) Ni la persona cubierta ni la organización de seguros de salud, 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 de este Artículo, 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 la organización de seguros de salud.

E. (1) A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud 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) de este Artículo, el hecho de que la organización de seguros de salud no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, no deberá retrasar la revisión externa.

(3) (a) Si la organización de seguros de salud 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.
(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) de este Artículo, la organización de revisión independiente lo notificará de inmediato a la persona cubierta, a la organización de seguros de salud y al Comisionado.

F. (1) Cada revisor clínico revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de la organización de seguros de salud y toda otra información presentada por escrito por la persona cubierta.

(2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a la organización de seguros de salud implicado, 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) de este Artículo, la organización de seguros de salud podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

(2) La reconsideración por parte de la organización de seguros de salud 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, la organización de seguros de salud 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 la organización de seguros de salud toma la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, lo notificará de inmediato por escrito a la persona cubierta, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.
(b) La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de la organización de seguros de salud, la notificación aludida en el apartado (G)(4)(a) de este Artículo.

H. (1) Salvo como se dispone en el apartado (H)(3) de este Artículo, 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) de este Artículo, la opinión de cada revisor clínico se entregará por escrito e incluirá la siguiente información:

(a) Una descripción de la condición de salud de la persona cubierta;
(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 la persona cubierta 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
(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) de este Artículo.

(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 de la persona cubierta 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) de este Artículo.

I. Además de la información y los documentos aludidos en el apartado (A)(2)(f) o al apartado (E)(1) de este Artículo, 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 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 la organización de seguros de salud, la persona cubierta, o el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta;
(4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta;
(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 de la persona cubierta; 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 a la persona cubierta 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) de este Artículo, 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) de este Artículo, hará su determinación y la notificará por escrito a las siguientes personas:

(i) La persona cubierta;
(ii) Plan Médico SSBV; 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, a la persona cubierta, a Plan Médico SSBV 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 a la persona cubierta, a Plan Médico SSBV y al Comisionado, e incluirá la información que se requiere en el apartado (J)(3) de este Artículo.

(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, Plan Médico SSBV 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 este Artículo, 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:

La determinación de la revisión externa obliga a Plan Médico SSBV y a la persona cubierta o suscriptor, salvo que tenga otro remedio conforme a las leyes aplicables en Puerto Rico. La persona cubierta no podrá presentar solicitudes subsiguientes de revisión externa con una determinación final.

CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

La Ley 194 del 25 de agosto de 2000 conocida como la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", dispone los derechos y responsabilidades de los usuarios de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico.

Derecho a una alta calidad de Servicios de Salud

Recibir servicios de salud de la más alta calidad de la más alta calidad, consistentes con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

Derechos en cuanto a la obtención y divulgación de Información.

En lo concerniente a la obtención y divulgación de información, todo paciente, usuario o consumidor de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias en Puerto Rico tiene derecho a:

- **a-** Recibir información cierta, confiable, oportuna y suficiente, de fácil comprensión y adecuada a sus necesidades, con relación a sus planes de servicios de salud y a las facilidades y profesionales de la salud que haya seleccionado o cuyos servicios solicite, de manera que esté en condiciones de tomar decisiones bien informadas e inteligentes en cuanto a su selección de planes facilidades y profesionales y en cuanto a los servicios de salud que requiere.
- **b-** Recibir información adecuada y suficiente relativa a los beneficios cubiertos por el plan de salud: al costo de las primas y copagos o coaseguros; a los mecanismos y procedimientos de recobro de costos y solución de disputas; a un listado y localización de facilidades y profesionales participantes en el plan; a los mecanismos y procedimientos de control de calidad y garantías de satisfacción de los suscriptores; a los procedimientos que gobiernan el acceso a especialistas y servicios de emergencia y a las reglas y procedimientos, incluyendo la política institucional del plan, relativos al manejo o administración del cuidado de la salud (care management).
- **c-** Recibir información adecuada y suficiente relativa a la educación, licenciamiento, certificación de los profesionales de la salud; a los años que llevan en la práctica: a la experiencia en la realización del tratamiento para las condiciones o dolencias diagnosticadas, incluyendo el costo y probabilidades de éxito de las mismas: y a los mecanismos y procedimientos de control de calidad y garantías de satisfacción de los pacientes, usuarios o consumidores de sus servicios.
- **d-** Recibir, de las facilidades de servicios de salud médico-hospitalarias, toda la información adecuada y suficiente relativa al personal y los recursos técnicos disponibles para la realización de determinados procedimientos y servicios; a la educación, preparación y experiencia del personal disponible para realizar los mismos; a los mecanismos y procedimientos de control de calidad y garantías de satisfacción de los pacientes, usuarios o consumidores de sus servicios.

Derechos en cuanto a la selección de planes y proveedores

En lo concerniente a la selección de planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios, todo paciente, usuario o consumidor de tales planes y servicios en Puerto Rico tiene derecho a:

- **a-** Una selección de planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios que sea adecuada y suficiente para garantizar el acceso a cuidado y proveedores que mejor se ajusten a sus necesidades y deseos, irrespectivamente de su condición socioeconómica o capacidad de pago.
- **b-** Una red de proveedores autorizados y suficientes para garantizar que todos los servicios cubiertos por el plan estarán accesibles y disponibles sin demoras irrazonables y en razonable proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de sus suscriptores, incluyendo el acceso a servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas al día los siete (7) días de la semana. Todo plan de cuidado de salud que ofrezca cubiertas sobre servicios de salud en Puerto Rico deberá permitir

que cada paciente pueda recibir servicios de salud primarios de cualquier proveedor de servicios primarios participante que éste haya seleccionado conforme a lo dispuesto en el plan de cuidado de salud.

c- Todo plan de cuidado de salud deberá permitir que cada paciente pueda recibir los servicios de salud especializados necesarios o apropiados para el mantenimiento de la salud, según los procedimientos de referido conforme al plan de cuidado de salud.

d- Escoger y tener acceso a los servicios de salud y tratamientos de un Médico, Podíatra u Optómetra, Audiólogo y Psicólogo si la cubierta provista por su plan de salud ofrece cualquier servicio que se encuentre incluido en el "espectro de práctica" de un Médico, Podíatra, Optómetra, Audiólogo y Psicólogo licenciado, autorizado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

e- Toda facilidad médico-hospitalaria pública y privada, permitirá a sus pacientes escoger y tener acceso a los servicios de salud y tratamientos de un médico Podiatra, de estar disponible, y contará con los servicios de dicho proveedor en su facultad médica, luego de que éste haya sido evaluado por el comité de credenciales de dicho hospital, de manera igual que cualquier médico especialista de la institución, sin discriminar como clase profesional.

Derechos en cuanto al acceso a servicios y facilidades de emergencia.

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a:

a- Tener acceso libre, directo e irrestricto a servicios y facilidades de emergencia cuando y donde surja la necesidad de tales servicios y facilidades, independientemente de la condición socioeconómica y capacidad de pago de dicho usuario o consumidor, y ningún plan de cuidado de salud podrá negar a sus suscriptores el pago o cubierta por servicios de salud médico-hospitalarios de emergencia.

b- Los planes de cuidado de salud proveerán a sus suscriptores información confiable y detallada sobre la disponibilidad, localización y uso apropiado de facilidades y servicios de emergencia en sus respectivas localidades, así como las disposiciones relativas al pago de primas y recobro de costos con relación a tales servicios y la disponibilidad de cuidado médico comparable fuera de dichas facilidades y servicios de emergencia.

c- Todo plan de cuidado de salud en Puerto Rico proveerá beneficios de servicios de emergencia, sin periodo de espera. Dichos servicios de emergencia serán provistos sin la necesidad de autorización previa por parte de la organización; 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 organización, el paciente no será responsable de un pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la organización. La organización compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y este vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la contratada con los proveedores a su vez contratados por la organización 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.

d- En el caso de que el paciente reciba servicios de cuidado de salud posteriores a los servicios de emergencia o de post-estabilización, que estarían cubiertos bajo el plan de cuidado de salud, excepto por el hecho de que se trata de un proveedor no participante, la organización compensará al paciente por aquella parte de los costos con respecto a dichos servicios recibidos que se hubiese pagado con arreglo al plan, siempre que exista una razón médica de peso por la cual el paciente no pueda ser transferido a un proveedor participante.

e- El personal que preste servicios en las facilidades de emergencia se comunicará con el médico de cuidado personal de todo paciente, de tener éste un médico de cuidado personal, tan rápidamente como sea posible dentro de las circunstancias, para discutir el seguimiento del tratamiento brindado al paciente en dichas facilidades, el cuidado médico posterior a la estabilización del paciente y la continuación de los servicios, si algunos, requeridos por el paciente.

Derechos en cuanto a la participación en la toma de decisiones sobre tratamiento

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a:

a- Participar plenamente en todas las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud. En caso de que un paciente, usuario o consumidor de servicios de salud o médico-hospitalarios no esté en condiciones de participar plenamente en las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, dicho paciente, usuario o consumidor tendrá derecho a estar representado en la toma de dichas decisiones por su padre, madre, tutor, custodio, encargado, cónyuge, pariente, representante personal legal, apoderado o cualquier persona designada por los tribunales para tal fin.

b- Todo médico o profesional de la salud deberá proveer a sus pacientes información suficiente y adecuada, así como la oportunidad real, de participar en forma significativa en las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, de manera que dicho paciente pueda prestar su consentimiento a dichas decisiones, incluyendo, pero sin limitarse a, la discusión de opiniones de rehusar o no recibir ningún tratamiento, así como todos los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opiniones de tratamiento o no tratamiento y cualquier preferencia futura del paciente en caso de que en determinado momento éste pueda perder la capacidad de expresar válidamente su consentimiento a distintas opiniones de tratamiento.

c- El uso de directrices o guías adelantadas en relación a su tratamiento, o designar a una persona que actúe como su tutor en caso de ser necesario para la toma de decisiones. Todo médico o profesional de la salud deberá discutir con sus pacientes y los familiares de estos el uso de directrices o guías adelantadas de preferencias, incluyendo, pero sin limitarse a, el uso de poderes y testamentos vivientes (living wills). El proveedor honrará dicho deseo hasta donde éste sea permitido por ley.

d- Todo médico o profesional de la salud deberá respetar y acatar las decisiones y preferencias expresadas por sus pacientes con relación a las opciones de tratamiento discutidas con estos.

e- Todos los médicos o profesionales de la salud y planes de cuidado de salud deberán proveer a sus pacientes, suscriptores información suficiente y adecuada relacionada con cuales quiera factores, incluyendo formas de pago, tarifas y propiedad, participación o interés que tengan en facilidades de cuidado de la salud y servicios de salud médico-hospitalarios, que podrían influenciar la recomendación de las opciones o alternativas del tratamiento.

f- Todos los planes de cuidado de salud se asegurarán de que sus contratos con proveedores de servicios de salud médico hospitalarios no incluyan cláusulas de mordaza (gag clauses), cláusulas penales u otros mecanismos contractuales que interfieran con la habilidad o capacidad de los proveedores de comunicarse con dichos suscriptores y discutir con estos todas las opciones disponibles de tratamiento, así como hacerles a dichos suscriptores recomendaciones específicas de tratamiento de acuerdo con la opinión y juicio profesional de dichos proveedores.

g- Todo plan de cuidado de salud deberá contener una disposición que establezca que 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 organización costeará los "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.

h- Todo médico o profesional de la salud deberá proveer a sus pacientes la orden médica, ya sea pruebas de laboratorio, rayos x o medicamentos, de manera tal que el paciente sea el que libremente seleccione la facilidad de salud donde recibirá estos servicios.

Derechos en cuanto a respeto y trato igual

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a trato igual, considerado y respetuoso de parte de todos los miembros de la industria del cuidado de la salud, incluyendo pero sin limitarse a, profesionales de la salud, planes de cuidado de salud y proveedores y operadores de facilidades de salud médico-hospitalarias, en todo momento y bajo toda circunstancia y no se

discriminará en contra de ningún paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios por causa de naturaleza pública o privada de las facilidades o proveedores de tales servicios ni de cualquier consideración a criterios de raza, color, sexo edad, religión, origen o identificación étnica o nacional, ideológica política, incapacidad física o mental presente o futura, información médica o genética, condición social, orientación sexual o capacidad o forma de pago del usuario o consumidor de dichos servicios y facilidades.

Derechos en cuanto a la confidencialidad de información y records médicos

Todo paciente usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a:

- **a-** Comunicarse libremente, sin temor y en estricta confidencialidad con sus proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios.
- **b-** Tener plena confianza en que su información médica y de salud será mantenida en estricta confidencialidad por sus proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios y no será divulgada sin la autorización escrita del paciente y en todo caso únicamente para fines médicos o de tratamiento, incluyendo la continuación o modificación del cuidado médico o tratamiento o con fines de prevención, control de calidad o relacionados con el pago de servicios de salud médico-hospitalarios.
- **c-** Tener la confianza de que la divulgación no autorizada de información contenida en records médicos o de salud se hará únicamente por orden judicial previa o mediante autorización específica de ley, incluyendo pero sin limitarse a, para fines de investigaciones relacionadas con la perpetración de fraudes o la comisión de delitos.
- **d-** Todo proveedor y toda organización deberán mantener la confidencialidad de aquellos expedientes, records clínicos o documentos que contengan información sobre el estado médico de un paciente. Todo proveedor y toda la organización deberán también tomar medidas para proteger la intimidad de sus pacientes, salvaguardando su identidad.
- **e-** Todo proveedor y toda organización proveerán a todo paciente, acceso rápido a los expedientes y records de éste. El paciente tiene el derecho a recibir copia de su record médico.

Derechos en cuanto a quejas y agravios

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a:

- **a-** Tener disponible mecanismos o procedimientos sencillos, justos y eficientes para resolver diferencias con sus planes de cuidado de salud, profesionales de la salud y proveedores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarios, así como la seguridad de que dichos mecanismos y procedimientos incluyen controles internos de calidad y supervisión externa para garantizar su confiabilidad y eficiencia.
- **b-** Tener disponible mecanismos o procedimientos apelativos internos con relación a dichos planes de cuidado o proveedores institucionales, incluyendo notificación escrita oportuna de toda decisión de denegar, limitar o terminar servicios o rehusar pago por servicios, así como las bases o fundamentos para tal denegatoria, limitación o terminación, y los mecanismos y procedimientos disponibles para apelar la misma.
- **c-** Resolución pronta y oportuna de todas las apelaciones iniciadas por dichos usuarios o consumidores, incluyendo la solución expedita en aquellos casos que se relaciona con cuidado o tratamiento urgente o de emergencia, dentro de los marcos o parámetros requeridos por Medicare.
- **d-** Revisión de reclamaciones por profesionales de la salud debidamente cualificados y con las credenciales y preparación adecuada, de acuerdo con el tratamiento de que se trate, y que no hayan tomado parte en la decisión inicial cuya revisión se solicita.
- **e-** Notificación escrita final de la decisión cuya revisión solicita el paciente, usuario o consumidor, incluyendo las bases o fundamentos que sustentan dicha decisión final y los mecanismos o remedios externos disponibles en ley para apelar dicha decisión a una entidad externa.
- **f-** Mecanismos o procedimientos sencillos, justos y económicos para resolver diferencias en cuanto a materias, tales como tiempos de espera horario de operaciones, comportamiento del personal que atiende el público y las condiciones y estado de las facilidades.

g- Cualquier sistema externo de apelación provisto por un plan de cuidado de salud o proveedor deberá estar disponible únicamente para aquellos casos en que los usuarios o consumidores han agotado todos los remedios internos; estará regido por profesionales de la salud debidamente cualificados y con las credenciales y preparación adecuada, de acuerdo con el tratamiento de que se trate, y que no hayan tomado parte en la decisión inicial cuya revisión se solicita: seguirá estándares de revisión basados en la prueba presentada y la evidencia médica objetiva; resolverá las apelaciones en forma justa, eficiente y oportuna; y aplicará a toda decisión de denegar, limitar o terminar cubierta o pago por servicios por el fundamento de que el tratamiento en cuestión experimental o investigativo, no es necesario desde el punto de vista médico y excede un costo razonable, o pone en riesgo la vida o la salud del paciente.

Responsabilidades de los pacientes, usuarios o consumidores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias

La naturaleza esencial del cuidado de la salud requiere que los pacientes, usuarios o consumidores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias y sus familiares participen en su cuidado. Sin embargo, la satisfacción del paciente y la efectividad del cuidado dependerán en parte de que el paciente ejerza sus responsabilidades en una forma adecuada. Estas responsabilidades son, entre otras:

a- Los pacientes tienen la responsabilidad de proveer, a la altura de su conocimiento, información completa y precisa sobre su condición actual de salud, enfermedades anteriores, medicamentos, hospitalizaciones y otros asuntos relacionados.
b- Los pacientes tienen la responsabilidad de reportar cambios inesperados en sus condiciones al profesional de salud a cargo de sus tratamientos.
c- Los pacientes tienen la responsabilidad de hacer saber que comprende claramente el curso de acción que de él se espera.
d- Los pacientes tienen la responsabilidad de proveer copias de sus directrices o guías adelantadas por escrito, si estas existen sobre sus deseos de sus tratamientos médicos futuros respecto a la prolongación de sus vidas.
e- Los pacientes tienen la responsabilidad de informar a su profesional de salud si anticipan problemas en el tratamiento prescrito.
f- Los pacientes, como miembros de una comunidad, tienen la responsabilidad de conocer la obligación del proveedor de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.
g- Los pacientes y sus familiares son responsables de hacer arreglos razonables para que las necesidades de hospital, de otros pacientes, de la facultad médica, y de otros empleados no sean afectados por sus actuaciones particulares.
h- Los pacientes son responsables de proveer la información necesaria sobre planes médicos y de colaborar con el proveedor en relación a sus respectivos arreglos financieros cuando esto sea necesario para pagar en forma oportuna todas las cuentas y facturas que le son remitidas.
i- Los pacientes son responsables de conocer el impacto que su estilo de vida está teniendo en su salud personal y asumir la responsabilidad inicial personal por su propia salud y cuidado. Los pacientes mismos deben conllevar la responsabilidad de mantenerse con salud, y cuidar por sus familias.
j- Los pacientes tienen la responsabilidad de participar en toda decisión relacionada a su cuidado.
k- Los pacientes tienen la responsabilidad de informar a las autoridades competentes cualquier fraude o actuación impropia de la que tenga conocimiento con relación a los servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.
l- Los pacientes tienen la responsabilidad de utilizar los mecanismos y procedimientos internos establecidos por el proveedor de cuidado de salud o el plan de salud para resolver sus diferencias.
m- Los pacientes tienen la responsabilidad de reconocer los riesgos y límites de la medicina y la falibilidad del profesional de la salud.
n- Los pacientes tienen la responsabilidad de informarse en relación a su plan de salud en cuanto a tipo de cubierta, opciones, beneficios, límites, exclusiones, referidos, y procedimientos de radicación, revisión y solución de querellas.
o- Los pacientes tienen la responsabilidad de cumplir con los procedimientos administrativos y operacionales de su plan de salud, proveedor de servicios de salud, y de los programas de beneficios de salud gubernamentales.

Derecho de Acceso a la Información de Salud Protegida" al final de la Carta de Derechos del Paciente

- **a-** Toda persona objeto de información de salud protegida tiene derecho a examinar o recibir, de manos de la organización de servicios de salud, una copia de su información de salud protegida.
- **b-** La persona objeto de la información de salud protegida podrá solicitar por escrito a la organización de servicios de salud acceder dicha información. Al recibo de una solicitud a tales efectos, la organización de servicios de salud tendrá treinta (30) días para llevar a cabo alguno de las alternativas que se enumeran a continuación: De necesitar tiempo adicional para producir el informe, la organización de servicios de salud contará con un término adicional de treinta (30) días calendario para responder al solicitante. El término adicional debe ser notificado al solicitante previo a la expiración del plazo original con una explicación del motivo de la demora:
    - **1.** Proveer al solicitante una copia de la información de salud protegida solicitada, o si no es posible proveer una copia, permitirle que examine la información de salud protegida durante horas laborales normales;
    - **2.** Notificar al solicitante que no tiene en su poder la información de salud protegida y, si se sabe, informarle el nombre y la dirección de la persona que tiene la información de salud protegida solicitada; o
    - **3.** Denegar la solicitud, en su totalidad o en parte, si la organización de servicios de salud determina alguna de las siguientes:
        - **a.** Que el tener conocimiento de la información de salud protegida podría identificar la fuente confidencial que proveyó la misma en el curso de una investigación debidamente constituida por ley, o de un proceso judicial;
        - **b.** Que la información de salud protegida se recopiló en preparación para un litigio, o como parte de una investigación por parte de los agentes del orden público o de alguna unidad anti fraude, o para propósitos de garantía de calidad;
        - **c.** Que la información de salud protegida es el trabajo original producido por la organización de servicios de salud, lo cual incluye, entre otras, la interpretación, impresiones mentales, instrucciones y todo otro producto del trabajo original de la organización de servicios de salud, sus empleados y representantes autorizados;
        - **d.** Que el solicitante es una de las partes en un litigio que involucra a la organización de servicios de salud y en donde la condición de salud del solicitante está en controversia sujeto con lo dispuesto tanto en las Reglas de Procedimiento Civil, Criminal o de Evidencia vigentes relacionadas a los procedimientos de descubrimiento de prueba en casos judiciales de daños y perjuicios por mala práctica profesional o impericia médica. No obstante, una vez se resuelva el litigio, se restaurará el derecho del solicitante a acceder la información de salud protegida; o
        - **e.** Que la divulgación de la información de salud protegida al solicitante objeto de la misma está prohibida por ley.
- **c-** Si se deniega una solicitud para examinar o copiar información de salud protegida, en su totalidad o en parte, la organización de servicios de salud notificará por escrito al solicitante las razones para la denegación. Cuando se haya recopilado la información de salud protegida en preparación para un litigio, o como parte de una investigación, no se requerirá que la organización de servicios de salud informe al solicitante las razones para la denegación.
- **d-** La organización de servicios de salud no tendrá que crear un expediente nuevo para responder a una solicitud de información de salud protegida.

La organización de servicios de salud puede cobrar una cantidad razonable por suministrar la información de salud protegida que se ha solicitado y proveerá una factura desglosada de lo cobrado. No se cobrará ningún cargo por la reproducción de información de salud protegida que haya sido solicitada para sustentar una reclamación o apelación, o para acceder a un programa de beneficios médicos auspiciado o administrado por el gobierno estatal o federal.

Derecho del Paciente a la Continuación de Servicios de Cuidado de Salud.

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a que:

a- Todo plan de cuidado de salud deberá contener una disposición a los efectos de que en caso en que se termine un plan de cuidado de salud o se cancele el mismo, o de la terminación o cancelación de un proveedor, la entidad deberá notificarle dicha terminación o cancelación al paciente, con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.

b- Sujeto a cualquier requisito de pago de prima, todo plan de cuidado de salud deberá contener una disposición a los efectos de que si dicho plan o proveedor termina, el paciente podrá continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un período de transición de noventa (90) días, contado a partir de la fecha de la terminación del plan o proveedor.

1. En los casos que el paciente se encuentre hospitalizado al momento de la referida fecha de terminación del plan, y la fecha de alta de hospitalización haya sido programada antes de dicha fecha de terminación, el período de transición se extenderá desde esta fecha hasta noventa (90) días después de la fecha en que sea dado de alta el paciente.
2. En caso de que una paciente se encuentre en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, de los dos, la que fuere última.
3. En caso de que el paciente sea diagnosticado con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con dicha condición antes de dicha fecha, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente. Los proveedores que continúen el tratamiento de dichos pacientes durante dicho período deberán aceptar los pagos y tarifas fijados por el plan como pago total por sus servicios, así como continuar suministrando al plan toda la información necesaria requerida por éste para fines de control de calidad y entregar o transferir los correspondientes récords médicos de dichos pacientes al finalizar dicho período de transición.

1. **ACCIONES CIVILES**: No se entablará ninguna acción civil para reclamar cualesquiera derechos de la persona 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.
2. **ACTOS DE DISCRIMEN INDEBIDO POR PARTE DE LOS PLANES MÉDICOS** –
   Constituye discrimen indebido:
   (1) Denegar, rehusar emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que la persona sucrita ha sufrido maltrato; o
   (2) Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta.

   Cuando una organización de seguros de salud tenga información que claramente indique que una persona cubierta, es una víctima de maltrato, se considerará injustamente discriminatorio que dicha organización de seguros de salud, divulgue o transfiera información confidencial sobre el maltrato, según se define dicho término para el propósito que fuera o a la persona que fuera, excepto en los siguientes casos:
   (1) A la víctima de maltrato o a una persona específicamente designada por escrito por dicha víctima;
   (2) A un proveedor de cuidado de salud para fines de prestar servicios a la víctima;
   (3) A un médico identificado y designado por la víctima de maltrato;
   (4) Cuando lo ordene el Comisionado o un tribunal competente, o como se requiera por ley; o
   (5) Cuando sea necesario, por motivos comerciales legítimos, transferir alguna información confidencial sobre maltrato debido a que no se pueda segregar dicha información del resto sin causar una carga indebida. En estos casos, la información confidencial sobre maltrato sólo se podrá divulgar si el destinatario ha accedido por escrito a atenerse a las prohibiciones dispuestas en este Capítulo y a someterse a la jurisdicción de los tribunales de Puerto Rico para hacer cumplir las disposiciones del mismo. La divulgación de información confidencial sobre maltrato por motivos comerciales legítimos que autoriza, a modo de excepción, este inciso, sólo podrá hacerse a las siguientes personas:
      a. Un plan médico que pagará indemnización con respecto a una contrato o parte de ésta que cubre a una víctima de maltrato, siempre y cuando el reasegurador no pueda proveer el reaseguro o cumplir con sus obligaciones conforme al contrato de reaseguro sin que se divulgue dicha información;
      b. Una de las partes en una transacción de venta, traspaso, fusión o consolidación, propuesta o consumada, de las operaciones de la organización de seguros de salud o profesional de seguros;
      c. Personal médico o personal a cargo del trámite de reclamaciones empleado o contratado por la organización de seguros de salud, únicamente cuando sea necesaria la divulgación para procesar una solicitud o desempeñar los deberes conforme al contrato; o
      d. Con respecto a la dirección y número de teléfono de la víctima de maltrato, a las entidades con quiénes la organización de seguros de salud, tengan relaciones comerciales, cuando no se puedan llevar a cabo las transacciones comerciales sin la referida dirección o número de teléfono;
   (6) A un abogado que necesita la información para representar efectivamente a la organización de seguros de salud, siempre y cuando la organización de seguros de salud, notifique al abogado de sus obligaciones y solicite que el abogado tome el debido cuidado de proteger la información confidencial sobre el maltrato;

(7) Al titular del contrato su cesionario, en el transcurso de entregar la cubierta, si la cubierta contiene información acerca de la situación de maltrato; o

(8) A toda entidad que el Comisionado determine que corresponde entregar la información.

Constituye un acto discriminatorio solicitar información acerca de actos de maltrato o la situación de maltrato de una persona cubierta actual o potencial, o usar dicha información, independientemente de cómo se obtenga, salvo para los fines limitados de cumplir con las obligaciones legales o verificar el reclamo que haga la persona a los efectos de que es una víctima de maltrato.

3. **AVISO ANTI-FRAUDE**: Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de cubierta o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.
4. **AVISO DE RECLAMACIÓN:** Deberá darse aviso por escrito de la reclamación al Plan Médico SSBV dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona suscriptor, el profesional o proveedor de servicio participante. Un aviso dado por escrito por la persona suscriptor, a su nombre, a Plan Médico SSBV, en su oficina principal 770 Avenida Hostos Mayagüez Puerto Rico 00682-1538, o a cualquier representante autorizado de la organización con suficiente información para poder identificar el suscriptor, se considerará como aviso a la organización.
5. **CANCELACIÓN / TERMINACION DE CUBIERTA**: El Plan Médico SSBV podrá cancelar el plan de cualquier persona suscriptor o de cualquiera de sus dependientes en cualquier momento mediante un aviso por escrito que se entregará al suscriptor, o se enviará por correo a su última dirección según demuestren los archivos del Plan Médico SSBV, indicando cuándo dicha cancelación será efectiva, que no será menos de treinta (30) días después del aviso, cuando el suscriptor o cualquiera de sus dependientes haya presentado o haya hecho presentar una reclamación fraudulenta, tergiversación intencional de datos sustanciales o cualquier prueba en apoyo de la misma, para el pago de una reclamación con arreglo a cualquier cubierta de Plan Médico SSBV, sin importar la fecha en que se cometió tal acto, ni la fecha y el modo en que fue descubierta tal actuación, o cuando tales personas presenten patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por esta cubierta.

   El Plan Médico SSBV emitirá al suscriptor una certificación de cubierta, según requerida por HIPAA. De no recibir dicha certificación de cubierta, el suscriptor podrá obtenerla a través de nuestro Departamento de Servicio al Cliente llamando al (787) 833-8074.
6. **CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** El Plan Médico SSBV requerirá a sus suscriptores, o en el caso de personas incapacitadas o menores de edad, a los padres, tutores, custodios o encargados de dichas personas que lean y se familiaricen con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o un resumen adecuado y razonable de la misma, según preparado o autorizado por el Departamento de Salud. Favor de leer el resumen de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente que se encuentra en esta cubierta de beneficios.
7. **CONFIDENCIALIDAD**: El Plan Médico SSBV mantendrá la confidencialidad de la información médica y sobre reclamaciones de la persona suscriptor. Los siguientes tendrán acceso a la misma:
   a. El Plan Médico SSBV y sus subcontratistas cuando éstos administren el contrato;
   b. *Oficiale*s 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 reembolso,

sujetos a una orden o resolución de un tribunal o agencia administrativa con jurisdicción relacionados con una *National Medical Support Notice,* puedan ser pagados a una persona distinta que no sea el suscriptor.

8. **CERTIFICADOS DE BENEFICIOS:** Se le expedirá al suscriptor copia de la evidencia de cubierta que exprese la protección a la que tiene derecho el empleado suscriptor~~,~~ a quien se le pagara los beneficios y los derechos y condiciones de la cubierta. Todo patrono que ofrezca un plan de salud grupal tiene que proveer, por escrito una Certificación de Cubierta al empleado y a sus dependientes cuando alguno de estos pierde el beneficio del plan de Salud.
9. **CERTIFICACION DE CUBIERTA ACREDITABLE:** El Plan Médico SSBV proveerá un formulario de certificación de cubierta acreditable a las personas según se dispone a continuación:
    (1) Cuando la persona deje de estar cubierta por el otro plan médico o tiene cubierta por una disposición de continuación según la Ley COBRA;
    (2) En el caso de la persona cubierta o asegurado por una disposición de continuación según la Ley COBRA, cuando la persona ya no esté cubierta por dicha disposición.

    El formulario de certificación de cubierta acreditable que se requiere conforme a esta sección contendrá lo siguiente:
    (1) El periodo de cubierta acreditable de la persona según el otro plan médico y
    (2) El periodo de espera, si alguno, y, si fuera aplicable, el periodo de suscripción que se estipula para la persona con respecto a la cubierta del otro plan médico.
10. **CLÁUSULA DE CONVERSIÓN:** Si el plan sobre una persona cubierta bajo el contrato cesa por razón de finalizar su empleo o su condición de miembro de una clase o clases elegibles para cubierta bajo el contrato dicha persona tiene derecho a que Plan Médico SSBV le emita sin evidencia de asegurabilidad una Cubierta de Pago Directo. La solicitud escrita para la Cubierta de Pago Directo se hará, y la primera prima se pagará al Plan Médico SSBV en o antes de treinta y un (31) días después de finalizar tal cese; y disponiéndose además que;

    1) El participante podrá seleccionar la cubierta de Plan Médico SSBV más conveniente entre las opciones ofrecidas bajo esta cláusula y su cubierta estará sujeta a los términos y condiciones de la cubierta seleccionada.
    2) La prima de la cubierta será la tarifa entonces vigente en el Plan Médico SSBV que aplique a la forma y los beneficios de la cubierta. La condición de salud al momento de la conversión no será una base aceptable para la clasificación del riesgo.
    3) La cubierta deberá cubrir también al cónyuge o hijos dependientes del empleado participante si éstos estaban cubiertos a la fecha de terminación del plan grupal. A opción de Plan Médico SSBV, una cubierta separada podrá ser emitida para cubrir a la esposa y/o hijos dependientes.
    4) La Cubierta de Pago Directo será efectiva a la terminación del Plan bajo el contrato de grupo.
    5) Plan Médico SSBV no estará obligado a emitir una Cubierta de Pago Directo que cubra a una persona que tenga derecho a recibir beneficios similares provistos bajo cualquier cubierta de seguro bajo el Programa de Medicare de la Ley Federal del Seguro Social, según fuere subsiguientemente enmendada, si dichos beneficios conjuntamente provistos bajo la cubierta de Plan Médico SSBV, resultaran en un exceso de cubierta (*over insurance*) según las normas del patrono.
        a) Si el contrato del grupo cesa o es enmendado en tal forma que termine el plan de cualquier categoría de participante, toda persona incluida en dicho contrato de grupo en la fecha de dicho cese cuyo plan termine, y que se haya mantenido así participante por lo menos tres (3) años antes de la fecha de dicho cese, tendrá derecho a que Plan Médico SSBV le emita una Cubierta de Pago Directo, sujeto a las condiciones y limitaciones provistas por el inciso a de esta sección.
        b) Sujeto a las condiciones y limitaciones por el inciso a de esta sección, el privilegio de conversión se le otorgará:
            1) al cónyuge o hijos dependientes de la persona participante cuya cubierta bajo el contrato de grupo cese por la muerte de tal persona.
            2) al cónyuge o hijos dependientes de la persona cuya cubierta cese por razón de no cualificar como un miembro familiar bajo el contrato de grupo,

aunque la persona participante continúe cubierta bajo el contrato de grupo.

c) En caso de que un participante bajo el contrato de un grupo sufra una pérdida de cubierta bajo la cubierta descrita en el inciso a de esta sección, durante el periodo dentro del cual hubiere cualificado para que se le emitiera dicha Cubierta de Pago Directo y antes de que esa cubierta empiece a regir, los beneficios a que tuviere derecho bajo dicha Cubierta de Pago serán pagaderos como reclamación bajo el contrato de grupo, aunque no se haya solicitado una Cubierta de Pago Directo o aunque no se haya hecho el pago de la primera prima.

d) Si cualquier individuo participante bajo este contrato de grupo adquiere el derecho de obtener una Cubierta de Pago Directo bajo los términos del contrato de grupo sin tener evidencia de asegurabilidad sujeto a solicitar y pagar la primera prima dentro del periodo especificado en el contrato, y si a ese individuo no se le avisa de la existencia de este derecho por lo menos quince (15) días antes de la fecha de expiración de dicho periodo, entonces, en tal caso, el individuo tendrá un periodo adicional durante el cual puede ejercer su derecho, pero nada de esto implica la continuación de un contrato más allá del periodo provisto en dicho contrato.

   El periodo adicional expirará quince (15) días después de habérsele avisado al individuo, pero en ningún caso se extenderá este más de sesenta (60) días después de la fecha de expiración provista en el contrato. Una notificación escrita presentada al individuo o enviada por correo al tenedor del contrato a la última dirección conocida del individuo, según la suscriba el tenedor del contrato, será considerada aviso para los efectos de este párrafo. Si se concede un periodo adicional para ejercer el derecho a convertir, según aquí provisto, y si la solicitud escrita para dicha Cubierta de Pago, acompañada por la primera prima, se hace durante el periodo adicional, la efectividad del contrato de la Cubierta de Pago será la terminación del Plan bajo el contrato de grupo.

e) Sujeto a las demás condiciones antes expresadas, la persona participante tendrá derecho a la conversión, siempre y cuando la prima del plan grupal haya sido pagada hasta una de las fechas que aparecen a continuación. Disponiéndose, que para acogerse al derecho de conversión, el participante podrá poner al día los pagos de la prima de su plan en caso de que su patrono no lo haya hecho.
   1) Fecha de terminación de su empleo; o
   2) Fecha de terminación de su condición de miembro de una clase o clases elegibles para cubierta bajo el plan grupal; o
   3) Fecha del cese del contrato de grupo; o
   4) Fecha de enmienda del contrato en tal forma que termine el plan de la categoría de participantes a la cual pertenece.

11. **COBRA (*CONSOLIDATED OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT*):** Provee, en algunas situaciones, una cubierta continuada (cubierta extendida) a los empleados cubiertos y dependientes directos elegibles, cuando la cubierta bajo el plan médico grupal termina por las razones (eventos calificados) establecidos en dicha legislación. El empleado participante deberá confirmar con su patrono si es elegible para esta cubierta. El patrono, y no Plan Médico SSBV, será el administrador COBRA.

    En casos de terminación del empleo, ya sea por despido (siempre y cuando la causa no sea por mala conducta) o renuncia, y reducción de horas, la ley COBRA establece que el participante en el plan de salud grupal tendrá derecho a una cubierta extendida de 18 meses. Esta cubierta también estará disponible para sus dependientes directos. Si el participante bajo *COBRA* se incapacita dentro de los primeros 60 días de acogerse a la cubierta y su incapacidad es certificada por el Seguro Social, entonces el participante bajo *COBRA tendrá derecho a una extensión de 11 meses bajo COBRA.* Por último, si se trata de un divorcio o muerte del empleado, el cónyuge y sus hijos, tendrán derecho a un período de cubierta extendida de 36 meses. El dependiente directo (hijo) tendrá un período de 36 meses si pierde la condición de elegible bajo el plan. Si el empleado recibe los beneficios de *Medicare*, el cónyuge y sus

dependientes tendrán derecho a cubierta extendida por 36 meses. La cubierta extendida bajo *COBRA PUEDE FINALIZAR POR LAS SIGUIENTES RAZONES:*

a. Finaliza el período de *COBRA;*
b. Por falta de pago;
c. Patrono finaliza plan de salud grupal;
d. Participante se suscribe a Medicare;
e. Participante se suscribe a otro plan de salud en el cual no tiene periodo de espera;
f. Participante incurre en una falta que de acuerdo al plan es justa causa para darlo de baja del plan (por ejemplo: someter reclamaciones fraudulentas).
Los casos de transición serán incluidos como casos *COBRA* para propósitos de la experiencia del grupo.

12. **CONFIDENCIALIDAD**: El Plan Médico SSBV mantendrá la confidencialidad de la información médica y sobre reclamaciones de la persona suscriptor. Los siguientes tendrán acceso a la misma:
    a. El Plan Médico SSBV y sus subcontratistas cuando éstos administren el contrato;
    b. *Oficiale*s 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 reembolso, sujetos a una orden o resolución de un tribunal o agencia administrativa con jurisdicción relacionados con una *National Medical Support Notice,* puedan ser pagados a una persona distinta que no sea el suscriptor.
13. **CONTRATO ÚNICO-CAMBIOS**: Esta cubierta, los endosos y los documentos anexos, si los hubiere, constituyen el texto íntegro del contrato de plan. Ningún cambio en esta cubierta será válido hasta que sea aprobado por el funcionario ejecutivo designado por la Junta de Directores de Plan Médico SSBV, y a menos que dicha aprobación sea endosada en la presente o adherida a la misma una vez sea aprobada por la OCS. Ningún representante autorizado tiene autoridad para cambiar esta cubierta o renunciar a ninguna de sus disposiciones.
14. **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 será de la siguiente manera:
    a.
    El plan primario pagará sus beneficios como si el plan secundario no existiere.
        1) 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 suscriptor reciba sus servicios de un proveedor fuera del panel, excepto en los casos de servicios de emergencia o en casos de referidos autorizados que sean provistos por el plan primario.
        2) Cuando existan múltiples contratos que provean cubiertas coordinadas y que sean tratados como un mismo plan para efecto de esta regla, esta sección aplicará solamente al plan como un todo, y la coordinación entre los contratos componentes se regirá por los términos de éstos. Si más de un contratista paga 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.
        3) Si una persona está suscriptor 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 o cubierta. Un ejemplo de esto son las 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 empleado, miembro, suscriptor, tenedor, o retirado) es el plan primario y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario.

b.

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

I) Secundario al plan que cubre a la persona como dependiente; y

II) Primario al plan que cubre a la persona como no dependiente

ii. 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 hijo(a) dependiente pagarán sus beneficios en el siguiente orden:

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

i. El plan del progenitor cuyo cumpleaños sea primero dentro de un año natural será el plan primario; o

ii. Si ambos progenitores cumplen en el mismo día del año, el plan que haya cubierto a uno de los progenitores por el mayor periodo de tiempo será el plan primario.

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

i. Si una orden de un tribunal dispone que uno de los progenitores será responsable por los gastos médicos del hijo(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.

ii. 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.

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

iv. Si no existiere una orden de un tribunal asignando responsabilidad a uno de 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 subpárrafos (a) o (b) de este párrafo, según aplique, como si tales personas fueran los progenitores de dicho menor.

3) Empleado Activo o retirado o Ex Empleado

a. 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.

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

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

4) Extensiones de Cubierta Bajo Ley Estatal

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

b. 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.

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

5) Tiempo de Cubierta Más Largo o Más Corto

a. Si ninguna de las reglas anteriores determinara el orden de los

beneficios, el plan que haya cubierto a la persona suscriptor por el periodo de tiempo más largo será el plan primario y el plan que haya cubierto a la persona por el periodo de tiempo más corto será el plan secundario.

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

c. El comienzo de un nuevo plan no incluye:
   i. Un cambio en la cantidad o alcance de los beneficios del plan;
   ii. Un cambio en la entidad que paga provee o administra los beneficios del plan; o
   iii. Un cambio en el tipo de plan, como por ejemplo, de un plan de patrono sencillo a un plan de patronos múltiples.

d. El periodo 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.

6) Si ninguna de las reglas anteriores determinase 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.

15. **CUBIERTAS MANDATORIAS:** Esta cubierta está sujeta a leyes y reglamentos federales y locales que pudieran requerir, durante la efectividad de la misma, que se cubran servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos adicionales los cuales no eran parte de los servicios cubiertos cuando la cubierta fue hecha efectiva. Estas cubiertas mandatarias que entren en vigor en una fecha posterior a la emisión de esta cubierta pueden tener un impacto en costos y primas.
16. **DERECHO DE PLAN MÉDICO SSBV A HACER AUDITORÍAS**: Al suscribirse a esta cubierta el suscriptor y sus dependientes aceptan, reconocen y entienden que el Plan Médico SSBV, como pagador de los servicios de salud incurridos por el suscriptor 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 el Plan Médico SSBV haya pagado.
17. **DERECHOS BAJO LA LEY DE PROTECCIÓN A MADRES Y SUS RECIÉN NACIDOS**: Las leyes aplicables disponen, entre otras cosas, lo siguiente:
    a. No se limitarán las estadías de la madre o el recién nacido, que son consecuencia de un parto, a menos de 48 horas en caso de parto natural o menos de 96 horas en caso de partos por cesáreas.
    b. El Plan Médico SSBV podrá, sin embargo, cubrir estadías menores a estos periodos, si el médico, luego de consultar a la madre, ordena el alta de la madre o el recién nacido antes de cumplirse los términos indicados anteriormente.
    c. El Plan Médico SSBV no diseñara beneficios o incluirán copagos o coaseguros que impliquen un trato desfavorable a alguna porción de la estadía hospitalaria.
    d. Además, la ley no permite requerir pre-autorización para estadías que están dentro de las disposiciones de la ley. Sin embargo, la ley permite que se requiera una pre-autorización para utilizar algunos proveedores o para reducir los desembolsos en que pueda incurrir un suscriptor. El Plan Médico SSBV no requerirá esta pre-autorización.
18. **DERECHOS PERSONALES**: La persona suscriptor no podrá ceder, traspasar o enajenar en favor de terceras personas, ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de esta cubierta; disponiéndose, que el Plan Médico SSBV se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que la persona suscriptor, con su consentimiento expreso o implícito, permita que personas no suscriptores utilicen la tarjeta de suscriptor expedida a su favor por el Plan Médico SSBV; y disponiéndose además, que el recobro de tales gastos no impedirá que el Plan Médico SSBV pueda cancelar el contrato de en el momento en que descubra

el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la radicación de querella para que se enjuicie criminalmente a la persona suscriptor o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.

19. **DISCRIMINACIÓN ILEGAL CONTRA SUSCRIPTORES QUE SELECCIONAN HABITACIONES PRIVADAS:** El Plan Médico SSBV, Inc. no permite que se establezca ninguna diferencia injusta entre personas de la misma clase que envuelva esencialmente los mismos peligros, en la cantidad de primas, los derechos de cubierta, o los tipos cargados por cualquier contrato, o los beneficios pagaderos con arreglo al mismo, ni en ninguno de los términos o condiciones de dicho contrato, ni en ninguna otra manera, salvo que al determinar la clase se podrá dar consideración a la naturaleza del riesgo o a cualquier otro factor pertinente.
20. **DISCRIMEN INDEBIDO CONTRA VÍCTIMAS DE MALTRATO:** 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 haya sufrido maltrato; o
    b. Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta.
21. **ERROR EN EDAD:** Si la edad de un suscriptor se ha expresado incorrectamente o se ha expresado incorrectamente, la prima se ajustará a la edad correcta.
22. **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA EL SUSCRIPTOR**: El proveedor no podrá facturarle al suscriptor por los servicios cuyo pago haya sido denegado por el Plan Médico SSBV por razón del incumplimiento de los criterios de razonabilidad y de necesidad médica establecidos por el Plan Médico SSBV.
23. **EXTENSIÓN DE BENEFICIOS:** En el caso de la terminación de un proveedor, el suscriptor podrá continuar recibiendo los servicios de dicho proveedor durante un periodo de transición de noventa (90) días contados a partir de la fecha de terminación del contrato del proveedor. Concluido este periodo de transición, el suscriptor deberá buscar los servicios de un proveedor participante de la red del Plan Médico SSBV. Luego de ese periodo de transición, el Plan Médico SSBV no será responsable de pago alguno al proveedor que no sea participante de la red, excepto bajo las circunstancias que dispone la cubierta o para casos de emergencia.

    El periodo de transición, en las circunstancias que se describen a continuación, ocurrirá de la siguiente manera:
    a. 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.
    b. En el caso de una suscriptor 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 parto o la fecha de alta del recién nacido, de las dos la que fuere última.
    c. 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. El Plan Médico SSBV requiere evidencia de tal diagnóstico
24. **IDENTIFICACIÓN**: El Plan Médico SSBV expedirá una tarjeta al suscriptor, la que será requisito presentar a cualquier proveedor participante del Plan Médico SSBV al cual se le soliciten servicios, para que los mismos estén cubiertos por la cubierta. Además, deberá presentar una segunda identificación con fotografía.
25. **MODELOS PARA RECLAMACIONES**: Al recibir aviso de reclamación, el Plan Médico SSBV suministrará al reclamante los modelos que suministrará regularmente para la presentación de pruebas de servicios. Si dichos modelos no se suministran dentro de quince días después de dado dicho aviso se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este contrato en cuanto a la prueba de servicio, si somete dentro del tiempo fijado en el contrato para la presentación de pruebas por escrito cubriendo lo acaecido y la naturaleza y extensión de los

servicios por los cuales se hace la reclamación.

26. **PAGO DE PRIMA:** Tanto el patrono como la persona participante serán responsables solidariamente por el pago de la prima correspondiente al contrato; disponiéndose, que dicha responsabilidad cubrirá toda prima adeudada hasta la fecha de terminación del contrato, conforme con la cláusula de TEMINACIÓN de la misma.

    El Plan Médico SSBV tendrá derecho a cobrar la prima adeudada, o a su opción, podrá recobrar los costos incurridos en el pago de reclamaciones por servicios prestados a la persona participante luego de la cancelación del plan de salud de dicha persona; disponiéndose, que la persona participante será responsable por el pago de cualquiera de las dos cantidades reclamadas por el Plan Médico SSBV, salvo las disposiciones contenidas en la CLÁUSULA DE CONVERSIÓN del contrato. El Plan Médico SSBV podrá utilizar los servicios de agencias de cobro para requerir el pago de cualquier deuda que exista con el Plan Médico SSBV. Disponiéndose, además, que el deudor se obligue a pagar las costas, gastos y honorarios de abogado, así como cualquier otra cantidad o gasto adicional que incurra el Plan Médico SSBV para el cobro de la deuda.

    Plan Médico SSBV 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 patrono o de la persona participante.

27. **PAGO DE RECLAMACIONES**: Los beneficios provistos bajo esta cubierta serán pagaderos al profesional o proveedor de servicio participante, o directamente a la persona suscriptor, si ha utilizado facilidades o proveedores no participantes o recibido servicios que, aún siendo prestados por participantes, se paguen a base de indemnización, siempre y cuando se suministren al Plan Médico SSBV todos los informes y la evidencia que el Plan Médico SSBV requiera.
28. **PERIODO DE GRACIA**: Se concede un periodo de gracia de treinta y un (31) días para el pago de cada prima que venza después de la primera, periodo de gracia durante el cual la cubierta continuará en vigor, pero el suscriptor será responsable al Plan Médico SSBV por el pago de la prima que se devengue por el periodo en que la cubierta continúe en vigor.
29. **PROHIBICIÓN DEL USO DE CLÁUSULAS DISCRECIONALES**. Las determinaciones adversas que emita el Plan Médico SSBV, así como las disputas o controversias que surjan entre el Plan Médico SSBV y una persona cubierta, estarán sujetas a los procedimientos de revisión, tanto internos como externos, que se establecen en el Código de Seguros de Puerto Rico.
30. **PRUEBAS DE SERVICIOS**: En caso de cualquier reclamación por servicios de parte de la persona suscriptor, ésta deberá suministrar al Plan Médico SSBV 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 invalidará 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 consiente y autoriza a cualquier profesional o proveedor de servicios para que le sean suministrados al Plan Médico SSBV 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.
31. **RECUPERACIÓN O RECOBRO DE PAGOS EN EXCESO O POR ERROR:** Cuando Plan Médico SSBV haya pagado una reclamación por reembolso a la persona suscriptor, y dicho pago haya sido emitido por error por una cantidad superior a la que la persona suscriptor tenía derecho, Plan Médico SSBV podrá recobrar la cantidad pagada en exceso a la persona suscriptor.
32. **REINSTALACIÓN**: Si no se pagare alguna prima de renovación dentro del tiempo concedido para su pago, la subsiguiente aceptación de una prima por el suscriptor o por algún representante autorizado debidamente autorizado por el suscriptor para aceptar tal prima, sin requerir en relación con la misma una solicitud de rehabilitación, rehabilitará la cubierta; sin embargo, si el suscriptor o tal representante autorizado exige una solicitud de reinstalación y

extiende un recibo condicional por la prima pagada, la cubierta quedará reinstalada al aprobarse dicha solicitud por el suscriptor, o, a falta de tal aprobación, al cuadragésimo quinto día siguiente a la fecha de dicho recibo condicional, a menos que el suscriptor haya previamente notificado por escrito al suscriptor la desaprobación de tal solicitud. La cubierta rehabilitada sólo cubrirá pérdidas resultantes de cualquier lesión accidental que pueda sufrirse después de la fecha de la rehabilitación y pérdidas debidas a cualquier enfermedad que pueda comenzar más de diez días después de tal fecha.

En cualquier otro respecto, el suscriptor tendrá los mismos derechos con arreglo a la cubierta que los que tenían inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima insoluta, sujeto a cualesquiera disposiciones endosadas o adheridas a la presente, en relación con la reinstalación. Cualquier prima que se acepte en relación con una reinstalación deberá aplicarse a un periodo por el cual no se haya pagado prima previamente, pero no a ningún período mayor de sesenta (60) días con anterioridad a la fecha de la reinstalación.

33. **RENOVACION GARANTIZADA**: HIPAA prohíbe a las compañías de planes médicos negarle a renovar las cubiertas medicas a causa de la situación de salud de un individuo o grupo. Sin embargo, la renovación garantizada *no* significa que los contratos deben renovarse en todas las circunstancias. El Plan Médico SSBV aún pueden decidir no renovar la cubierta por varias razones:
    a. Si el plan médico deja de ofrecer un tipo de plan por completo, el plan médico tiene que darle a todos los clientes bajo el plan cancelado la oportunidad de comprar otro.
    b. Si las primas no se pagan en absoluto, o si no se pagan a tiempo.
    c. En caso de fraude por parte del individuo o grupo cubierto.
    d. Si el suscriptor se mueve fuera del área geográfica de servicio de la cubierta.
    e. Si un patrono de grupo pequeño no paga un porcentaje mínimo de las primas de sus trabajadores.
    f. El Plan Médico SSBV puede dejar de ofrecer la totalidad de su cobertura en el mercado de grupos grandes, individual, o en grupos pequeños. Si es así, deben notificar a los funcionarios de la Oficina del Comisionado de Seguros y los suscriptores por lo menos 180 días de anticipación. El plan médico tiene que interrumpir y no renovar toda la cobertura en uno o más mercados y no puede volver a entrar en ese mercado durante cinco años.
34. **RESCISION DE CUBIERTA**: El Plan Médico SSBV, podrá rescindir del contrato en casos que involucren fraude o una tergiversación intencional de datos sustanciales de parte de la persona cubierta o de la persona solicitando un plan médico a nombre de otra persona. El Plan Médico SSBV, proporcionara un aviso, por lo menos con treinta (30) días de anticipación, al suscriptor principal que se pueda ver afectado por esta rescisión de la cubierta.
35. **REVOCACIÓN O ENMIENDA:** Esta cubierta no podrá ser revocada o enmendada, una vez el beneficiario esté cubierto bajo esta o incluido en la cubierta, a menos que no se realice el pago de la prima y no cumpla con los períodos de gracia que concede el Código de Seguros; que se haya realizado un acto constitutivo de fraude; o que se haya realizado, intencionalmente una falsa representación, sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por el Plan Médico SSBV.
36. **REQUISITO MÍNIMO DE PARTICIPACIÓN:** Plan Médico SSBV no requerirá un nivel mínimo de participación que sea mayor de:
    a. El cien por ciento (100%) de los empleados elegibles que trabajen para patronos de tres (3) empleados o menos y
    b. El setenta y cinco por ciento (75%) de los empleados elegibles que trabajen para patronos con cuatro (4) empleados o más.
37. **SUBROGACIÓN:** Si por culpa o negligencia de un tercero, el suscriptor o cualquiera de sus dependientes sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta bajo este contrato Plan Médico SSBV 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 reconoce el derecho de

subrogación de Plan Médico SSBV y tendrá la responsabilidad de notificarle a Plan Médico SSBV toda acción que inicié en contra de dicho tercero; disponiéndose, que en caso de que actué en forma contraria, el suscriptor será responsable de pagar por dichos gastos a Plan Médico SSBV.

38. **TERMINACIÓN INDIVIDUAL**: Será deber del suscriptor que cese su cubierta, devolver la tarjeta de identificación al Plan Médico SSBV. El Plan Médico SSBV no cubrirá los servicios utilizados después de la terminación de la cubierta. El suscriptor será responsable del pago de dichos servicios.
39. **TIEMPO PARA PAGO DE RECLAMACIONES PARA REEMBOLSO**: Las reclamaciones para reembolso que hayan de pagarse con arreglo a este contrato, por cualquier servicio que no sea un servicio para la cual este contrato provee algún pago periódico, se pagarán inmediatamente que se reciba prueba escrita fehaciente de dicho servicio. Sujeto a prueba escrita fehaciente del servicio, todas las reclamaciones devengadas por servicios para la cual este contrato provee pago periódico se pagarán bisemanalmente, y cualquier balance que quede insoluto a la terminación de la responsabilidad, se pagará inmediatamente que se reciba prueba escrita fehaciente.
40. ***WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT (WHCRA):*** Esta cubierta provee cubierta para la reconstrucción del seno en el cual se llevó a cabo una mastectomía, así como cubierta para la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, las prótesis y las complicaciones físicas que surjan en todas las etapas de la mastectomía. Estos beneficios serán provistos en consulta entre el suscriptor y su médico y estarán sujetos a los coaseguros y copagos establecidos en su cubierta.
41. **HIJOS DE CRIANZA:** Aquellos menores de edad que, sin ser hijos naturales ni adoptivos del suscriptor principal, han vivido desde su "Código de Seguros de Puerto Rico" [Ley 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada] Reinfancia bajo el mismo techo con aquél en una relación normal de padre/madre e hijo/hija y que son, y continuarán siendo, totalmente dependientes de la familia de dicho para recibír alimento.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LEA MINUCIOSAMENTE:

El Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc. es una organización de servicios de salud autorizada por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico para ofrecer servicios de cuidado de salud a sus suscriptores.

Este aviso describe las prácticas de privacidad del Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc. en adelante "Plan Médico SSBV".

Respetamos la confidencialidad de su información de salud. Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud y enviarle este aviso.

Este aviso le explica cómo usamos su información y cuándo podemos compartir dicha información con otros. También le informa acerca de sus derechos con respecto a su información de salud y cómo puede ejercer estos derechos.

Utilizamos medidas y técnicas de seguridad diseñadas para proteger información de salud suya que recopilamos, usamos o divulgamos oralmente, por escrito o electrónicamente.

Capacitamos a nuestros empleados sobre nuestras políticas y prácticas de seguridad, y limitamos el acceso a su información únicamente a aquellos empleados que la necesiten para llevar a cabo sus

responsabilidades comerciales. No vendemos información sobre nuestros clientes o exclientes.

Cómo utilizamos o compartimos la información

Podemos usar o compartir información acerca de sus conceptos de pago, el tratamiento y las operaciones de atención médica, incluso nuestros asociados comerciales.

Entre los que se encuentran:

• **Pago**: Podemos usar su información para procesar y pagar reclamos que usted o sus médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica nos hayan enviado en relación con los servicios médicos que le préstamos.
• **Tratamiento**: Podemos compartir su información con sus médicos, hospitales u otros proveedores para ayudarlos a brindarle atención médica.
• **Operaciones de atención médica**: Podemos usar y compartir su información en relación con nuestras operaciones de atención médica. Estas incluyen, pero no se limitan a:

1. Enviarle un recordatorio sobre las citas con el médico o los exámenes médicos recomendados.
2. Darle información sobre tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud en los que pueda estar interesado.
3. Realizar la coordinación de la atención y la administración de casos.
4. Realizar actividades para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica de nuestros miembros.
5. Administrar nuestro negocio y realizar actividades administrativas generales, tales como Servicio al Cliente, resolución de reclamos y/o apelaciones.
6. Realizar revisiones médicas, auditorías, detección de fraude y abuso y servicios de cumplimiento y legales.
7. Llevar a cabo planificación y desarrollo comercial, calificar nuestro riesgo y determinar las tarifas de nuestras primas. Sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética a los efectos de la contratación de una cubierta.
8. Revisar la competencia, las calificaciones o el desempeño de nuevos proveedores de la red y realizar programas de capacitación, acreditación, certificación, licencia, comprobación de credenciales y otras evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento.

• **Asociados comerciales**: Podemos compartir su información con otros que nos ayudan a realizar nuestras operaciones comerciales, siempre y cuando estos acepten mantener la confidencialidad de su información.

Otras formas de utilizar o compartir la información

También podemos usar y compartir su información a los siguientes fines:

• Podemos usar o compartir su información con el empleador u otro patrocinador del plan de salud a través del cual recibe sus beneficios de salud. No compartiremos información médica de índole personal con su plan de beneficios a menos que este prometa mantenerla protegida y la utilice únicamente a los fines relacionados con la administración de sus beneficios de salud.
• También podemos compartir su información con un plan de salud, un proveedor o un centro de intercambio de información de atención médica que participen con nosotros en un acuerdo de atención médica organizada. Compartiremos únicamente la información de las actividades de operaciones de atención médica relacionadas con dicho acuerdo.
• Es posible que compartamos su información con otro plan de salud que le brinde o le haya brindado cobertura a efectos de pago. También es posible que compartamos su información con otro plan de salud, proveedor o centro de intercambio de información de atención médica que tenga o haya tenido una relación con usted a efectos de evaluación de calidad y actividades de mejoramiento, revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, de detección o prevención de fraude o abuso de atención médica.
• También podemos compartir su información con un integrante de la familia, un amigo u otra persona que

lo esté ayudando con su atención médica o con el pago de su atención médica. También podemos compartir información sobre su ubicación, estado general o muerte para notificar o ayudar a notificar (incluso identificación y ubicación) a una persona que participa en su atención o para ayudar a socorrer en caso de catástrofe. Antes de compartir esta información, le daremos la oportunidad de oponerse. Si no está presente, o en caso de incapacidad o emergencia, compartiremos esta información en función de nuestro juicio profesional de si la divulgación de la información será para su bien.

Las leyes estatales y federales nos permiten compartir información.
También existen leyes estatales y federales que permiten o pueden exigirnos la divulgación de su información médica a otros. También podemos compartir su información por las siguientes razones:

• Podemos informar o compartir información con agencias estatales y federales que regulan la atención médica o planes médicos tales como el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico y el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

•Podemos compartir información a los fines de salud y seguridad públicas.
•Podemos brindar información a las autoridades correspondientes si tenemos la creencia razonable de que usted puede estar siendo víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos.
•Podemos proporcionar la información a un tribunal o a una agencia administrativa.
•Podemos brindar información para determinados casos de cumplimiento de la ley.

•Podemos compartir información con un médico forense o médico legista para identificar una persona fallecida, determinar la causa de muerte, o según lo autorice la ley. También podemos compartir información con directores de empresas funerarias según sea necesario para el desempeño de sus tareas.
•Podemos utilizar o compartir información para la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejido.
•Podemos compartir información relativa a funciones gubernamentales especializadas, tales como actividades militares y de veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia, y los servicios de protección para el Presidente y otros, y relativas a instituciones penitenciarias y en otras situaciones de amparo del cumplimiento de la ley.
•Podemos proporcionar información sobre lesiones relacionadas con el trabajo a causa de los requisitos de las leyes de compensación al trabajador del gobierno.
•Bajo ciertas circunstancias, podemos compartir información a los fines de investigación.

Información delicada
Determinados tipos de información médica especialmente delicada, tal como registros de tratamiento relacionados con VIH, salud mental y abuso de sustancia, están sujetos a una mayor protección conforme a la ley. Si alguna ley o normativa estatal o federal que rige este tipo de información delicada nos prohíbe usar o compartir su información de cualquier manera permitida conforme a este aviso, cumpliremos con la ley o normativa más restrictiva.

Su autorización

Excepto según lo descrito en este aviso de prácticas de privacidad, y según lo permitido por la ley estatal o federal vigente, no usaremos ni divulgaremos su información personal sin su autorización previa por escrito. Tampoco divulgaremos su información personal a los fines descritos a continuación sin su autorización previa por escrito:

- Su autorización firmada es necesaria para el uso y la divulgación de su información de salud protegida a los fines de comercialización, excepto cuando hay una comunicación de comercialización personalizada o cuando usemos su información de salud protegida para proporcionarle un regalo promocional de valor nominal.
- Su autorización firmada es necesaria para el uso o la divulgación de su información personal en caso de que recibamos una remuneración por dicho uso o divulgación, excepto bajo determinadas circunstancias según lo permita la ley federal o estatal vigente.

- Si nos proporciona una autorización por escrito y cambia de idea, puede revocar su autorización en cualquier momento, excepto que ya hayamos actuado en función de su autorización. Una vez que nos otorgue la autorización para divulgar su información médica, no podemos garantizar que la persona a la que se le proporcione la información no volverá a divulgarla.

Tenemos un formulario de autorización que describe el fin para el cual se utilizará la información, el período durante el cual el formulario de autorización estará vigente y su derecho a revocar la autorización en cualquier momento. Usted o un representante personal debidamente autorizado deben completar y firmar el formulario de autorización y deben devolverlo antes de que divulguemos su información médica protegida. Para obtener una copia de este formulario, llame al número de teléfono del Servicio al Cliente que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

Sus derechos

A continuación, se detallan sus derechos con respecto a la privacidad de su información médica. Si desea ejercer alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

Restricción de su información

• **Usted tiene derecho a pedirnos que restrinjamos** la forma en la que usamos o divulgamos su información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a pedirnos que restrinjamos la información que nos han pedido darle a los integrantes de la familia o a otras personas que participen en su atención médica o el pago de su atención médica. Tenga en cuenta que a pesar de que intentamos cumplir con su solicitud, no tenemos la obligación de aceptar estas restricciones.

Comunicaciones confidenciales para su información

• **Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de información si cree que usted correrá peligro si enviamos su información a su dirección postal. Si es menor de edad y ha recibido servicios de atención médica en función de su propio consentimiento o en determinadas otras circunstancias, es posible que tenga derecho a solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales en determinadas circunstancias, si lo permite la ley. Puede pedirnos que enviemos la información a una dirección alternativa o por medios alternativos. Es posible que solicitemos que realice su solicitud por escrito y que especifique los medios o la ubicación alternativos, así como también el motivo de su solicitud. Daremos cabida a los pedidos razonables. Debe saber que la(s) declaración(es) de explicación de beneficios que el Plan Médico SSBV emite al titular del contrato o el titular del certificado puede(n) contener información suficiente para revelar que obtuvo la atención médica por la que el Plan Médico SSBV pagó, incluso si ha solicitado que nos comunicáramos con usted sobre su atención médica confidencialmente.

Inspección de su información

• **Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia** de la información que tenemos sobre usted en su conjunto de registros designado. Un “conjunto de registros designado” es el grupo de registros usado por o para nosotros para tomar decisiones de beneficios sobre usted. Esto puede incluir inscripción, pago, reclamos y registros de casos o administración médica. Podemos solicitar que su solicitud se realice por escrito. Es posible que cobremos un cargo por copiar información o preparar un resumen o una explicación de la información y en determinadas situaciones, podemos rechazar su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información. Si esta información está en formato electrónico, usted tiene derecho a obtener una copia electrónica de la información médica que mantenemos en nuestro registro electrónico.

Modificación de su información

• **Usted tiene derecho a pedirnos que enmendemos** la información que tenemos sobre usted en su conjunto de registros designado. Es posible que solicitemos que realice su solicitud por escrito y que proporcione el motivo de su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no creamos la información que desea enmendar y si el autor sigue estando disponible o por otras razones. Si rechazamos

su solicitud, puede presentar una declaración de desacuerdo por escrito.

Rendimiento de cuentas de divulgaciones

• **Usted tiene el derecho a recibir un rendimiento de cuentas** de determinadas divulgaciones de su información realizadas por nosotros con otros fines que no sean operaciones de tratamiento, pago o atención médica durante los seis años previos a su solicitud. Podemos solicitar que su solicitud se realice por escrito. Si usted solicita dicho rendimiento más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable.

Tenga en cuenta que no tenemos la obligación de proporcionar un rendimiento de cuentas de lo siguiente:

- Información divulgada o usada para los fines de operaciones de tratamiento, pago y atención médica.
- Información divulgada a usted o después de su autorización.
- Información que es circunstancial para un uso o una divulgación permitida de otra manera.
- Información divulgada a personas que participan en su atención u otros fines de notificación.
- Información divulgada a los fines de seguridad o inteligencia nacional.
- Información divulgada a instituciones penitenciarias o funcionarios de cumplimiento de la ley.
- Información divulgada o usada como parte de un conjunto de datos limitado a los fines de operaciones de investigación, salud pública o atención médica.

Cómo recolectar, compartir y proteger su información financiera
Además de la información médica, el Plan Médico SSBV puede recolectar y compartir otros tipos de información sobre usted. Podemos recolectar y compartir los siguientes tipos de información personal:

• Nombre, dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico;
• Nombres, direcciones, números de teléfono o direcciones de correo electrónico de su cónyuge o dependientes;
• Su número de seguro social, edad, sexo y estado civil;
• Números de seguro social, edad, sexo y estado civil de su cónyuge y dependientes;
• Toda la información que recibamos sobre usted y su familia de sus solicitudes o cuando administramos su cubierta, reclamo o cuenta:
• Si compra una cubierta grupal para su negocio, información para verificar la existencia, naturaleza, ubicación y tamaño de su negocio.

Podemos compartir esta información con nuestros afiliados y con asociados comerciales que realicen servicios en nuestro nombre. Podemos compartir dicha información con proveedores que imprimen y le envían materiales para miembros en nuestro nombre y con entidades que realizan procesamiento de reclamos, revisión médica y otros servicios en nuestro nombre. Estos asociados comerciales deben mantener la confidencialidad de la información. También podemos compartir dicha información cuando sea necesario procesar transacciones cuando lo solicite y para determinados propósitos permitidos por la ley.

Siempre y cuando dicha información pueda ser o convertirse en parte de sus registros médicos, historial de reclamos u otra información de salud, la información se tratará al igual que la información médica, tal como se describe en este aviso.

Al igual que con la información médica, utilizamos medidas y técnicas de seguridad diseñadas para proteger su información personal que recolectamos, usamos o divulgamos por escrito, oralmente o electrónicamente.

Capacitamos a nuestros empleados sobre nuestras políticas y prácticas de seguridad, y limitamos el acceso a su información únicamente a aquellos empleados que la necesiten para llevar a cabo sus responsabilidades comerciales. No vendemos información sobre nuestros clientes o ex clientes.

Cómo ejercer sus derechos, quejas y preguntas

• Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso cuando lo solicite en cualquier momento.

Usted también puede ver una copia de este aviso en el sitio web. Consulte la información en la siguiente página www.planmedicobellavista.com.

Debemos cumplir con los términos de este aviso.

• Si tiene alguna pregunta o si desea recibir más información sobre este aviso o sobre cómo usamos o compartimos la información, puede escribir al departamento de Cumplimiento corporativo o llamar al Servicio de atención al cliente.

Consulte la siguiente información de contacto.

• Si cree que nosotros podríamos haber violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja.

No tomaremos medidas en su contra por presentar una queja. Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono y durante el horario de atención que se detalla en esta página. También puede presentar una queja por correo al Oficial de Cumplimiento corporativo en la dirección postal que figura en esta cubierta. También debe notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Le notificaremos en caso de una violación de su información médica protegida no asegurada. Le proporcionaremos este aviso tan pronto como sea razonablemente posible, pero antes de los 60 días posteriores a nuestro descubrimiento de la violación o, de lo contrario, según lo exijan las leyes, las normativas o el contrato vigentes.

Información de contacto

Consulte la parte posterior de su tarjeta de identificación para llamarnos o use la información de contacto que encuentra en la sección Contactos en la última página de esta cubierta.

Información personal después de que ya no esté inscrito

Incluso después de que usted ya no esté inscrito en ningún plan, podemos mantener su información personal según lo exija la ley o según sea necesario para realizar actividades administrativas del plan en su nombre. Nuestras políticas y procedimientos que protegen esa información contra el uso y la divulgación inapropiados siguen vigentes si usted ya no está inscrito en el Plan Médico SSBV.

Cambios a este aviso

Debemos cumplir con los términos de este aviso de prácticas de privacidad que están actualmente vigentes. Nos reservamos el derecho de modificar los términos del aviso y poner un nuevo aviso en vigencia para toda la información médica protegida que tenemos. Antes de implementar cambios materiales a nuestras políticas de privacidad, revisaremos y distribuiremos nuestro aviso a nuestros clientes. Además, para conveniencia de nuestros miembros, el aviso de privacidad revisado también se publicará en nuestro sitio web: www.planmedicobellavista.com.

CONTACTOS

Portal de internet: www.planmedicobellavista.com

Dirección de correo electrónico: info@ssbvpr.com

Dirección postal y física: 770 Avenida Hostos
Suite 208
Mayagüez, PR 00682-1538

Teléfono Servicio al Cliente: (787) 833-8070

Pre-autorizaciones: (787) 833-8070

Número de facsímile: (787) 832-5400
Horario de Servicio al Cliente: Lunes a Jueves: 8:00 AM a 4:30 PM y Viernes: 7:30 AM a 4:00 PM