

Núm. 523 5253  
19 de Junio de 1995 1:40 p.m.  
Fecha  
Aprobado: Baltasar Corrodo del Río

Secretario de Estado  
Por: Laura L. de Perdomo  
Secretaria Auxiliar de Estado

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD  
de Puerto Rico

R E G L A M E N T O      G E N E R A L

TABLA DE CONTENIDO

Título		2
Artículo I	Disposiciones Legales	2
Artículo II	Intención Legislativa	3
Artículo III	Definiciones	5
Artículo IV	Elegibilidad	14
Artículo V	Alianzas de Beneficiarios	15
Artículo VI	Plan de Seguros de Salud	16
Artículo VII	Contrato de Seguros	54
Artículo VIII	Evaluación del Cumplimiento del Contrato de Seguro	67
Artículo IX	Tarjetas de Identificación	69
Artículo X	Orientación a los Beneficiarios	71
Artículo XI	Derechos de los Beneficiarios	73
Artículo XII	Obligaciones de los Beneficiarios	74
Artículo XIII	Derechos de los Proveedores	74
Artículo XIV	Obligaciones de los Proveedores	75
Artículo XV	Financiamiento	75

*[Handwritten signature]*

Artículo XVI	Informes	78
Artículo XVII	Procedimiento de Querellas	82
Artículo XVIII	Vigencia	91
Artículo XIX	Enmiendas	91
Artículo XX	Aprobación	92

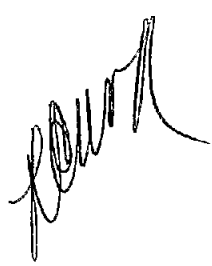
*Handwritten signature or mark*

5253

TITULO - Este reglamento se conocerá como el Reglamento General de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

**Artículo I            DISPOSICIONES LEGALES**

Se adoptan la siguientes reglas a tenor con las disposiciones del Artículo VIII de la Ley Número 72 aprobada el 7 de septiembre de 1993, que creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, según enmendada por la Ley Número 1 de 8 de enero de 1994, y con la aprobación de la Junta de Directores de la Administración.



Las disposiciones del presente Reglamento entrarán en vigor luego del transcurso del término de treinta (30) días a partir de la fecha de radicación de éste en el Departamento de Estado, constituyendo el mismo el primer Reglamento que se promulga para la implantación de las disposiciones de la Ley Número 72 aprobada el 7 de septiembre de 1993, según enmendada.

**Artículo II      INTENCION LEGISLATIVA**

Como parte de una reforma radical de los servicios de salud en Puerto Rico, se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico por virtud de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada. Dicha Administración opera como una corporación pública con plena autonomía para desarrollar las funciones que la ley habilitadora le encomendó.

La Administración tiene la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contrato con aseguradores, un sistema de seguros de salud que eventualmente brinde a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados de médico-hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera.

*Handwritten mark*

Históricamente el Departamento de Salud ha tenido la responsabilidad de proveer servicios médico-hospitalarios al sector médico-indigente de nuestra población. El Departamento de Salud a pesar de las buenas intenciones de sus funcionarios, no ha podido cancelar los efectos adversos que

sobre la calidad de los servicios han tenido diversos factores.

Intentando contrarrestar este mal se han realizado desde el año 1967 ensayos de reforma en los servicios médico-hospitalarios provistos por el Departamento de Salud. Sin embargo no ha sido posible lograr estrechar la brecha que cada día se abre más entre la calidad de los servicios públicos y privados.

Ante esta situación se crea la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico con el objetivo de gestionar, negociar y contratar planes de seguros de salud que permitan obtener para sus asegurados, particularmente los médico-indigentes, servicios médico-hospitalarios de calidad. Igualmente se le requiere establecer mecanismos de control dirigidos a evitar un alza injustificada en los costos de los servicios de salud y en las primas de los seguros.

**Artículo III DEFINICIONES**

1. ACCESO: Disponibilidad adecuada de todos los servicios de cuidado de salud requeridos y que se contemplan en el modelo del plan de seguros de salud contratado.
  
2. ADMINISTRACION: Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
  
3. ALIANZAS DE BENEFICIARIOS: Grupos de beneficiarios representados por la Administración en la negociación de las cubiertas del seguro de salud que estos necesiten. Componen estos grupos, beneficiarios del Departamento de Salud u otros grupos de beneficiarios que en el futuro se creen para beneficiarse de las actividades de la Administración.
  
4. APORTACION PATRONAL: Porción del costo de la prima que es pagada por el patrono del asegurado.
  
5. APORTACION PERSONAL: Porción del costo de la prima que es pagada por el asegurado.

*[Handwritten signature]*

6. AREA DE SALUD: Area geográfica según establecida por el Departamento de Salud.
7. ASEGURADOR: Entidad autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocio de seguros de salud en Puerto Rico o creada mediante cualquier ley especial para estos fines y que asume el riesgo financiero mediante el pago de primas.
8. ASOCIACION DE PRACTICA INDIVIDUAL (API): Modelo para la prestación de cuidado dirigido en donde la aseguradora contrata con una organización de médicos la cual a su vez contrata con cada médico individual. Los médicos que componen a API practican en sus propias oficinas y continúan atendiendo sus pacientes que pagan por sus servicios.
9. ASEGURADO/BENEFICIARIO: Toda persona con derecho a recibir los beneficios provistos en los planes de seguro de salud contratados por virtud de la Ley Número 72 aprobada el 7 de septiembre de 1993, según enmendada y que se ha suscrito al plan.

*Handwritten signature*

10. ORGANIZACION DE CUIDADO DE SALUD (OCS): Una entidad proveedora de servicios de cuidado de salud que brinda a los beneficiarios los beneficios provistos en la cubierta básica o especial de un plan de seguros contratados con un asegurador.
11. CIRUGIA ELECTIVA: Procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, y recomendado por un médico-cirujano, el cual no requiere realizarse inmediatamente por no conllevar riesgo inminente a la vida, daño permanente de un órgano vital o peligro de incapacidad permanente al paciente, por lo que puede programarse.
12. CO-ASEGURO: Participación porcentual que tiene el asegurado de cada pérdida o porción del costo de recibir un servicio.
13. COMISIONADO: Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
14. CONTRATO DE SEGURO: La relación contractual entre la Administración y el asegurador público o privado contratado bajo algún modelo de plan de seguro de salud.

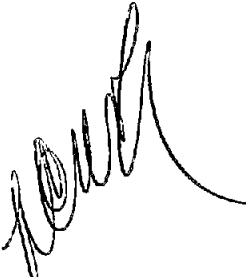


15. CUBIERTA DE BENEFICIOS DE SALUD: Todos los beneficios incluidos en un plan de beneficios de salud.
16. CUBIERTA FAMILIAR: Los beneficios provistos a los beneficiarios incluidos en un plan de seguro de salud y que cubren la unidad familiar descrita en el mismo.
17. CUBIERTA INDIVIDUAL: Los beneficios provistos a una persona bajo un plan individual.
18. DEDUCIBLE: Cantidad fija pre-determinada que el beneficiario tiene que pagar al proveedor como su aportación al costo de los beneficios que recibe.
19. DEPARTAMENTO: Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
20. DIRECTOR EJECUTIVO: Director Ejecutivo de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

21. EMERGENCIA MEDICA/NECESIDAD IMPERIOSA: Una condición médica súbita e imprevista que requiere atención médica inmediata por estar presente riesgo inminente a la vida, daño permanente de un órgano vital o peligro de incapacidad permanente.
22. ENCUENTRO: Contacto entre el beneficiario y el profesional de la salud al momento en que se rinde algún servicio. La hoja del encuentro recoge información específica sobre los datos del diagnóstico, procedimientos e información relacionada que describe dicho encuentro.
23. ENTIDAD: Cualquier organización con personalidad jurídica propia, organizada o autorizada a hacer negocios de conformidad con las leyes de Puerto Rico.
24. FACILIDADES DE SALUD: Aquellas definidas en la Ley Número 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada.
25. JUNTA DE DIRECTORES: Junta de Directores de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

26. LEY: Ley Número 72 de 7 de septiembre de 1993.
27. MEDICARE: Programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o mayores, personas con disfunción renal permanente y otras personas incapacitadas bajo los criterios del Título XVIII de la Ley de Seguro Social. Medicare tiene dos (2) partes: Parte A que cubre las hospitalizaciones y determinados tratamientos de seguimiento y la Parte B que cubre servicios de médicos.
28. MEDICO PARTICIPANTE: Un doctor en medicina legalmente autorizado para practicar medicina y cirugía en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y que tiene un contrato vigente con el asegurador.
29. MEDICO PARTICIPANTE DE APOYO: Doctor en medicina legalmente autorizado a ejercer en Puerto Rico necesario para proveer servicios complementarios y de apoyo a los Médicos Primarios Seleccionados. Para obtener beneficios de estos proveedores, el beneficiario deberá ser referido por el Médico Primario Seleccionado.

30. MEDICO PRIMARIO: Profesional que evalúa y ofrece el tratamiento inicial a los beneficiarios. Este será responsable de determinar los servicios que necesita el beneficiario, referir y proveer acceso a los beneficiarios a dichos servicios especializados. Se considerarán médicos primarios ("Primary Physician") aquellos profesionales considerados como tales en la jurisdicción estatal y la federal.

 31. MEDICO PRIMARIO SELECCIONADO (GATEKEEPER): Médico primario seleccionado por el beneficiario a través del cual se obtendrá acceso al sistema de prestación de servicios de cuidado de salud. Este proveedor será responsable de determinar los servicios requeridos por el beneficiario, la continua evaluación de dichos servicios y de referir al beneficiario a otros niveles de cuidado.

32. PAGO PER CAPITA (CAPITATION): Aquella parte de la prima pagada al Asegurador que se transfiere a la Organización de Cuidado de Salud en pago de todos los beneficios provistos bajo las cubiertas básica y especial a los

beneficiarios que escogieron dicha Organización de Cuidado de Salud.

33. PRE-AUTORIZACION: Un permiso escrito del asegurador al beneficiario concediendo la autorización para obtener un beneficio. El beneficiario será responsable de obtener dicha pre-autorización del asegurador para obtener los beneficios que requiere la misma. El no obtener la pre-autorización cuando sea requerida impide la obtención del beneficio.

34. PRIMA: Remuneración que se le otorga a un asegurador por asumir un riesgo mediante un contrato de seguro.

35. PROVEEDOR PARTICIPANTE: Todos los proveedores de servicios de cuidado de salud contratados por los aseguradores para proveer servicios de cuidado de salud a los beneficiarios representados por la Administración.

36. PROVEEDOR NO-PARTICIPANTE: Todos los proveedores con quien el asegurador no tiene vigente un contrato para proveer servicios a los beneficiarios.

37. PROVEEDOR: Persona natural o facilidad autorizada bajo las leyes del Gobierno de Puerto Rico a ofrecer servicios de cuidado de salud.
38. PROVEEDORES PARTICIPANTES DE APOYO: Proveedores de servicios de cuidado de salud que son necesarios para proveer servicios complementarios y de apoyo a los Médicos Primarios Seleccionados. Para obtener beneficios de estos proveedores, el beneficiario deberá ser referido por el Médico Primario Seleccionado.
39. SECRETARIO: Secretario del Departamento de Salud.
40. SEGUNDA OPINION MEDICA: Una consulta con un profesional médico de la misma especialidad a requerimiento del beneficiario, de la Organización de Cuidado de Salud o del proveedor participante para auscultar la necesidad de una recomendación previa, de tratamiento médico o intervención quirúrgica.
41. SUSCRIPTOR: El beneficiario cubierto en un plan individual y el beneficiario principal quien provee

elegibilidad a los dependientes para ser cubiertos en el plan familiar.

**Artículo IV ELEGIBILIDAD**

Las siguientes personas serán beneficiarios de los seguros de salud a tenor con la Ley Número 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada:

1. Las personas o familias que hayan sido certificadas, total o parcialmente, como médico-indigentes por el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud.
2. Los miembros de la Policía de Puerto Rico, sus cónyuges e hijos, conforme a lo dispuesto en la Ley Número 26 de 22 de agosto de 1974, según enmendada. El Secretario de Hacienda transferirá a la Administración el monto de la aportación patronal que se consigna en el Presupuesto General de Gastos para la cubierta de beneficios médico-hospitalarios al amparo de la Ley Número 95 de 29 junio de 1963, según enmendada. Los beneficiarios que opten por utilizar la aportación patronal para adquirir otro

*Handwritten signature*

plan médico en el mercado, no participarán del plan de salud establecido por la Administración.

3. Los veteranos, sus cónyuges e hijos, certificados por el Programa Federal de Asistencia Médica, conforme a lo dispuesto en la Ley Número 13 de 2 de octubre de 1980, según enmendada.
4. Todos los beneficiarios que por disposición legislativa futura puedan beneficiarse de las actividades de la Administración y se les cobije bajo las disposiciones de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, que crea la Administración.

*Forma*

#### **Artículo V ALIANZAS DE BENEFICIARIOS**

La Administración promoverá la creación de alianzas de beneficiarios tanto del sector público como del privado. La Administración negociará con aseguradores contratos de seguros de salud en representación de las alianzas de beneficiarios que así lo soliciten. Los contratos de seguros que la Administración negocie con aseguradores se registrarán por las disposiciones establecidas en este reglamento.



Artículo VI PLAN DE SEGUROS DE SALUD

1. La Administración gestionará planes de seguros de salud para las áreas geográficas que reúnan las condiciones necesarias para desarrollar modelos pilotos de seguros de salud, según lo determine el Departamento de Salud y para aquellas alianzas de beneficiarios que así lo soliciten.
2. El Departamento de Salud identificará y certificará a la Administración las personas elegibles a los servicios conforme a su nivel de ingreso y su elegibilidad para recibir beneficios de salud estatales y federales.
3. La Administración evaluará los modelos pilotos para determinar su continuidad y la necesidad de modificarlos para cumplir con los objetivos de la Ley Número 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada.
4. La Administración contratará planes de seguros de salud para los beneficiarios elegibles según se describen en el Artículo IV.

*Handwritten signature*

5. La Administración contratará los planes de seguros de salud con uno (1) o más aseguradores autorizados a hacer negocios de seguros de salud por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico o por disposición de leyes especiales aprobadas para estos propósitos.
6. LIBRE SELECCION: La Administración le garantizará el derecho de libre selección del plan de seguro de salud, de la Organización de Cuidado de Salud y del médico primario a sus asegurados. A más tardar, el 1 de febrero de 1999, los suscriptores deberán tener al menos dos (2) aseguradores, para escoger, dentro la región de salud correspondiente a su domicilio.
- AMK*
7. MEDICO PRIMARIO: Los médicos primarios serán responsables del cuidado ambulatorio del beneficiario cuando éste lo solicite. Estos deberán asegurar la continuidad de servicios y serán los responsables de referir a los beneficiarios a los médicos especialistas y sub-especialistas cuando se requiera, así como a otros proveedores de servicios especializados.

8. MODELOS DE PRESTACION DE SERVICIOS: Los modelos de prestación de servicios que desarrolle la Administración tendrán los siguientes elementos en común:

a) El cuidado primario será responsabilidad de los médicos primarios seleccionados por el beneficiario. Los siguientes serán considerados médicos primarios:

1. Médicos Generalistas
2. Médicos Internistas
3. Médicos de Familia
4. Pediatras
5. Ginecólogos-Obstetras

*genua*

Los siguientes proveedores serán considerados proveedores primarios de apoyo:

1. Dentistas
2. Optómetras
3. Laboratorios Clínicos
4. Facilidades de Radiología
5. Farmacias
6. Profesionales Aliados a la Salud

7. Hospitales
8. Otros proveedores que de acuerdo a las necesidades de salud de algún área específica sea necesario tener disponible al nivel primario.

Los siguientes serán considerados médicos primarios de apoyo:

1. Psiquiatras
2. Oftalmólogos
3. Radiólogos
4. Otros médicos que de acuerdo a las necesidades de salud de algún área específica sea necesario tener disponible al nivel primario.

- ALM*
- b) Los servicios de sala de emergencia y de transporte en ambulancia serán considerados como de alta prioridad. Los mismos deberán estar disponibles para todos los beneficiarios veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana, en todo Puerto Rico. Los proveedores deberán suministrar inmediatamente los servicios de cuidado de salud en situaciones de emergencia cuando sean solicitados

por los beneficiarios, no importa donde se encuentren.

- c) La Administración sólo podrá contratar con aseguradores que no tengan, directa o indirectamente, interés económico en, o relación con dueñas, subsidiarias, o afiliadas de una facilidad de salud que preste servicios a los beneficiarios del seguro de salud.
- d) Deberán contener estrictas medidas de control de calidad y utilización de los servicios, que incluirán, pero sin limitarse a:
1. Un procedimiento adecuado para la acreditación de sus proveedores.
  2. Un programa que garantice la calidad y adecuación de las facilidades físicas donde serán provistos los servicios a través de la inspección periódica de las mismas.
  3. Un programa que evalúe la calidad de los servicios prestados por los proveedores.

4. Un programa de revisión concurrente de las hospitalizaciones.
5. Un programa de revisión de los servicios ambulatorios provistos.
6. Un programa de revisión retrospectiva de los servicios pagados.
7. Un programa de pre-autorización de admisiones a los hospitales.
8. Un programa de segunda opinión quirúrgica voluntario.
9. Otros programas que el asegurador o la administración entiendan necesarios para un modelo de prestación de servicios específico.

*Handwritten signature*

- e) Todos los modelos de prestación de servicios estarán reforzados por programas de prevención de enfermedades y educación en salud, con énfasis especial en estilos de vida, SIDA, drogadicción y cuidado de la madre y el niño, entre otros. Los programas de promoción de salud masivos serán responsabilidad del Departamento de Salud.

- f) Los aseguradores deberán incluir como proveedores participantes en los modelos de prestación de servicios que ofrezcan, todas las facilidades del Estado cuya administración haya sido contratada con administradores privados en la región incluida en la Reforma de Salud. Además contratarán con todos aquellos proveedores privados disponibles.
- g) La prestación de los servicios se hará siguiendo el sistema de regionalización del Departamento de Salud, estableciendo progresivamente una red de proveedores participantes en toda la Isla, de manera que se asegure la disponibilidad del servicio en el lugar más cercano al beneficiario.
- h) El asegurador deberá proveer en cada región todos los servicios primarios, secundarios y terciarios según definidos por el Departamento de Salud.
- i) Los gobiernos municipales que hayan optado por operar o continuar operando facilidades para la prestación de servicios de cuidado de salud,

estarán sujetos a la contratación con aquellos aseguradores de planes de seguros de salud que hayan contratado con la Administración como proveedores participantes.

j) Los municipios donde operen o puedan operar en el futuro Centros de Salud Comunitarios podrán continuar ofreciendo sus servicios y podrán además contratar con los aseguradores correspondientes los servicios adicionales.

k) Los modelos de prestación de servicios a ser ofrecidos por los aseguradores se conceptúa como uno de cuidado dirigido ("managed care"). Las distintas modalidades que se pueden presentar dentro de este concepto competen a cada uno de los aseguradores siempre y cuando cumplan con el propósito de la Ley Núm. 72 y se coticen a base de una prima a ser pagada por la Administración a la aseguradora.

*señal*



9. CUBIERTA DE BENEFICIOS: Los planes de seguros de salud tendrán una cubierta amplia con un mínimo de exclusiones. No habrá exclusiones por condiciones pre-existentes al momento de otorgar la cubierta al beneficiario. La Administración revisará la cubierta de beneficios periódicamente. Los planes de seguros de salud a ser contratados por la Administración deberán por lo menos incluir los siguientes beneficios:

A. Servicios Preventivos

1. Una (1) evaluación comprensiva de salud anual por un profesional de la salud acreditado que incluya; examen de los ojos, examen auditivo, evaluación y cernimiento nutricional, laboratorios y todos aquellos exámenes y pruebas diagnósticas y vacunas de acuerdo a la edad, sexo y condición de salud del beneficiario.

2. Cernimiento para cáncer ginecológico y de la próstata de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas, incluyendo pruebas de Papanicolau,

las mamografías y la prueba de PSA cuando sean médicamente necesarias y de acuerdo a la edad del beneficiario.

3. Sigmoidoscopia para la detección del cáncer del colon para adultos de cincuenta (50) años en adelante clasificados en grupos de riesgo de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas.
4. Cuidado del niño sano durante los primeros dos (2) años de vida del niño.
5. Vacunas para niños hasta la edad de dieciocho (18) años y aquellas necesarias conforme a la edad y sexo del beneficiario incluyendo, pero sin que constituya una limitación, vacunas tales como las de influenza y pulmonía para beneficiarios mayores de sesenta y cinco (65) años y/o otras vacunas para niños y adultos con condiciones de alto riesgo tales como

afecciones pulmonares, renales, diabetes y enfermedades del corazón, entre otras.

6. Educación y consejería en salud física, mental, oral y nutrición.
7. Consejería en planificación familiar.
8. Exámenes físicos de rutina para obtención de certificados médicos por un costo mínimo al beneficiario, a ser determinado por la Administración.

B. Servicios de Hospitalización

1. Cama en habitación semi-privada disponible veinticuatro (24) horas al día, todos los días del año.
2. Cuarto de aislamiento por razones médicas.
3. Comidas, incluyendo servicios especializados de nutrición.
4. Servicios regulares de enfermería.

5. Uso de cuartos especializados, tales como, de operaciones, quirúrgicos, recuperación, tratamiento y maternidad, sin limitaciones.
6. Drogas, medicinas y agentes de contraste, sin limitaciones.
7. Materiales, tales como, vendajes, gasas, yeso y cualquier otro material terapéutico o de curación.
8. Servicios de cuidado terapéutico y de mantenimiento, incluyendo el uso de los aparatos necesarios para ofrecer el servicio.
9. Exámenes y pruebas de diagnóstico, incluyendo laboratorios clínicos, patológicos y de rayos x.
10. Pruebas de diagnóstico especializadas, tales como, electrocardiogramas, electroencefalogramas, gases arteriales y otras pruebas especializadas necesarias que estén disponibles en el hospital y que sean necesarias realizarse durante la hospitalización del beneficiario.

*REURK*

11. Suministro de oxígeno, anestésicos y otros gases, incluyendo su administración.
12. Terapia respiratoria, sin limitaciones.
13. Servicios de rehabilitación mientras el paciente está hospitalizado, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla.
14. Uso de facilidades de cirugía ambulatoria.
15. Sangre, plasma y sus derivados, sin limitaciones.

C. Servicios Médico-Quirúrgicos

1. Visitas a proveedores primarios, incluyendo médicos primarios y servicios de enfermería.
2. Consultas y tratamientos con especialistas y sub-especialista, una vez han sido referidos por el médico primario seleccionado.
3. Visitas del médico al hogar cuando son médicamente necesarias.
4. Servicios de anestesia.
5. Servicios de radiología.
6. Servicios de patología.

7. Cirugías.
8. Uso de facilidades de cirugía ambulatoria.
9. Cirugía oral y maxilofacial.
10. Servicios para el diagnóstico de casos que presenten síntomas de desordenes de aprendizaje.
11. Servicios de enfermeras prácticas.
12. Esterilización voluntaria.
13. Servicios de enfermería en salud pública.
14. Prótesis.

D. Servicios de Maternidad

1. Servicios médicos pre-natales, durante el parto y post-parto.
2. Servicios de médicos y enfermeras obstétricas durante el parto normal, por cesárea y cualquier complicación que pueda surgir.
3. Hospitalización en casos de maternidad o por condiciones secundarias al embarazo, por recomendación médica.
4. Anestesia.
5. Uso de incubadora, sin limitaciones.



6. Servicios de monitoría fetal durante la hospitalización solamente.
7. Cuidado rutinario del recién nacido en la sala de neonatos ("nursery") del hospital.
8. Servicios de circuncisión y dilatación al recién nacido.
9. Transporte de recién nacidos a facilidades terciarias.
10. Asistencia de pediatra durante el parto por cesárea.

E. Servicios de Salud Mental .

1. Servicios de evaluación y tratamiento por profesionales de la salud mental para individuos, parejas, familias y grupos. Individuos que no sean beneficiarios, no son elegibles a recibir tratamiento aún cuando formen parte de la familia o del grupo.
2. Servicios psiquiátricos intensivos de forma ambulatoria para casos referidos por el psiquiatra que intervino en la fase de



diagnóstico y tratamiento primario, hasta un máximo de veintiuna (21) visitas por beneficiario por año.

3. Servicios de hospitalización parcial para casos referidos por el psiquiatra que intervino en la fase de diagnóstico y tratamiento primario, hasta un máximo de treinta (30) días por beneficiario por año.

4. Hospitalización para casos que presentan patología mental que no sea abuso de sustancias, cuando sean referidos por el psiquiatra que intervino en la fase de diagnóstico y tratamiento primario, hasta un máximo de treinta (30) días por beneficiario por año. Un (1) día de hospitalización será equivalente a tres (3) días de hospitalización parcial.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'R. B. M.', is located on the left side of the page, overlapping the text of item 4.



5. Servicios de desintoxicación, tratamiento y rehabilitación de beneficiarios por abuso de sustancias, incluyendo hospitalización y hospitalización parcial, hasta un máximo de treinta (30) días por beneficiario por año. Un (1) día de hospitalización será equivalente a tres (3) días de hospitalización parcial. Los servicios de diagnóstico, ambulatorios y de mantenimiento para beneficiarios de abuso de sustancias están cubiertos.

6. Servicios de desintoxicación para beneficiarios intoxicados de forma secundaria al abuso de sustancias, intento de suicidio y/o envenenamiento accidental están cubiertos sin limitaciones.

7. Servicios para el tratamiento del alcoholismo y de la adicción a drogas así como por enfermedades o condiciones de salud que resulten de estas condiciones.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'RUM', is located to the left of the text for item 6.

F. Servicios de Pruebas de Diagnóstico

1. Laboratorios Clínicos.
2. Rayos X.
3. Electrocardiogramas.
4. Radioterapia.
5. Patología.
6. Pruebas de función pulmonar y gases arteriales.
7. Electroencefalogramas.

G. Servicios Ambulatorios de Rehabilitación

1. Cubierta mínima de quince (15) tratamientos de terapia física por condición por beneficiario por año cuando es indicada por un ortopeda o fisiatra.
2. Terapia Respiratoria, sin limitaciones.
3. Terapia Ocupacional.
4. Terapia del habla.

H. Servicios en Salas de Emergencia

1. Uso de sala de emergencia y sala de operaciones.

2. Atención médica.
3. Servicios rutinarios y necesarios en sala de emergencia.
4. Consultas y tratamientos por especialistas y sub-especialistas cuando sean requeridos por el médico de la sala de emergencia.
5. Anestesia.
6. Material quirúrgico.
7. Pruebas de laboratorio.
8. Rayos X.
9. Drogas, medicinas y soluciones intravenosas para uso en la sala de emergencia.
10. Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones.



I. Servicios Dentales: Los servicios dentales cubiertos se identificarán utilizando los códigos CDT-1 según publicados por la American Dental Association.

- 1) 00110 - Un (1) examen oral inicial.
- 2) 00120 - Un (1) examen periódico cada seis (6) meses.

- 3) 00130 - Examen oral de emergencia.
- 4) 00210 - Una (1) serie completa de radiografías intra-orales, incluyendo mordida cada dos (2) años.
- 5) 00220 - Una radiografía intraoral periapical inicial.
- 6) 00230 - Cinco (5) radiografías intra-orales/periapicales por año.
- 7) 00270 - Una (1) radiografía de mordida - película sencilla.
- 8) 00272 - Una (1) radiografía de mordida de dos (2) películas por año.
- 9) 00330 - Una (1) radiografía panorámica cada dos (2) años.
- 10) 01110 - Una (1) limpieza de adulto cada seis (6) meses.
- 11) 01120 - Una (1) limpieza de niño cada seis (6) meses.
- 12) 01203 - Una (1) aplicación de fluoruro topical cada seis (6) meses para beneficiarios menores de 19 años.

*ACANA*

- 13) 01351 - Un (1) sellante de fisura por vida, para beneficiarios menores de 14 años.
- 14) 02110, 02120, 02130, 02131, 02140, 02150, 02160 y 02161 - Restauraciones en amalgamas.
- 15) 02330, 02331, 02332 y 02335 - Restauraciones en resina.
- 16) 03310, 03320 y 03322 - Tratamiento de canal.
- 17) 07110, 07120, 07210 y 07250 - Cirugía oral.
- 18) 09110; 2940 - Tratamiento paliativo.

J. Servicios de Medicinas Recetadas

- 1) Medicamentos incluidos en el formulario de medicamentos y drogas de las aseguradoras seleccionadas cuando son recetados por un médico o dentista autorizado. Los medicamentos ordenados mediante prescripción médica deberán ser despachados en una farmacia participante debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, libremente seleccionada por el beneficiario.



- 2) El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se cubrirán recetas adicionales.
  
- 3) El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de treinta (30) días. Por recomendación del médico se repetirá el despacho de cada receta hasta seis (6) veces. Cuando sea médicamente necesario se cubrirán recetas adicionales.
  
- 4) El uso de genéricos y bio-equivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), así como autorizados por la reglamentación local está permitido siempre y cuando no esté contraindicado para el beneficiario por prescripción médica.
  
- 5) La inexistencia de medicamentos genéricos y bio-equivalentes no exime el despacho del




medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Se deberán despachar medicamentos de marca si no están disponibles los genéricos o bioequivalentes.

- 6) Todas las recetas deberán ser despachadas por una farmacia participante escogida por el beneficiario.

K. Servicios de Ambulancia

En casos de emergencia se cubrirán los servicios de ambulancia terrestre, aérea y marítima dentro de los territorios de Puerto Rico.

 L. Otros Servicios

Los servicios para el tratamiento de condiciones que resultan de daños autoinflingidos o como resultado de la comisión de un delito por un beneficiario o por actos de negligencia crasa del mismo estarán incluidos dentro de la cubierta de beneficios.

M. Exclusiones de los Servicios Básicos

- 1) Servicios prestados a pacientes no elegibles.
- 2) Servicios que resulten de enfermedades o lesiones no cubiertas.
- 3) Servicios que resulten de accidentes automovilísticos cubiertos bajo la ley de La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA).
- 4) Accidentes del trabajo cubiertos bajo la ley del Fondo del Seguro del Estado.
- 5) Servicios cubiertos por cualquier otro asegurador o entidad que tenga responsabilidad primaria ("other party liability").
- 6) Servicios de enfermeras especiales para comodidad del beneficiario cuando no es médicamente necesario.
- 7) Hospitalizaciones para servicios que puedan ser prestados en forma ambulatoria.
- 8) La admisión de pacientes a hospitales con fines puramente de diagnóstico.



- 9) Gastos por servicios y/o materiales para comodidad personal, tales como teléfono, televisión, "kit" de admisión, etc.
- 10) Servicios prestados por familiares cercanos del paciente (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, cónyuge, etc.).
- 11) Transplantes de órganos o tejido (ejemplos: corazón, corazón-pulmón, riñones, hígado, páncreas, médula ósea, "peripheral stem cell rescue" (PSCR), etc.), excluyendo de igual forma las hospitalizaciones, complicaciones, medicamentos inmunodepresivos relacionados con los transplantes y "high dose chemotherapy" (HDC). Los servicios de "procurement" y transportación relacionados con los transplantes y examen pre-evaluativo están excluidos.
- 12) Laboratorios que requieran ser procesados fuera de Puerto Rico.
- 13) Tratamientos con el propósito de controlar el peso (obesidad o aumento de peso) sólo por razones estéticas.

14) Medicina Deportiva, Música Terapia y Medicina Natural.

15) Los siguientes procedimientos y servicios cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear:

<u>CODIGO</u>	<u>DESCRIPCION</u>
55400	Vasovasostomy, vasovasorrhaphy
55401	Bilateral vasovasostomy, vasovasorrhaphy
58750	Tubotubal anastomosis

16) Operaciones cosméticas o de embellecimiento o tratamiento sólo para corregir defectos de apariencia física. Se excluyen las hospitalizaciones, servicios médico-quirúrgicos y las complicaciones relacionadas con estos procedimientos no empede a su justificación médica.

17) Servicios, pruebas de diagnóstico o tratamientos ordenados o efectuados por podiatras, naturópatas, naturistas, iridiólogos, quiroprácticos u osteópatas.