

## CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

### DEFINICIONES

1. **APARATOS ORTOPÉDICOS:** Aquellos que se utilizan después de una corrección quirúrgica mecánica de las desviaciones, deformidades y fracturas en general.
2. **APARATOS ORTÓTICOS:** Aditamentos externos que restringen, eliminan o redirigen el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, como por ejemplo: abrazaderas, *bracer*, *corset*, férula, yesos para ligamentos lastimados, etc.
3. **ASISTENCIA QUIRÚRGICA:** Cuando un médico licenciado asiste activamente al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico cubierto, que por su complejidad garantiza la necesidad de asistencia.
4. **BENEFICIO MÁXIMO:** Cantidad máxima de beneficios a pagarse por vida.
5. **DEDUCIBLE DE BENEFICIOS BÁSICOS:** Aquellos gastos y servicios relacionados a gastos médicos cubiertos bajo el seguro de gastos médicos mayores y que sean pagados o cubiertos bajo la cubierta básica.
6. **DEDUCIBLE EN EFECTIVO:** Aquella cantidad anual en efectivo que deberá acumularse antes de tener derecho a los beneficios que provee el seguro de gastos médicos mayores.
7. **ESCALA DE BENEFICIOS MÉDICOS:** Escala a base de la cual se pagarán los servicios cubiertos y recibidos por la persona asegurada cuando dichos servicios no puedan pagarse bajo el concepto de cargo usual, acostumbrado y razonable. La Escala de Beneficios Médicos aplicará en Puerto Rico.
8. **GASTO EN EFECTIVO:** Cualquier gasto médico cubierto aplicable al deducible anual en efectivo para un año póliza, excepto los gastos por condiciones mentales en ambulatorio. Además, aplicará la porción del 20% de los gastos médicos cubiertos, responsabilidad de la persona asegurada.
9. **IMPLANTE:** Artefacto interno que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo tales como: reemplazo de rodilla, válvula etc.
10. **INCAPACIDAD TOTAL**
  - a. La completa incapacidad del empleado para ejecutar alguna y todas las obligaciones de su ocupación o empleo; y
  - b. La completa incapacidad de su dependiente para ejecutar las actividades normales de una persona de la misma edad y sexo.
11. **MATERIALES O SUMINISTROS MÉDICOS:** Aquellos que, por sus características diagnósticas o terapéuticas, son esenciales para la efectividad del plan de cuidado ordenado por el médico para el tratamiento o diagnóstico de la enfermedad o lesión del paciente.
12. **PRÓTESIS:** Artefacto externo que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo tales como: ojo, pierna,

brazo, etc.

## **ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL /FECHA DE CUBIERTA**

### **A. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL**

Todo empleado y sus dependientes directos asegurados en la póliza básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios de PALIC podrán acogerse al seguro de gastos médicos mayores.

### **B. FECHA DE CUBIERTA**

1. Si el empleado se encuentra ausente de su trabajo debido a una incapacidad a la fecha de efectividad de la cubierta, la misma no será efectiva hasta que regrese al desempeño regular de sus funciones a tiempo completo.
2. Cualquier dependiente elegible estará cubierto en la fecha de efectividad del empleado o la fecha en que tal persona pase a ser elegible como dependiente, lo que ocurra más tarde.

## **BENEFICIOS**

Esta cubierta se emite en consideración al pago por el patrono de las primas correspondientes por adelantado y estará sujeta a los términos y condiciones de la cubierta básica que no estén en conflicto con los beneficios y condiciones de esta cubierta.

Los gastos médicos cubiertos bajo el seguro de gastos médicos mayores se pagarán de acuerdo a las tarifas establecidas para tales propósitos y cantidades aplicables basado en las coberturas, limitaciones y exclusiones en esta póliza.

**Beneficio Máximo:** El Beneficio Máximo estará limitado hasta la cantidad máxima establecida en la Sección de Limitaciones.

Cada persona o familia asegurada será responsable, luego de acumulado el deducible en efectivo y del co-pago establecido en la Sección de Limitaciones, de los gastos médicos cubiertos, hasta la cantidad máxima establecida en la Sección de Limitaciones.

Cada persona o familia asegurada será responsable de la diferencia entre el gasto incurrido y las tarifas establecidas de los gastos médicos cubiertos.

Las cantidades aplicables para la acumulación del deducible en efectivo y del co-pago de los gastos médicos cubiertos se determinarán a base de las tarifas establecidas para los gastos médicos cubiertos.

## **BENEFICIOS SOBRE LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS**

Esta cubierta provee beneficios para gastos médicos cubiertos por concepto de servicios limitados en la Cubierta Básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios; además de otros servicios excluidos en la misma.

Para tener derecho al reembolso de los gastos médicos cubiertos, la persona deberá estar asegurada en la Póliza bajo la cubierta correspondiente o análoga a la del servicio solicitado. Estos beneficios están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para los mismos, y se ofrecen únicamente para aquellos asegurados que viven permanentemente en el Área de Servicio.

Todos los beneficios están sujetos al beneficio máximo establecido en la Sección de Limitaciones. Los gastos por servicios recibidos en o fuera del hospital, se pagarán mientras estén relacionados a una enfermedad, accidente, embarazo, alumbramiento o condición médica. El pago se efectuará según se establece en la Sección de Limitaciones.

En los casos donde los servicios necesiten ser pre-certificados y sean prestados sin pre-certificación, estos servicios se cubrirán solo a través de la sección de Indemnización a la Persona Asegurada de la Cubierta Básica. Los gastos incurridos por servicios cubiertos que se originen por causa de emergencia médica mientras la persona asegurada afectada se encuentre fuera de Puerto Rico, no requerirán pre-certificación, pero estarán sujetos a la aprobación por parte de PALIC de su razonabilidad y necesidad médica.

**A. REEMBOLSO:** Los gastos médicos cubiertos por concepto de servicios médicos, se reembolsarán de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. El 80% de los gastos médicos cubiertos durante un año póliza, incurridos por el asegurado principal o su dependiente asegurado cuando excedan el total de los beneficios de la cubierta básica y luego de cubierto el deducible en efectivo, disponiéndose que, estarán cubiertos hasta que alcancen el beneficio máximo establecido en la Sección de Limitaciones. Además, los mismos estarán sujetos a las limitaciones establecidas en esta cubierta.
2. Luego del desembolso, de la cantidad establecida en la Sección de Limitaciones (2 y 3) en gastos efectivos (debido a la acumulación del deducible y al co-pago responsabilidad de la persona asegurada); por concepto de gastos médicos cubiertos e incurridos por el asegurado principal o sus dependientes asegurados durante un año póliza, se reembolsara el 100% de los gastos médicos cubiertos que excedan dicha cantidad a la persona en esta situación durante el año póliza restante.
3. Luego del desembolso, de la cantidad establecida en la Sección de Limitaciones (2 y 4) en gastos efectivos (debido a la acumulación del deducible y al co-pago responsabilidad de la persona asegurada y sus dependientes asegurados); por concepto de gastos médicos cubiertos e incurridos por el asegurado y los miembros de su familia asegurados durante un año póliza, se reembolsará el 100% de los gastos médicos cubiertos con respecto a todos los miembros asegurados de su familia durante el año póliza restante.
4. El deducible en efectivo aplica separadamente al empleado y a cada uno de sus dependientes asegurados por cada año póliza, excepto que:

- a. Si dos (2) o más miembros de su familia se lesionan en el mismo accidente, se aplicará un sólo deducible en efectivo (cantidad correspondiente al deducible por persona) para ese año póliza contra todos los gastos que se efectúen como resultado de tal accidente.
- b. No se aplicará un total de deducibles efectivos de más del establecido para el contrato familiar, según se establece en la Sección de Limitaciones, contra todos los gastos que efectúen los miembros de su familia durante un año póliza cualquiera.

**B. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS:** Estarán cubiertos los gastos médicos necesarios para el tratamiento de lesiones o enfermedades sufridas por la persona asegurada y por recomendación y aprobación del médico cirujano a cargo del caso.

Los beneficios descritos a continuación podrán estar limitados o excluidos de su cubierta, de acuerdo a la negociación de los mismos con PALIC. Para información adicional, refiérase a las Secciones de Limitaciones, Exclusiones y/o Endosos que prevalecen sobre los beneficios descritos en esta sección.

**1. Anestesia y su Administración**

**2. Condiciones Mentales, Drogadicción y Alcoholismo:**

a. **Servicios en el hospital por condiciones mentales, drogadicción y alcoholismo:** los gastos médicos cubiertos durante períodos de hospitalización, se reembolsarán a base de las disposiciones establecidas para cualquier otra enfermedad. Las hospitalizaciones por drogadicción y alcoholismo estarán sujetas a una pre-certificación de PALIC.

b. **Servicios ambulatorios por condiciones mentales o por drogadicción y alcoholismo** - el reembolso de los gastos médicos cubiertos, por servicios fuera del hospital debido a condiciones mentales o por drogadicción y alcoholismo, estarán cubiertos.

**3. Materiales o Suministros Médicos:**

a. Medicinas cubiertas ordenadas por escrito por un médico cirujano durante períodos de hospitalización.

b. Materiales o suministros quirúrgicos como vendajes y gasas.

**4. Servicios de Ambulancia Terrestre:** Desde y hasta cualquier institución médica. Estos servicios estarán cubiertos si los mismos los presta un vehículo debidamente autorizado por la entidad gubernamental designada para tales propósitos.

**5. Servicios de Enfermería:** Certificados como médicamente necesarios y prestados por una persona debidamente certificada para tales propósitos y que no sea miembro de la familia inmediata o viva bajo el mismo techo.

**6. Servicios de Hospital:** Habitación semi-privada y comidas además de otros servicios y suministros del hospital.

**7. Servicios de Laboratorio y Rayos-x:** Para propósitos de diagnóstico y tratamiento.

- 8. Servicios de médico:** En casos de psiquiatras, estarán sujeto a las limitaciones establecidas en la sección para condiciones mentales y drogadicción y alcoholismo.
- 9. Servicios de Psicólogos:** Ordenados por un doctor en medicina especialista en psiquiatría y prestados por un psicólogo certificado por la entidad gubernamental designada para tales propósitos. Estos servicios estarán cubiertos de acuerdo a la necesidad médica justificada para condiciones mentales. Para el tratamiento de drogadicción y alcoholismo los servicios de psicólogos estarán cubiertos.
- 10. Servicios de Terapia Física Y Rehabilitación:** Modalidad de tratamiento y duración prescrita por el médico a cargo del caso y bajo la supervisión de un médico cirujano especialista en fisiatría.
- 11. Servicios en Centros de Cirugía Ambulatoria**
- 12. Terapia Radioactiva:** Utilizando rayos-x, *radón*, *radium* e isótopos radioactivos.
- 13. Tratamiento de Ojo Vago (*Orthoptic Training*):** Ordenado por escrito por un doctor en medicina y provisto por un técnico calificado en la materia o un optómetra.
- 14. Otros Servicios:** Los siguientes servicios estarán cubiertos, siempre y cuando estos sean considerados médicamente necesarios. Quedan excluidos los conceptos médicamente necesarios, aquellos servicios no necesarios, servicios experimentales o investigativos o servicios que se provean en exceso de los requeridos normalmente para el diagnóstico, prevención o tratamiento de una enfermedad, lesión, malfuncionamiento del sistema orgánico o condición de embarazo.

Tampoco están cubiertos los gastos médicos relacionados con estudios de 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 aún cuando el asegurado 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 este ofrece al paciente un beneficio potencial.

- a) Aparatos prostéticos o implantes para la sustitución de partes o de un órgano físico, o para el mantenimiento de su funcionamiento tales como: marcapasos, prótesis, válvula, etc. Excluye reemplazo.
- b) Mamoplastías, sujeto a una pre-certificación de PALIC, excluido.
- c) Medicina Deportiva, excluido.
- d) Medicina y materiales suministrados en salas de emergencia de hospitales.
- e) Servicios cubiertos prestados por profesionales y facilidades no participantes, sujeto a reembolso de acuerdo a las tarifas contratadas a los proveedores de PALIC.
- f) Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.

g) Tuboplastías.

h) Asistencia Quirúrgica.

i) Servicios de quiroprácticos: Estos servicios estarán limitados a una (1) visita inicial, dos (2) subsiguientes y ocho (8) manipulaciones de la espina en el tratamiento quiropráctico por año póliza, por persona asegurada. El reembolso será a base de las tarifas establecidas por PALIC. Además, el beneficio no estará sujeto al deducible en efectivo ni al co-pago establecido en esta cubierta.

j) Error de Refracción: Este servicio estará cubierto máximo uno (1) por año calendario. El beneficio estará sujeto al deducible establecido en esta cubierta.

k) Cubre ambulancia aérea hasta un beneficio máximo de 1 viaje por año póliza. [Co-pago 20%]

**C. BENEFICIO MÁXIMO:** El beneficio máximo constituye la cantidad máxima a pagar por PALIC al empleado o sus dependientes durante la vida del empleado o dicho dependiente.

## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PERSONAL, FINANCIERA Y DE SALUD PUEDE SER USADA, DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE ESTA NOTIFICACIÓN CON CUIDADO. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

---

## **Nuestra Responsabilidad Legal**

Leyes federales y estatales nos requieren mantener la privacidad de su información personal, financiera y de salud. También estamos requeridos a entregarle a usted esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestra responsabilidad legal y sus derechos con respecto a su información. Seguiremos las prácticas de privacidad descritas en esta notificación mientras la misma esté en vigor. Esta notificación es efectiva el 14 de abril de 2003, y se mantendrá vigente hasta que la actualicemos.

Esta notificación incluye algunos ejemplos de los tipos de información que recopilamos y describe los tipos de usos y divulgaciones de la misma. Los ejemplos son ilustrativos y no deben considerarse como un inventario completo de nuestro manejo de la información.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta notificación en cualquier momento. Antes de realizar algún cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, enmendaremos esta notificación y le enviaremos la notificación actualizada a todos nuestros suscriptores activos a la fecha del cambio.

Usted puede solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de esta notificación, comuníquese con nosotros a la dirección que aparece al final de esta notificación.

### **Organizaciones Cubiertas por esta notificación.**

Esta notificación aplica a las prácticas de privacidad de las siguientes organizaciones: PALIC

#### **Información que Recopilamos**

Nuestro compromiso es limitar la información que recopilamos a la estrictamente necesaria para administrar la cubierta de su seguro o sus beneficios. Como parte de nuestras funciones de administración, podemos recopilar información personal de distintas fuentes, entre las cuales podemos mencionar las siguientes:

1. Información que usted ha provisto en solicitudes y otros formularios o documentos para obtener un producto, un seguro u otro tipo de beneficio; por ejemplo, su nombre y el de sus dependientes, dirección, teléfono, número de seguro social o número de cuenta bancaria.
2. Información que proviene de transacciones que usted hace con nosotros; por ejemplo, primas cobradas, historial de pago y coordinación de beneficios.
2. Información que proveen las agencias de crédito del consumidor; por ejemplo, información sobre su historial de crédito y capacidad de pago.
4. Información de proveedores de servicios de salud; por ejemplo, reclamaciones por servicios prestados, informes médicos, otros informes para propósitos de pago y otras actividades administrativas relacionadas con su seguro.



## ***Usos y Divulgaciones de Información***

Nosotros compartimos información con personas y entidades externas (socios de negocio) que proveen servicios a nombre nuestro y que participan en las funciones de administración del seguro o en la coordinación de sus beneficios. En estos casos, sólo compartimos la información mínima necesaria para brindar el servicio. Además, requerimos que cada socio de negocio suscriba un contrato obligándose a mantener la confidencialidad, proteger la información compartida y limitar el uso de la información a los propósitos establecidos en el contrato.

En nuestras funciones de administración del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar información para actividades relacionadas con su tratamiento médico, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud. Por ejemplo:

1. Tratamiento: Podremos usar o divulgar su información a un proveedor de servicios médicos con el propósito de brindarle tratamiento médico a usted.
2. Pago: Podremos usar y divulgar su información con el propósito de pagar por los servicios de salud prestados a usted por médicos y otros proveedores de servicios de salud; determinar la cubierta o elegibilidad de los servicios de salud bajo su póliza de seguro; coordinar beneficios; examinar la necesidad médica de los servicios prestados; obtener primas; emitir informes o explicaciones de beneficios a la persona que suscriba el seguro de salud en el que usted participa; y otras actividades relacionadas. También podremos divulgar su información a un proveedor de servicios médicos o entidad de servicios de salud, de modo que ellos puedan obtener el pago de los servicios prestados.
3. Operaciones de Cuidados de Salud: Podremos usar o divulgar su información para actividades relacionadas con nuestras operaciones de cuidados de salud o con las operaciones de cuidados de salud de otras entidades. Nuestras operaciones de cuidados de salud pueden incluir las siguientes actividades:
  - ✓ Cotización de riesgos y determinación de las primas para sus beneficios o su seguro de salud;
  - ✓ Actividades de evaluación de calidad, auditorias y mejoramiento de servicios;
  - ✓ Revisión de la competencia y credenciales de profesionales que ofrecen servicios de salud, administrar programas de adiestramiento, actividades de acreditación;
  - ✓ Revisión médica, servicios legales y de auditoria, incluyendo detección de fraude y abuso y cumplimiento con los requisitos reglamentarios aplicables;
  - ✓ Planificación y desarrollo de negocios; y
  - ✓ Actividades administrativas y de gerencia del negocio, incluyendo actividades gerenciales relacionadas a la privacidad, servicio al cliente, resolución interna de quejas y la creación de información de salud limitada o no identificada.

Podremos usar o divulgar su información a otra entidad relacionada con usted y que también está sujeta a las reglas federales y estatales sobre privacidad, para sus operaciones de cuidado de salud relacionadas con la evaluación de calidad y mejoramiento de servicios, revisión de la competencia y

calificaciones de profesionales que ofrecen servicios de cuidados de salud, o para detectar o prevenir fraude y abuso en los servicios de cuidados de salud.

- ✓ Con Su Autorización: Usted nos podrá dar su autorización escrita para que usemos o divulguemos su información a otras personas para cualquier propósito. La autorización tiene que cumplir con una serie de requisitos: debe ser por escrito, firmada y fechada por usted, indicar la persona o entidad a la que se le ofrecerá la información, breve descripción y propósito de la información a divulgar y vigencia de la autorización. Nosotros no divulgaremos la información a menos que su autorización cumpla con estos requisitos.

Si usted nos da una autorización, usted la puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación de la autorización no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. A menos que usted nos remita una autorización escrita, no podremos usar o divulgar su información para ninguna otra razón que no esté descrita en esta notificación.

- ✓ A su Familia y Amigos: A menos que recibamos una solicitud de restricción de su parte, podremos divulgar limitadamente su información a los miembros de su familia, amistades u otras personas que estén involucrados en su cuidado médico o que sean responsables por el pago de los servicios médicos. Podremos divulgar su nombre, localización y condición general de salud o la notificación de su fallecimiento, o información limitada dirigida a ayudar a notificar y localizar a las personas relacionadas con su cuidado.

Antes de divulgar su información médica a alguna persona relacionada con su cuidado médico o con el pago de los servicios de salud, le proveeremos a usted la oportunidad de objetar dicho uso o divulgación. Si usted no se encuentra presente, o si se encuentra incapacitado(a) o es una situación de emergencia, utilizaremos nuestro mejor juicio profesional en la divulgación de información que entendamos resultará en su mejor interés.

- ✓ A Su Patrono u Organización que Auspicia su Seguro Grupal de Salud: Podremos divulgar su información de salud y la de otras personas suscritas a su seguro grupal de salud al patrono u otra organización que auspicie su plan de salud grupal, de modo que el auspiciador del plan realice las funciones administrativas necesarias para manejar el plan. Favor de referirse a los documentos de su póliza de seguro para una explicación completa de los usos y divulgaciones limitadas de su información de salud a las que el auspiciador del plan tiene acceso cuando realiza las funciones administrativas del plan grupal.

También podremos divulgar información de salud resumida sobre los participantes en su plan de salud grupal al auspiciador del plan, para que lo utilice para obtener cotizaciones de primas o para que decida si modifica, enmienda o termina la cubierta grupal de seguro de salud. La información de salud resumida que podríamos divulgar resume el historial de reclamaciones, gastos por reclamaciones o cubiertas, o tipos de reclamaciones experimentadas por los participantes de su plan grupal de seguro de salud. A esta información resumida se le eliminarán todos los identificadores demográficos sobre los participantes en el plan grupal, pero aún así, el auspiciador del plan podría tener la forma de identificarle a usted o a otro participante.

- ✓ Suscripción de Riesgo: Podríamos recibir información médica sobre usted para propósitos de suscripción de riesgo, cotización de primas y otras actividades relacionadas con la emisión, renovación o reemplazo de una póliza de seguro de salud o beneficios de servicios de salud. Nosotros no usaremos ni divulgaremos esta información de salud para ningún otro propósito, excepto si lo requiriese alguna ley. Si usted adquirió la póliza de seguro de salud con nosotros, aplicarán las condiciones descritas en esta notificación para el uso o divulgación de su información de salud.
- ✓ Ayudas en Casos de Desastres: Podremos usar o divulgar su información de salud a una entidad pública o privada, autorizada por la ley o por sus estatutos a prestar ayuda en casos de desastres.
- ✓ Programas Gubernamentales de Beneficios: Nosotros podremos compartir su información con las entidades gubernamentales encargadas de administrar programas de beneficios por ejemplo, para actividades de suscripción o coordinación de beneficios.
- ✓ Beneficio Público: Podremos usar o divulgar su información de salud según nos autorice la ley para los siguientes propósitos considerados como de beneficio e interés público:
  - ✓ Para actividades de salud pública, incluyendo el reporte de estadísticas de enfermedades e información vital, reportes de abuso de menores, actividades de verificación de cumplimiento con los requisitos de la Administración Federal de Drogas y Alimentos (Federal Drug Administration, FDA), e información a patronos sobre enfermedades y accidentes en el trabajo;
  - ✓ Para informar abuso o negligencia contra adultos o situaciones de violencia doméstica: Actividades de las agencias gubernamentales que regulan los servicios de salud;
  - ✓ En respuesta a órdenes judiciales o administrativas y otros procesos judiciales o administrativos;
  - ✓ A los oficiales del orden público para responder a órdenes judiciales o administrativas u otros procesos legales, relacionados con víctimas de crímenes, muertes sospechosas, crímenes en nuestras facilidades, informe de crímenes en emergencias y para propósitos de identificar o localizar a un sospechoso u otra persona;
  - ✓ A los médicos forenses y directores funerarios;
  - ✓ A organizaciones de donaciones de órganos;
  - ✓ Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad pública;
  - ✓ Para ciertas actividades de investigación científica y de desarrollo;
  - ✓ A oficiales militares o federales para actividades de investigación requeridas por ley,

actividades de contra-inteligencia y actividades de seguridad nacional;

- ✓ A instituciones correccionales, referente a los presidiarios;
  - ✓ Según autorizado por las leyes de compensación de accidentes del trabajo; y
  - ✓ Según lo requiera otras leyes o reglamentos aplicables.
- ✓ **Servicios Relacionados con su Salud:** Podríamos usar su información para comunicarnos con usted y ofrecerle información sobre beneficios y servicios relacionados con su salud, o sobre alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés para usted. Podremos divulgar su información de salud a un socio de negocios para que nos ayude en estas actividades. Podemos usar su información de salud para alentarle a que adquiera o use un producto o servicio de salud o de seguros, mediante comunicaciones en persona, frente a frente, u ofreciéndole regalos promocionales.
- ✓ **Terminación de la relación de servicio:** No compartiremos información de aquellas personas que ya no mantienen cuentas, pólizas o servicios con nosotros, excepto según lo requiera o permita la ley.
  - ✓ **Medidas de Seguridad:** Nosotros limitaremos el acceso a su información. Solamente aquellos empleados que necesiten información limitada para realizar sus funciones, tales como proveerle servicios y productos, tendrán acceso a la misma. Nuestros empleados conocen su responsabilidad de proteger la confidencialidad y seguridad de su información. De la misma forma, nuestros socios de negocio se han comprometido a seguir los más estrictos estándares de confidencialidad y seguridad en el manejo de su información.

También hemos implantado medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para proteger la confidencialidad de su información, según requerido por las leyes aplicables y nuestras políticas corporativas.

#### Derechos Individuales

**Acceso:** Usted tiene el derecho de examinar y obtener copia de su información personal, financiera, de seguros o de salud, dentro de los límites y excepciones que provee la ley. Usted puede solicitar que le proveamos copia de su información en otro formato que no sean fotocopias. Mientras sea posible, trataremos de proveerle la información en el formato que usted nos solicite. Para obtener acceso a su información de salud, usted debe presentarnos su solicitud por escrito. Usted puede obtener un modelo de solicitud comunicándose a la dirección que aparece al final de esta notificación. Usted también puede solicitar acceso a su información de salud enviando una carta a la dirección que aparece al final de esta notificación. El primer informe que usted nos solicite será libre de cargos. Nos reservamos el derecho de cobrar por copias subsiguientes. Si usted solicita la información en un formato alterno al que nosotros hemos establecido para este propósito, podría tener que pagar un cargo adicional por el informe. Si usted lo prefiere, le podemos preparar un resumen o explicación de su información de salud. Puede comunicarse con nosotros a la dirección que aparece al final de esta notificación para que obtenga más información sobre los costos aplicables a este servicio.

**Informe de Divulgaciones:** A partir del 14 de abril de 2003, usted tiene el derecho de recibir una lista de las instancias en que, a partir de esa fecha, nosotros, o nuestros socios de negocio, hayamos divulgado su

información de salud para otros propósitos que no fueran actividades de tratamiento médico, pago de servicios de salud, operaciones de cuidado de servicios de salud, según su autorización o para ciertos otros propósitos. Nosotros le indicaremos la fecha en que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que se divulgó su información de salud, una descripción de la información de salud divulgada y la razón para la divulgación. Si usted solicita este informe más de una vez dentro de un período de doce (12) meses, podríamos cobrarle los costos de procesar la(s) solicitud(es) adicional (es). Puede comunicarse con nosotros a la dirección que aparece al final de esta notificación para que obtenga más información sobre los costos aplicables a este servicio.

**Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y debe contener una explicación del por que la información debe ser enmendada. Podemos rechazar su solicitud si no originamos la información que usted solicita que se enmiende y quien la originó se encuentra disponible para recibir su solicitud, o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proveeremos una explicación por escrito. Usted puede solicitar que se incluya una declaración suya indicando su desacuerdo con la información que solicitó enmendar. Si aceptamos su solicitud de enmienda a la información, realizaremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluyendo las personas que usted nos indique, de la enmienda y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de tal información.

**Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que implementemos restricciones adicionales en nuestro manejo de su información de salud. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud de restricciones adicionales, pero si la aceptamos, nos regiremos por las mismas (excepto en caso de una emergencia) Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito y firmada por un oficial autorizado. No serán válidos las solicitudes o acuerdos que no estén por escrito.

**Comunicación Confidencial:** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean realizadas por métodos alternos o dirigidas a direcciones alternas. Usted tiene que presentar una solicitud escrita donde indique las razones que pueden ponerle en peligro si las comunicaciones no se realizan de forma confidencial. Su solicitud debe ser razonable, especificar formas o localizaciones alternas, y permitimos continuar con el cobro de las primas de su seguro de salud y el pago de las reclamaciones por los servicios recibidos, incluyendo la emisión de explicaciones de beneficios al suscriptor del seguro de salud en el que usted participa. Una explicación de beneficios de servicios de salud emitida a un suscriptor para la cual usted no solicitó que fuera comunicada de forma confidencial o sobre el suscriptor u otras personas cubiertas bajo el seguro de salud en el que usted participe, pudiera contener información suficiente para indicar que usted obtuvo servicios médicos que fueron pagados por nosotros, aún cuando usted hubiese solicitado que nos comunicáramos con usted de forma confidencial.

**Notificación por Medios Electrónicos:** Si usted obtuvo esta notificación en nuestro portal de Internet o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir una copia escrita de esta notificación. Nuestros centros de servicio al cliente mantienen copias escritas de esta comunicación. También puede comunicarse con nosotros a la dirección que aparece al final de esta notificación para que le enviemos la notificación por escrito.

Si usted interesa obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas, por favor comuníquese con nosotros a la dirección que se indica al final de esta notificación.

Si usted entiende que hemos incurrido en alguna infracción de sus derechos de privacidad, o no esta de acuerdo con alguna decisión que hubiésemos tomado sobre el acceso a su información de salud, usted puede presentar su queja en la dirección que aparece al final de esta notificación. Usted también puede someter su queja por escrito a la siguiente dirección:

**Pan American Life Insurance Company of Puerto Rico**

**PO Box 364865 San Juan, PR 00936-4865**

**Teléfono: (787)620-1414**

**Fax: (787) 999-8840**

Nosotros apoyamos su derecho a la privacidad de su información personal, financiera y de salud. No tomaremos ningún tipo de represalia si usted decide presentar una queja con nosotros o ante el Departamento de Salud Federal.

## DISPOSICIONES GENERALES

1. **ACCIONES CIVILES:** No se entablará ninguna acción civil para reclamar cualesquiera derechos de la persona asegurada bajo esta póliza, antes de transcurrir sesenta (60) días después de haberse suministrado prueba escrita del servicio, de acuerdo con los requisitos de esta póliza. No se entablará ninguna acción luego de transcurridos tres (3) años desde la fecha en que se requiere se suministre prueba escrita del servicio.

PALIC no estará obligada a responder al asegurado por cualquier acto u omisión, de hecho o derecho, que por la negligencia del médico o proveedor o cualquier otra causa sea motivo de reclamación por parte del asegurado, y por cuyo motivo el proveedor pudiera ser responsable.

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

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

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

3. **AVISO DE RECLAMACIÓN:** Deberá darse aviso por escrito de la reclamación a PALIC dentro de los treinta (30) días después de haber ocurrido o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada, el patrono o por el profesional o proveedor de servicio participante. Un aviso dado por escrito por la persona asegurada, a su nombre, a PALIC, en su oficina principal en Guaynabo, Puerto Rico, o a cualquier agente autorizado de PALIC, con suficiente información para poder identificarla se considerará como aviso dado a PALIC.
4. **CANCELACIÓN INDIVIDUAL:** PALIC podrá terminar el seguro dispuesto por esta póliza en cualquier momento mediante aviso por escrito entregado al asegurado, o enviado por correo a su última dirección según demuestren los archivos de PALIC, indicando cuando dicha cancelación será efectiva, que no será menos de diez días después del aviso; y después que la póliza se haya continuado más allá del término original. El asegurado podrá cancelar esta póliza en cualquier momento mediante aviso por escrito entregado o enviado por correo a PALIC, para tener efecto dicha cancelación al recibo del aviso o en cualquier fecha posterior que en el mismo se especifique. En caso de cancelación, PALIC devolverá prontamente la parte no devengada de cualquier prima satisfecha. Si el asegurado cancela, la prima devengada se computará utilizando la tabla de tipos a corto plazo últimamente presentada ante el funcionario inspector de seguros del estado donde el asegurado residía cuando se expidió la póliza. Si PALIC cancela, la prima devengada se computará proporcionalmente. La cancelación será sin perjuicio de cualquier reclamación que se origine con anterioridad a la fecha de efectividad de la cancelación.

5. **CERTIFICADOS DE BENEFICIOS:** PALIC expedirá al tenedor de la póliza, para entregarlo a cada empleado asegurado, un certificado individual que expresará la protección a que tiene derecho. Además, PALIC entregará una lista de médicos y proveedores participantes de PALIC a cada empleado asegurado.

6. **CLAÚSULA DE CONVERSIÓN:**

1. Si su seguro bajo la póliza cesa por razón de finalizar su empleo o su condición de miembro de una clase o clases elegibles para cubierta bajo la póliza, usted tiene derecho a que PALIC le emita, sin evidencia de asegurabilidad, una póliza individual de incapacidad; disponiéndose, que la solicitud escrita para la póliza individual se hará, y la primera prima se pagará a PALIC en o antes de 31 días después de finalizar tal cese; y disponiéndose, además, que:
  - a. La póliza individual deberá ser a su opción, de cualquiera de las formas, que para esa fecha sea emitida corrientemente por PALIC a la edad y por los beneficios solicitados.
  - b. La prima sobre la póliza individual será de acuerdo a la tarifa entonces vigente de PALIC que se aplique a la forma y los beneficios de la póliza individual, de acuerdo a la categoría de riesgo a la cual usted pertenezca entonces, y a su edad alcanzada en la fecha efectiva de la póliza individual. Su condición de salud al momento de la conversión no será una base aceptable para la clasificación del riesgo.
  - c. La póliza individual deberá cubrir también al cónyuge y/o hijos dependientes de la persona asegurada si éstos estaban cubiertos a la fecha de terminación de seguro colectivo. A opción de PALIC, una póliza individual separada podrá ser emitida para cubrir a la esposa y/o hijos dependientes.
  - d. La póliza individual será efectiva a la terminación del seguro bajo la póliza de grupo.
  - e. PALIC no estará obligado a emitir una póliza individual cubriendo a una persona que tenga derecho a recibir beneficios similares provistos bajo cualquier cubierta de seguro o bajo el programa de Medicare de la Ley Federal de Seguro Social, según fuere subsiguientemente enmendada, si dichos beneficios, conjuntamente con los provistos bajo la póliza individual, resultaran en un exceso de cubierta (over-insurance) según las normas de PALIC.
2. Si una póliza de grupo cesa o es enmendada en tal forma que termine el seguro de cualquier categoría de asegurados, toda persona incluida en dicha póliza de grupo en la fecha de dicho cese cuyo seguro termine y que se haya mantenido así asegurada por lo menos tres años antes de la fecha de dicho cese, tendrá derecho a que se le emita por parte de PALIC, una póliza individual de seguro de incapacidad, sujeto a las mismas condiciones y limitaciones provistas por el inciso (1) de este inciso, excepto que la póliza de grupo puede proveer que los beneficios de dicha póliza individual no serán menores que los beneficios de la póliza de grupo.
3. Sujeto a las condiciones y limitaciones provistas por el apartado (1) de este inciso, el privilegio de conversión se le otorgará al cónyuge y/o hijos dependientes de la persona asegurada cuya cubierta bajo la póliza de grupo cese por razón de la muerte de tal persona; al cónyuge y/o hijos dependientes de la persona cuya cubierta cese por razón de no cualificar como un miembro familiar bajo la póliza de grupo, aunque la persona asegurada continúe cubierta bajo la póliza de grupo.



4. Si un asegurado bajo la póliza de grupo sufre una pérdida cubierta bajo la póliza individual descrita en el apartado (1) de este inciso durante el período dentro del cual hubiere cualificado para que se le emitiera dicha póliza individual y antes que dicha póliza individual empiece a regir, los beneficios a que tuviere derecho bajo dicha póliza individual serán pagaderos como reclamación bajo la póliza de grupo, aunque no se haya solicitado una póliza individual o aunque no se haya hecho el pago de la primera prima.
5. Si cualquier individuo asegurado bajo una póliza de grupo emitida en Puerto Rico en lo sucesivo adquiere el derecho de obtener una póliza individual bajo los términos de la póliza de grupo sin tener evidencia de asegurabilidad, sujeto a solicitar y pagar la primera prima dentro del período especificado en la póliza, y si a ese individuo no se le avisa de la existencia de este derecho por lo menos 15 días antes de la fecha de expiración de dicho período, entonces en tal caso el individuo tendrá un período adicional durante el cual puede ejercer su derecho, pero nada de esto implica la continuación de una póliza más allá del período provisto en dicha póliza. El período adicional expirará 15 días después de habersele avisado al individuo pero en ningún caso se extenderá ese más de 60 días después de la fecha de expiración provista en la póliza. Notificación escrita presentada al individuo o enviada por correo por el tenedor de la póliza a la última dirección conocida del individuo o enviada por PALIC a la última dirección conocida del individuo según la suscriba el tenedor de póliza será considerado aviso para los efectos de este párrafo. Si se concede un período adicional para ejercer el derecho a convertir, según aquí provisto, y si la solicitud escrita para dicha póliza individual acompañada por la primera prima, se hace durante el período adicional, la efectividad de la póliza individual será la terminación del seguro bajo la póliza de grupo.

7. **CONFIDENCIALIDAD:** PALIC mantendrá la confidencialidad de la información médica y sobre reclamaciones de la persona asegurada. Los siguientes tendrán acceso a la misma:

- a. PALIC y sus subcontratistas cuando estos administren el contrato;
- b. Oficiales del orden público cuando estén investigando o entablando una acción civil o judicial;
- c. Individuos *bonafide* participando en una investigación médica o educacional en la cual no sea necesario revelar la identidad del asegurado; 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 asegurado principal.

8. **CONTRATO ÚNICO-CAMBIOS:** Esta póliza, los endosos y los documentos anexos, si los hubiere, constituyen el texto íntegro del contrato de seguro. Ningún cambio en esta póliza será válido hasta que sea aprobado por el funcionario ejecutivo designado por la Junta de Directores de PALIC, y a menos que dicha aprobación sea endosada en la presente o adherida a la misma. Ningún agente tiene autoridad para cambiar esta póliza o renunciar a ninguna de sus disposiciones.

9. **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:**

**Reglas de coordinación de Beneficios:**

Cuando una persona esté cubierta por dos o más planes de servicios médicos y/o de salud, las reglas

para determinar el orden de los beneficios a pagar serán las siguientes:

- A. (1) El plan deberá pagar o proveer sus beneficios como si el plan o planes secundarios no existieran.
- a. Si el plan primario tuviese una red de proveedores exclusiva y el plan secundario no tuviese red de proveedores, el plan secundario deberá pagar beneficios como si fuera el plan primario cuando la persona utilice un servicio fuera de la red en el caso de servicios de emergencia o referidos autorizados que sean pagados o provistos en el plan primario.
- b. Cuando múltiples contratos que provean cubiertas coordinadas sean tratados como un solo plan bajo esta regulación, esta sección aplicará solamente al plan como un todo y la coordinación entre los contratos que lo compongan estará gobernada por los términos de los contratos. Si más de un "carrier" pagara o proveyera beneficios bajo el plan, el asegurador designado como primario dentro del plan será responsable por el cumplimiento del plan con este reglamento.
- c. Si una persona estuviera cubierta por más de un plan secundario las reglas relativas a la determinación del orden de beneficios de este reglamento decidirán el orden en el cual se determinarán los beneficios de los planes secundarios en relación de unos con otros. Cada plan secundario tomará en consideración los beneficios del plan o planes primarios y los beneficios de cualquier otro plan que bajo las reglas de este reglamento tenga sus beneficios determinados con anterioridad a los de ese plan secundario.
- B. (1) Excepto lo provisto en el párrafo (2) un plan que no contenga una provisión con respecto al orden de la determinación de beneficios que sea consistente con este reglamento, será siempre el plan primario a no ser que las provisiones de ambos planes irrespectivamente de lo provisto en este párrafo establecen con que el plan en cumplimiento es primario.
- (2) La cubierta que se obtenga mediante membresía en un grupo que haya sido designado para suplementar una parte de un paquete básico de beneficios podrá disponer que la cubierta suplementaria sea en exceso de cualquiera otra parte del plan provisto por el tenedor del contrato. Ejemplo de este tipo de situación será la cubierta de Gastos Médicos Mayores que sea súper impuesta sobre planes básicos de hospital y beneficios quirúrgicos y cubiertas tipo seguro que se redactan en conexión con un plan de red de proveedores para proveer beneficios fuera de la red.
- C. Un plan podrá tomar en consideración los beneficios pagados o provistos por otro plan solamente cuando las reglas provistas en este reglamento son secundarias a otro plan.

A. Determinación del orden de beneficios:

Cada plan determinará su orden de beneficios utilizando la primera de las reglas siguientes que aplique:

(2) **No Dependiente/ Dependiente**

- a. Sujeto a la sección B de este párrafo el plan que cubra la persona en un concepto distinto al de dependiente, ej. Como empleado, miembro, suscriptor, tenedor de póliza o retirado, es el plan primario y el plan que cubre la persona como dependiente será el plan secundario.

- (b) (i) Si la persona es un beneficiario de Medicare y como resultado del Título XVIII de la Ley del Seguro Social y su reglamento, Medicare es:

- D. Secundario al plan cubriendo la persona como dependiente y,

E. Primario al plan en un concepto distinto al de dependiente (ej.: empleado retirado,),

- (ii) Entonces, el orden de beneficios se invertirá de manera que el plan cubriendo la persona como empleado, miembro, suscriptor, tenedor de póliza o retirado es el plan secundario y el otro plan cubriendo la persona como dependiente es el plan primario.

**(3) Hijos Dependientes cubiertos bajo más de un plan**

En ausencia de un decreto judicial que establezca otra cosa, para planes cubriendo un hijo dependiente las Reglas relativas a la determinación del orden de beneficios serán como sigue:

- (a) Para un hijo dependiente cuyos padres estén casados o viviendo juntos (hayan o no estado casados): el orden de beneficios será:

(1) El plan del padre cuyo cumpleaños caiga más temprano en el año calendario será el plan primario; o

(2) Si ambos padres tienen la misma fecha de cumpleaños el plan que haya cubierto al padre por el término mayor será el plan primario.

- (l) Hijos Dependientes de padres separados o divorciados o que no vivan juntos (hayan o no estado casados):

a. Cuando exista un decreto judicial donde uno de los padres es responsable por los gastos de cuidado de salud del hijo dependiente y la cubierta de salud y el plan de ese padre tiene conocimiento de esos términos, ese plan será primario. Si el padre responsable no tuviera cubierta de salud, pero el cónyuge de este padre la tuviese el plan del cónyuge de ese padre será el plan primario. Esta sección no aplicará con respecto a ningún año póliza durante el cual se paguen o provean beneficios previos a que la entidad tenga conocimiento de hecho del decreto judicial.

b. Cuando un decreto judicial establezca que ambos padres son responsables por los gastos médicos y de salud o cubierta médica las provisiones del sub-párrafo (a) de este párrafo determinará el orden de beneficios; o

c. Si un decreto judicial establece que los padres tendrán custodia compartida sin especificar que uno de los padres será responsable por los gastos médicos o de salud del hijo dependiente las provisiones del sub-párrafo (a) de este párrafo determinará el orden de los beneficios; o

d. En ausencia de un decreto judicial que imponga responsabilidad por los gastos o cubierta médica de salud del hijo dependiente el orden de beneficios será:

- i. El plan del padre con la custodia del niño;
- ii. El plan del cónyuge del padre con la custodia del niño;
- iii. El plan del padre que no tiene la custodia del niño;
- iv. El plan del cónyuge del padre que no tiene la custodia del niño.

(II) Hijo dependiente cubierto bajo más de un plan de individuos que no sean sus padres el orden de beneficios se determinará según aplique con arreglo al sub-párrafo (a) o (b) de este párrafo como si esos individuos fueran los padres del niño.

**(3) Empleado activo o Retirado**

(a) el plan que cubre una persona como empleado activo es decir que no sea retirado ni cesanteado o como dependiente de un empleado activo será el plan primario. El plan que cubra esa misma persona como empleado retirado o cesanteado como dependiente de un empleado retirado o cesanteado será el plan secundario.

(b) si el otro plan no contiene esta regla y como resultado no concuerdan en el orden de determinación de beneficios, esta regla será ignorada.

(c) esta regla no tendrá aplicación si la regla en el párrafo (1) puede determinar el orden de beneficios

**(4) COBRA o Cubierta de Continuación de Beneficios**

(i) Si una persona cuya cubierta es provista con arreglo a COBRA o bajo el derecho de continuidad con arreglo a una ley estatal o federal es cubierta bajo otro plan, el plan cubriendo la persona como empleado, miembro, suscriptor, tenedor de póliza o retirado o cubriendo la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor, tenedor de póliza o retirado es el plan primario y el plan cubriendo esa misma persona con respecto a COBRA o bajo un derecho de continuidad con arreglo a una ley estatal o federal es el plan secundario.

(ii) Si el otro plan no contiene esta regla y como resultado no concurre en esta regla, esta regla no aplicará.

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

**(5) Período de cubierta mayor o menor**

(b) Si las reglas precedentes no determinaran el orden de beneficios, el plan que cubrió la persona por el mayor período de tiempo será el plan primario y el plan que cubrió la persona por el menor período será el

plan secundario.

- (c) Para determinar el período de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan, dos planes consecutivos serán tratados como uno si la persona cubierta fue elegible al segundo plan veinticuatro (24) horas después de que haya terminado la cobertura del primer plan.
- (d) El comienzo plan no incluye:
  - (i) Un cambio en la cantidad o el alcance de los beneficios de un plan;
  - (ii) Un cambio en la entidad que paga, provee o administra los beneficios del plan; o
  - (iii) Un cambio de un tipo de plan a otro, como de un plan de un solo patrono a un plan de múltiples patronos.
- (e) El período de tiempo por el cual una persona ha estado cubierta bajo un plan se calculará a partir de la primera fecha de cubierta de esta persona bajo ese plan. Si esa fecha no estuviera disponible para un plan grupal la fecha en que la persona se convirtió primero en miembro del grupo se utilizará como la fecha a partir de la cual se determinará el período de tiempo que esa persona ha estado cubierta bajo el presente plan en vigor.

Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de beneficios, los gastos permisibles serán compartidos en forma equitativa entre las partes

**10. DERECHOS BAJO LA LEY DE PROTECCIÓN A MADRES Y SUS RECIEN NACIDOS:** La ley federal de referencia dispone lo siguiente:

- (a) No se limitará la estadía de la madre o el recién nacido, que surge a consecuencia de un parto natural, a menos de 48 horas o a menos de 96 horas en caso de partos por cesáreas.
- (b) Las aseguradoras y planes grupales podrán, sin embargo, cubrir estadías menores a los períodos establecidos en el inciso (a), si el médico, luego de consultar a la madre, obtiene el visto bueno de ésta y ordena el alta de la madre o el recién nacido antes de cumplirse los términos indicados anteriormente.
- (c) Si la madre y el recién nacido son dados de alta en un período menor al dispuesto en el inciso (a) pero de conformidad con este inciso (b), la cubierta proveerá 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 para 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.

**11. DERECHOS PERSONALES:** La persona asegurada no podrá ceder, traspasar o enajenar en favor de terceras personas, ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de esta

Universidad Sagrado Corazón G-88598 CERT. GRUPAL 5/07- 50

póliza; disponiéndose, que PALIC se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que la persona asegurada, con su consentimiento expreso o implícito, permita que personas no aseguradas utilicen la tarjeta de asegurado expedida a su favor por PALIC; y disponiéndose además, que el recobro de tales gastos no impedirá que PALIC pueda cancelar el contrato de seguros en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la radicación de querrela para que se enjuicie criminalmente a la persona asegurada o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.

12. **EXAMENES FISICOS:** PALIC tendrá el derecho y la oportunidad de examinar, por su cuenta a la persona asegurada cuando y tan frecuentemente como razonablemente se requiera, mientras estuviese pendiente una reclamación con arreglo a esta póliza.
13. **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA EL ASEGURADO:** El proveedor no podrá facturarle al asegurado por los servicios cuyo pago haya sido denegado por PALIC por razón del incumplimiento de los criterios de razonabilidad y de necesidad médica establecidos por PALIC.
14. **IDENTIFICACIÓN:** PALIC expedirá una tarjeta a cada persona asegurada, la que será requisito presentar a cualquier proveedor participante de PALIC al cual se le soliciten servicios, para que los mismos estén cubiertos por la póliza. Además, deberá presentar una segunda identificación con fotografía.
15. **LÍMITE DE TIEMPO PARA CIERTAS DEFENSAS:**
  - a. Después de dos (2) años de expedida esta póliza, ninguna declaración falsa (excepto declaraciones fraudulentas) hechas por alguna persona asegurada bajo la póliza podrá ser utilizada para anular el seguro sobre su persona o denegar una reclamación por servicios que comiencen después de transcurrido dicho período de dos (2) años.
  - b. Ninguna reclamación por servicios que comiencen después de transcurridos dos (2) años desde la fecha de expedición de esta póliza, se reducirá o denegará por el fundamento de que, con anterioridad a la fecha de efectividad de la cubierta de esta póliza, existía una enfermedad o lesión física no excluida de la cubierta por su nombre o descripción específica, efectiva en la fecha del servicio.
16. **MODELOS PARA RECLAMACIONES:** PALIC suministrará a los profesionales y proveedores de servicio participantes los formularios correspondientes para la presentación de pruebas de servicios. En caso de que la persona asegurada reciba servicios cubiertos, de profesionales, o servicios que aún siendo prestados por participantes se paguen a base de indemnización, PALIC suministrará dichos formularios directamente a la persona asegurada al recibir el correspondiente aviso de reclamación. Si estos formularios no se suministran dentro de quince (15) días después de dado dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta póliza en cuanto a la prueba de servicios, si somete, dentro del tiempo fijado en la póliza para la presentación de pruebas de servicios, prueba por escrito cubriendo lo acaecido y la naturaleza y extensión de los servicios por los cuales se hace la reclamación.
17. **PAGO DE PRIMA:** Tanto el patrono como la persona asegurada serán responsables solidariamente

por el pago de la prima correspondiente a la póliza; disponiéndose, que dicha responsabilidad cubrirá toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme con la cláusula de TERMINACION de la misma.

En el caso de que la tarjeta de la persona asegurada no se devuelva a PALIC, conforme lo dispone la cláusula de TERMINACION de la póliza, PALIC 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 asegurada cuya tarjeta no haya sido devuelta; disponiéndose, que tanto el patrono como la persona asegurada serán responsables solidariamente por el pago de cualquiera de las dos cantidades reclamadas por PALIC, salvo las disposiciones contenidas en la CLAUSULA DE CONVERSION de la póliza. PALIC podrá utilizar los servicios de agencias de cobro para requerir el pago de cualquier deuda que exista con PALIC.

Disponiéndose, además, que el deudor se obligue a pagar los costos, gastos y honorarios de abogado, así como cualquier otra cantidad o gasto adicional que incurra PALIC para el cobro de la deuda.

PALIC 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 asegurada.

18. **PERÍODO DE GRACIA:** A no ser que por lo menos treinta y un (31) días antes de la fecha de vencimiento de la prima PALIC haya entregado al patrono o le haya remitido por correo a su última dirección, según aparezca en los archivos de PALIC, aviso escrito de su intención de no continuar en vigor esta póliza, mas allá del período por el cual se ha aceptado la prima, se concede un período de gracia de treinta y un (31) días para el pago de cada prima que venza después de la primera, período de gracia durante el cual la póliza continuará en vigor, pero el patrono será responsable a PALIC por el pago de la prima que se devengue por el período en que la póliza continué en vigor y por la devolución de todas las tarjetas de asegurado de sus empleados y dependientes tan pronto la póliza deje de estar en vigor.

19. **PRUEBAS DE SERVICIOS:** En caso de cualquier reclamación por servicios de parte de la persona asegurada, ésta deberá suministrar a PALIC 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 empleado asegurado consiente y autoriza a cualquier profesional o proveedor de servicios para que le sean suministrados a PALIC informes, que se mantendrán confidenciales, relacionados con el diagnóstico y los servicios suministrados a él o a cualquier dependiente asegurado, para ser utilizados única y exclusivamente para determinar los derechos y obligaciones contraídas dentro de la póliza.

20. **RECUPERACIÓN O RECOBRO DE PAGOS EN EXCESO O POR ERROR:** El asegurado podrá recibir pagos que no corresponden o en exceso a lo realmente debido. El asegurado tiene la

obligación de notificar a PALIC cuando se percate de ello. PALIC se comunicará con el asegurado cuando se percate que ha efectuado un pago equivocado o en exceso. PALIC tiene derecho a recuperar pagos en exceso o por error emitidos a favor de un asegurado hasta un período de dos (2) años contando a partir de la fecha en que PALIC emitió el pago.

21. **REINSTALACIÓN:** Si no se pagare alguna prima de renovación dentro del tiempo concedido al grupo para su pago, la subsiguiente aceptación de una prima por el asegurador o por algún agente debidamente autorizado por el asegurador para aceptar tal prima, sin requerir en relación con la misma una solicitud de rehabilitación, rehabilitará la póliza; sin embargo, si el asegurador o tal agente exige una solicitud de reinstalación y extiende un recibo condicional por la prima pagada, la póliza quedará reinstalada al aprobarse dicha solicitud por el asegurador, o, a falta de tal aprobación, al cuadragésimo quinto día siguiente a la fecha de dicho recibo condicional, a menos que el asegurador haya previamente notificado por escrito al asegurado la desaprobación de tal solicitud. La póliza 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 grupo y el asegurador tendrán los mismos derechos con arreglo a la póliza 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 período por el cual no se haya pagado prima previamente, pero no a ningún período mayor de sesenta días con anterioridad a la fecha de la reinstalación.

22. **TERMINACIÓN:** PALIC se reserva el derecho de terminar esta póliza en la fecha de vencimiento de cualquier prima mediante el envío al asegurado principal de una notificación por escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación. Además, PALIC se reserva el derecho de terminar esta póliza si la persona asegurada deja de residir, vivir o trabajar en el área de servicio según se define en esta póliza.

El asegurado principal podrá terminar esta póliza mediante el envío de una notificación por escrito a PALIC para tener efecto dicha terminación al recibo de la notificación o en cualquier fecha posterior que en el mismo se especifique; disponiéndose que el asegurado principal será responsable del pago de las primas hasta la fecha de terminación de la póliza. Inmediatamente luego de terminada la póliza el asegurado principal deberá devolver a PALIC su tarjeta de asegurado y las tarjetas de todos sus dependientes. La terminación no afectará a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de terminación.

En el caso de que la tarjeta de la persona asegurada no se devuelva a PALIC conforme lo dispuesto PALIC 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 asegurada cuya tarjeta no haya sido devuelta; disponiéndose que el asegurado principal será responsable por el pago de cualesquiera de las dos cantidades reclamadas por PALIC.

Si al momento de terminación la persona asegurada se encuentra hospitalizada PALIC asumirá la responsabilidad por los servicios de hospital de acuerdo con los términos de esta póliza durante el período de treinta y un (31) días siguientes a la fecha de terminación o hasta la fecha de alta de las dos fechas la que ocurra primero.

La persona asegurada podrá también continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un período



de transición de noventa (90) días, contado a partir de la fecha de terminación del plan o proveedor.

- (i) En los casos en que la persona asegurada se encuentre hospitalizado al momento de la referida fecha determinación 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.
- (ii) En caso de que la persona asegurada 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 fuese última.
- (iii) En caso de que la persona asegurada sea diagnosticada con una enfermedad terminal, antes de la fecha de terminación el 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 asegurados 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 para fines de control de calidad y entregar o transferir los correspondientes récords médicos de dichos pacientes al finalizar dicho período de transición.

**23. TIEMPO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES:** Los pagos por servicios que hayan de hacerse con arreglo a esta póliza, se harán prontamente después que se reciba prueba escrita fehaciente de dichos servicios.

**24. *WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT (WHCRA):*** Esta póliza 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 la asegurada y su médico y estaban sujetos a los co-pagos y deducibles establecidos en su póliza.

## RESUMEN DE DEDUCIBLES Y CO-PAGOS

<u>BENEFICIO</u>	<u>DEDUCIBLE</u>	<u>CO-PAGOS</u>
<b>Hospitalización</b>		
>Admisión General con pre-certificación	\$ 50.00	Ninguno
>Admisión General sin pre-certificación	\$250.00	Ninguno
<i>De no pre-certificar dentro de las primeras 48 hrs (787-999-7979)</i>		
>Cirugía ambulatoria	\$ 50.00	Ninguno
>Admisión Parcial	\$ 50.00	Ninguno
<b>Médico-Quirúrgico</b>		
Litotricia (Requiere pre-autorización)	Ninguno	25%
<b>Ambulatorio</b>		
>Visita al Generalista	\$ 5.00	Ninguno
>Visita al Especialista	\$ 8.00	Ninguno
>Visita al Sub-especialista	\$12.00	Ninguno
>Visitas Pre y Postnatales	\$ 8.00	Ninguno
>Visitas Psiquiatra	\$12.00	Ninguno
>Visitas Psicólogo	\$12.00	Ninguno
>Podiatra	\$12.00	Ninguno
>Quiropráctico Máximo dos (1) visitas x año	\$10.00	Ninguno
>Manipulación Quiropráctico (máx.8; exceso \$20.00)	\$10.00	Ninguno
>Vacunas hasta los (6) seis años de edad	\$ 5.00	Ninguno
>Vacunas Adultos	\$ 5.00	Ninguno
>Vacunas		
>Rhogán (por re-embolso)	Ninguno	20%
La siguiente estará cubierta durante el primer año de vida del niño asegurado:		
• Virus Sincitial Respiratorio (Synargis) (Max. 9 dosis)	Ninguno	50%
> Terapia Física (Máx.8 terapias; exceso a \$20.00)	\$10.00	Ninguno
> Terapia Respiratoria (Máx.8 terapias; exceso \$15.00)	\$ 8.00	Ninguno
>Uso de las facilidades de Sala de Emergencia [Presby 1ra Opción]		
Criterios Medicare		
- en caso de enfermedad	\$25.00	Ninguno
- en caso de accidente	\$25.00	Ninguno
>Rayos-X y Laboratorios	Ninguno	15%
<b>Las siguientes Pruebas Diagnosticas uno (1) a 40% de co-aseguro; exceso al 80% de co-aseguro:</b>		
>Electroencefalograma	Ninguno	40%
>Electrocardiograma	Ninguno	40%
>Electromiograma (EMG)	Ninguno	40%

## Continuación

### RESUMEN DE DEDUCIBLES Y CO-PAGOS

<u>BENEFICIO</u>	<u>DEDUCIBLE</u>	<u>CO-PAGOS</u>
>Estudios Cardiovasculares No Invasivos	Ninguno	40%
>Estudios Cardiovasculares Invasivos	Ninguno	40%
>Stress Test	Ninguno	40%
>Holter	Ninguno	40%
>Ecocardiograma	Ninguno	40%
>Electro Encefalograma de 24 Horas	Ninguno	40%
>Single Photon Emision	Ninguno	40%
>Topographic Brain Mapping	Ninguno	40%
>Sonografía	Ninguno	40%
>Endoscopia Digestiva	Ninguno	40%
>Endoscopia con Biopsia	Ninguno	Ninguno
>Endoscopia	Ninguno	40%
<b>Los siguientes Estudios Especializados uno (1) al 40% de co-aseguro; exceso aplica 80% de co-aseguro:</b>		
>Pet Scan / Pet CT / MRI / CT Scan	Ninguno	40%
>Prótesis (Máximo \$5000; exceso al 80% de co-aseguro).	Ninguno	50%
>Implante (Máximo \$5000; exceso al 80% de co-aseguro).	Ninguno	50%
>Quimioterapia y Radioterapia (Ambulatorio)	Ninguno	40%
>Diálisis y Hemodiálisis Máximo 90 días	Ninguno	20%
>Polisonografía / CPAP / BPAP (Máximo de \$1000; exceso al 80% de co-aseguro).	Ninguno	20%
>Biophysical Profile (Máx. 1 por embarazo)	Ninguno	Ninguno
>Esterilización para ambos sexos	Ninguno	50%
>Cirugía Bariátrica	Ninguno	25%
>Hospicio (máximo de 6 meses vitalicio, pacientes en etapa terminal con pronosis de 6 meses de vida o menos. Coordinado a través de PALIC).	Ninguno	20%
<b>Gastos Médicos Mayores</b>		
>Co-pago	Ninguno	20%
>Deducible en efectivo -por persona	\$100.00	Ninguno

## **DERECHOS RESPECTO A ERISA (EMPLOYEE RETIREMENT INCOME SECURITY ACT)**

En 1974, el Día del Trabajo en los Estados Unidos, se aprobó una ley para proteger los derechos de los trabajadores respecto al bienestar del empleado y sus beneficios de pensión. El título de esa ley es "Employee Retirement Income Security Act of 1974". La ley es conocida por sus iniciales - ERISA.

A menos que el plan esté exento de ERISA - como participante bajo el plan, El Asegurado tiene ciertos derechos y protecciones. Todos los participantes del plan pueden examinar, sin pagar cargo alguno, todos los documentos no confidenciales del Plan, incluyendo:

- A. Contratos de seguro;
- B. Acuerdos o contratos colectivos sindicales; y
- C. Copias de todos los documentos registrados por el Plan con el U.S. Department of Labor [Ministerio del Trabajo], tales como reportes anuales detallados.

Este examen puede ser efectuado en la(s) oficina(s) del Administrador del plan durante horas normales de negocio y, si aplica, en otras localidades, tales como el sitio de trabajo y locales sindicales, sin costo alguno. Se pueden obtener copias de los documentos mediante solicitud escrita al Administrador del Plan. El Administrador del Plan puede cargar un costo razonable por las copias de estos documentos.

Muchas personas tienen control sobre planes de beneficios para empleados. ERISA indica que estas personas - llamadas "fiduciarios" – deben actuar solamente en pro del interés de los participantes de planes y deben ser prudentes en desempeñar sus deberes respecto al plan. ERISA tiene también otras reglas especiales que limitan lo que a un fiduciario le es permitido hacer. Los fiduciarios que infringen ERISA pueden ser depuestos y tener que reembolsar las pérdidas que puedan haber causado al plan. Si los fiduciarios de su plan usan mal el dinero del plan, El Asegurado tiene derecho a demandarlos ante la corte federal o solicitar la ayuda del United States Department of Labor. La corte determinará quién debe pagar las costas y honorarios de la corte.

Nadie, ni su empleador, ni su sindicato u otra entidad o persona puede despedir a El Asegurado o de otra manera discriminar en su contra para prevenir que El Asegurado obtenga un beneficio de bienestar del empleado o ejerce sus derechos bajo ERISA.

Bajo ERISA, El Asegurado tiene el derecho de solicitar materiales respecto al plan y si no los recibe dentro de treinta (30) días, El Asegurado puede demandar ante una corte federal. En tal caso, la corte puede requerir que el Administrador del Plan le provea los materiales y pague a El Asegurado una multa computada por día hasta que El Asegurado reciba los materiales, excepto si los materiales no fueran enviados debido a razones fuera del control del Administrador del Plan.

### **Procedimientos para Someter Reclamos**

Cuando El Asegurado tenga un reclamo, debe dar aviso escrito del mismo dentro de noventa (90) días después de cualquier pérdida cubierta por el plan o tan pronto como sea razonablemente posible después de ocurrida. El Asegurado debe contactar al Administrador del Plan o a su Patrocinador del Plan respecto al procedimiento para someter su prueba de reclamo para proceso.

El Plan da al Supervisor del Plan la sola discreción para determinar la elegibilidad para beneficios y para proveer la decisión final respecto a la validez de un reclamo relativo a las estipulaciones contractuales después que tal revisión ha sido completada. El Supervisor del Plan tendrá tantos poderes y deberes como sea necesario para la apropiada administración del plan, incluyendo pero sin limitarse al poder de tomar decisiones con respecto a la aplicación e interpretación del plan. Las determinaciones del Supervisor del Plan serán finales, obligatorias y conclusivas para cada parte o persona interesada o involucrada.

**ESTA ESTIPULACIÓN ESTÁ SUJETA A LA LEY CONSOLIDATED OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT OF 1985 (COBRA) Y TODAS LAS LEYES SUBSECUENTES QUE AFECTAN ESTA LEY.**

Esta Estipulación aplica a un empleador que tiene veinte (20) empleados o más en un típico día laboral durante el Año Calendario previo si se proveía cobertura colectiva de salud a los Empleados.

Debido a lo compleja que es la ley llamada COBRA, esta Estipulación sólo incluye información que permita a un beneficiario hacer una determinación general de sus derechos bajo la ley. Esta Estipulación no es un relato detallado de la ley y no contiene el texto completo de la ley o regulaciones. Por lo tanto, es imperativo se obtenga consejería legal u otra consejería apropiada para información adicional necesaria.

Generalmente, todos los planes colectivos de salud con más de veinte (20) empleados son directamente afectados bajo COBRA o bajo una ley federal que COBRA pueda haber enmendado. Los únicos planes que pueden estar exentos son los planes colectivos de salud de la Iglesia, el estado y el gobierno local y planes mantenidos por el Gobierno del Distrito de Columbia o cualquier territorio o posesión de los Estados Unidos. Para saber si su plan es o no exento, puede contactar a su empleador o Administrador del Plan.

Un individuo puede ser elegible para cobertura si el día anterior a un evento que lo califica él estaba cubierto bajo el plan colectivo de salud de su empleador. Si perdió la cobertura debido a un evento que lo califica, la continuación de cobertura puede estar disponible por un cierto período de tiempo. Los extranjeros no residentes que no reciben ingreso alguno de los Estados Unidos no son beneficiarios calificados y no pueden continuar bajo COBRA.

El término "beneficiario calificado" significa, respecto a un empleado cubierto, cualquier otro individuo que, en el día anterior al evento que califica a ese empleado, es un Beneficiario bajo el plan como:

- a. Cónyuge del empleado cubierto;
- b. Hijo Dependiente del empleado cubierto;
- c. Cónyuge sobreviviente del empleado cubierto; o
- d. Hijo nacido o adoptado por el empleado cubierto durante un período bajo cobertura COBRA.

El término "evento que califica" significa, con respecto al empleado cubierto, cualquiera de los siguientes eventos, que resultaría(n) en la pérdida de la cobertura de un beneficiario calificado.

**Eventos que Califican y Períodos Máximos de Continuación:**

1. 18 Meses:

- Terminación del empleo del Empleado cubierto (excepto por mal comportamiento)
- Reducción de las horas de trabajo del Empleado cubierto.

2. 36 Meses:

- Muerte del Empleado cubierto.
- Separación legal o divorcio del Empleado cubierto y su cónyuge.
- Derecho del Empleado cubierto a Medicare.
- Hijo Dependiente que deja de serlo bajo los términos del Plan.

3. 29 Meses:

- Sólo aplica si el evento que califica fue terminación del empleo (excepto por mal comportamiento/ conducta) o reducción en horas de trabajo que permita un período de continuación de dieciocho (18)

meses.

A fin de calificar para los once (11) meses de cobertura adicional, la Administración del Seguro Social debe determinar que el Beneficiario calificado estaba incapacitado al momento de la terminación o reducción en horas de trabajo o que el Empleado cubierto o Beneficiario calificado quedó incapacitado en cualquier momento durante los sesenta (60) días de continuación de la cobertura COBRA. Si el Empleado cubierto o Beneficiario calificado con derecho a once (11) meses adicionales de cobertura tiene miembros de familia no incapacitados que tienen derecho a la continuación de cobertura COBRA, esos miembros de familia no incapacitados también tienen derecho a los once (11) meses adicionales de cobertura. Si se determina que el Empleado cubierto o Beneficiario calificado está incapacitado, el Empleado cubierto o Beneficiario calificado debe dar aviso al administrador del plan dentro de sesenta (60) días de la determinación del Seguro Social y antes del final del período original de continuación de dieciocho (18) meses. El administrador del plan puede cobrar un monto adicional por esta cobertura.

La cobertura termina si un Empleado cubierto o Beneficiario calificado se recupera de su incapacidad durante el período de once (11) meses. El Empleado cubierto o Beneficiario calificado es responsable de notificar al administrador del plan dentro de treinta (30) días de la fecha cuando la Administración del Seguro Social ya no encuentra que la incapacidad exista. La cobertura puede terminar en el mes que comienza más de treinta (30) días después de la fecha de determinación de la Administración del Seguro Social.

#### 4. Cierta Procedimiento de Bancarrota [Quiebra] bajo el Título 11, Código de los Estados Unidos:

Bajo este procedimiento especial, pérdida de cobertura significa una eliminación sustancial de cobertura dentro de un (1) año antes o después que el empleador ha entrado en un proceso de bancarrota [quiebra].

Para el propósito de este procedimiento especial, un Beneficiario calificado puede ser un Empleado cubierto que se jubiló en o la fecha de la pérdida de cobertura o antes, y cualquier otro individuo que en la fecha previa al evento era:

- a. Cónyuge del empleado cubierto;
- b. Hijo Dependiente del empleado cubierto;
- c. Cónyuge sobreviviente del empleado cubierto; o
- d. Hijo nacido o adoptado por el empleado cubierto durante un período bajo cobertura COBRA.

Parece que la cobertura puede continuar hasta la muerte del Empleado cubierto o Beneficiario calificado, o hasta por treinta y seis (36) meses para cónyuge sobreviviente o Hijo(s) Dependiente(s) del Empleado cubierto, después de la fecha de la muerte del Empleado cubierto.

Como las Leyes de Bancarrota [Quiebra] y de COBRA son dos (2) leyes bien distintas y únicas, debe obtenerse consejería legal antes de iniciar determinaciones y acciones bajo esto como evento que califica.

### **Notificación y Elección**

#### **Terminación, Reducción de Horas, Muerte, Bancarrota [Quiebra]**

El Participante del Plan debe notificar al administrador del plan dentro de treinta (30) días del evento que califica. El administrador del plan entonces proveerá aviso escrito al Empleado cubierto o Beneficiario calificado dentro de catorce (14) días. El Empleado cubierto o Beneficiario calificado debe entonces elegir la cobertura COBRA dentro de sesenta (60) días. El período de elección terminará sesenta (60) días después de la fecha del evento que califica o sesenta (60) días después de la fecha en que se recibió el aviso escrito, lo que sea más tarde. Además, la prima requerida debe ser pagada dentro de cuarenta y cinco (45) días después de la fecha de elección.

## Divorcio, Separación Legal o Inelegibilidad de un Dependiente bajo el Plan

Cada Empleado cubierto o Beneficiario calificado debe notificar al empleador o administrador del plan dentro de sesenta (60) días del evento. Si el aviso no se envía al empleador o administrador del plan dentro de sesenta (60) días, el plan colectivo de salud no tiene que ofrecer al Beneficiario calificado una oportunidad de elegir continuación de cobertura. Una vez que el administrador del plan sea notificado del evento, el administrador del plan dará aviso escrito al Beneficiario calificado. El Beneficiario calificado debe entonces elegir la cobertura COBRA dentro de sesenta (60) días. El período de elección termina sesenta (60) días después de la fecha del evento que califica o sesenta (60) días después de la fecha en que el aviso escrito sea recibido, lo que ocurra más tarde. Además, la prima requerida debe ser pagada dentro de cuarenta y cinco (45) días de la fecha de elección.

La notificación a un individuo calificado como cónyuge del Empleado cubierto, será considerada como notificación a todos los otros beneficiarios calificados residiendo con tal cónyuge al momento de la notificación.

Cada Beneficiario calificado tiene la oportunidad de hacer su elección independiente. Sin embargo, si el Beneficiario calificado que es cónyuge de un Empleado cubierto hace una elección para proveer a cualquier otro Beneficiario calificado la cobertura COBRA, tal elección será obligatoria para ese Beneficiario calificado.

### ***Renuncia***

Si un Empleado cubierto o Beneficiario calificado renuncia al derecho de continuar bajo COBRA y después revoca la renuncia, debe hacerlo dentro del período de elección. No se le proveerá cobertura durante el período de tiempo cuando la cobertura fue renunciada. Renuncias y revocaciones se consideran hechas en la fecha en que son enviadas al empleador o al administrador del plan.

### ***Otras Razones por las que Puede Terminar la Cobertura de COBRA***

La continuación de cobertura COBRA puede terminar antes del período máximo de continuación, debido a cualquiera de los siguientes eventos:

- a. El primer día en que el pago de la prima no se efectúa puntualmente.
- b. La fecha en que el empleador cesa de mantener cualquier plan colectivo de salud.
  - ✓ La fecha en que el Empleado cubierto o Beneficiario calificado es cubierto bajo cualquier otro plan colectivo de salud, sea o no que el nuevo plan contenga períodos de limitación con respecto a cualquier condición pre-existente, siempre que tal período de limitación no se aplique al Empleado cubierto o Beneficiario calificado.
  - ✓ La fecha en que el Empleado cubierto o Beneficiario calificado tenga derecho a Medicare. Sin embargo, este evento por sí mismo puede no terminar la cobertura para un Empleado cubierto o Beneficiario calificado que tenga Enfermedad Renal en su Fase Final. "Tener Derecho" significa – haber presentado Solicitud y calificado para Medicare.
  - ✓ La fecha en que la cobertura terminaría para Empleados activos en similar situación a quienes no ha ocurrido un evento que califica.

Cualquier cobertura alternativa de continuación no extenderá el período máximo de cobertura COBRA y correrá conjuntamente con la continuación COBRA.

Cuando la cobertura de un Empleado cubierto o Beneficiario calificado termina bajo COBRA, y si el plan

provee el derecho de conversión a un plan de salud, el Empleado cubierto o Beneficiario calificado tendrá derecho al privilegio de conversión.

Para información adicional respecto a COBRA, favor contactar al administrador del plan. Si se desea más información, ponerse en contacto con:

**U.S. Department of Labor, Pension and Welfare Benefits Administration**  
200 Constitution Avenue, N.W. - Room N-5658  
Washington, DC 20210.



**CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:**  
**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 en Servicios de Salud**

Todo individuo tiene derecho a recibir los servicios médicos de la más alta calidad, consistentes con los principios generalmente aceptados en la práctica de la medicina.

**Derechos en cuanto a la obtención y divulgación de información**

Tienes derecho a recibir información cierta y confiable y de fácil comprensión sobre tu plan de salud tal como:

- Primas y deducibles a pagar
- Directorio de proveedores
- Acceso a especialistas y a servicios de emergencia
- Proceso de pre-autorizaciones y querellas

**Derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores**

Todo individuo tiene derecho a la libre selección de sus proveedores de servicios de salud entre los proveedores contratados por el asegurador. La red de proveedores debe ser adecuada y suficiente para garantizar el acceso, sin demora irrazonable a todos los servicios cubiertos incluyendo especialistas bajo el plan de salud.

**Derecho del paciente a la continuación de servicios de cuidado de salud**

En caso de cancelación del proveedor o que el patrono cese de proveer plan de salud, el asegurado tiene que ser notificado con treinta (30) días de anticipación. En caso de cancelación, al asegurado tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios por un periodo de transición de 90 días. En caso de una mujer embarazada y la cancelación ocurre en el segundo trimestre, el periodo de transición se extenderá hasta la fecha de alta de la madre después del parto o de la fecha de alta del neonato, la que fuere última. En caso de pacientes terminales el periodo de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente o 6 meses lo que sea menor.

**Derecho en cuanto al acceso a servicios y facilidades de emergencia**

Tienes derecho a acceso libre e irrestricto a servicios y facilidades de emergencia cuando y donde surja la necesidad y sin previa autorización de parte de la aseguradora.

**Derecho a participar en la toma de decisiones sobre tu tratamiento**

- Derecho a participar o que una persona de tu confianza participe plenamente de las decisiones sobre tu cuidado médico.
- Recibir toda la información necesaria y las opciones de tratamiento disponibles, los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones.
- Tu proveedor de servicios de salud deberá respetar y acatar tus decisiones y preferencias en cuanto a tu tratamiento.
- Ningún plan de cuidado de salud te puede imponer cláusulas de mordaza, penales u otros mecanismos que interfieran con la comunicación médico-paciente.
- Todo médico o profesional de la salud te deberá proveer la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos x o medicamentos para que puedas escoger la facilidad en la que recibirás tus servicios.

**Derecho en cuanto a respecto y trato igual**

Derecho en cuanto a recibir un trato igual de cualquier proveedor de servicios de salud en todo momento, sin importar raza, color, sexo, edad, religión, origen, ideología, incapacidad, información médica, genética, condición social, orientación sexual o capacidad o forma de pago.

**Derecho a confidencialidad de información y récord médicos**

- Puedes comunicarte libremente y sin temor con tus proveedores de servicios médicos.
- Tener la confianza de que tus récords médicos serán mantenidos en estricta confidencialidad y no serán divulgados sin tu autorización y únicamente para fines médicos o de tratamiento a menos que sea requerido por orden judicial o autorización específica de la ley.
- Derecho a acceder o a copiar tu expediente médico de ser necesario, en un periodo que no excederá de cinco (5) días laborales, mediante el pago de un costo razonable el cual no excederá de setenta y cinco (.75) centavos por página hasta un máximo de veinticinco (25) dólares por récord médico.

**Derecho en cuanto a quejas y agravios**

- Todo proveedor de servicios de salud o asegurador tendrá disponible un procedimiento para resolver de manera rápida y justa cualquier queja que un asegurado presente y tendrá mecanismos de apelación para la reconsideración de las determinaciones.

**Tu Responsabilidad como paciente es:**

- Proveer la información necesaria sobre planes médicos y el pago de cualquier cuenta. Conocer las reglas de coordinación de beneficios e informar al asegurador cualquier instancia o sospecha de fraude contra el seguro de salud.
- Proveer la información más completa y precisa sobre tu condición de salud, incluyendo enfermedades anteriores, medicamentos, etc. Participar en toda decisión relacionada con tu cuidado médico.
- Adoptar un estilo de vida saludable.
- Informar al médico cambios inesperados en tu condición.
- Hacer saber que entiendes claramente el curso de acción recomendado por el profesional de salud.
- Proveer copias de tu declaración previa de voluntad en la cual establezcas tus deseos sobre recibir o no tratamiento médico para prolongar la vida.
- Informar al médico si anticipas problemas con el tratamiento prescrito.
- Reconocer la obligación del proveedor de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.
- Ser considerado, de modo que las necesidades del hospital, de otros pacientes, la facultad médica y otros no sean afectados por tus actuaciones particulares.
- Resolver cualquier diferencia a través de los procedimientos establecidos por la aseguradora.
- Conocer los riesgos y límites de la medicina.
- Conocer la cobertura, opciones y beneficios y otros detalles del plan de salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos de tu plan de salud.

## PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (PAE)

Este Endoso forma parte de la Póliza del grupo Universidad Sagrado Corazón G-88598 y se emite en consideración al pago por adelantado de las primas correspondientes. Además está sujeto a términos y condiciones de la póliza que no estén en conflicto con los términos y condiciones del Endoso.

### PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

Si una persona cubierta recibe servicios de un Proveedor Participante del Programa de Asistencia al Empleado, tales servicios, según se definen en servicios cubiertos serán suministrados a la persona cubierta sin deducible o co-pago, sujeto a las siguientes limitaciones:

1. Durante el periodo del Beneficio, un empleado y sus dependientes cubiertos están limitados a un máximo de (8) sesiones e igual número para cada miembro del núcleo familiar.

### SERVICIOS CUBIERTOS AL PARTICIPANTE

1. Sesiones privadas por el tiempo que sea necesario.
2. Servicios profesionales confidenciales suministrados por un participante del Programa de Asistencia al Empleado por:
  - a. Dependencia de drogadicción y alcoholismo
  - b. Violencia Doméstica
  - c. Ansiedad
  - d. Depresión
  - e. "Stress"
  - f. Conflictos Interpersonales
  - g. Conflictos Familiares
  - h. Planeamiento Financiero
  - i. Conflictos de Edad
3. Manejo de crisis y emergencia a través del "beeper" de emergencia 24 horas al día/7 días a la semana.

### LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Esta cubierta excluye los siguientes servicios:

1. Servicios ofrecidos por un proveedor no participante.
2. Servicios ofrecidos a una persona cubierta en el hogar o cualquier otra facilidad no usada por un proveedor participante de Programa PAE.
3. Evaluación Industrial o Clínica
4. Terapia de grupo
5. Bio feedback
6. Evaluación psicométrica
7. Psicoterapia larga o especializada
8. Hospitalización o tratamiento médico o psiquiátrico ambulatorio
9. Evaluación médica
10. Medicamentos
11. Laboratorio RX ó MRI

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO

  
SEGURO COLECTIVO INTERNACIONAL



INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO

*Confianza toda la vida. People you can trust for life.*

## ENDOSO LINEA DE SALUD

Este Endoso forma parte de la Póliza del grupo Universidad Sagrado Corazón G-88598 y se emite en consideración al pago por adelantado de las primas correspondientes. Además está sujeto a términos y condiciones de la póliza que no estén en conflicto con los términos y condiciones del Endoso.

Servicio telefónico de Enfermeras las 24 horas al día los siete días a la semana,

### LINEA DE SALUD- PALIC

PALIC le da acceso a un servicio telefónico atendido por enfermeras graduadas diseñado para ayudarle a usted y a los que usted ama a jugar un papel más activo en el cuidado de la salud a través de éstos servicios gratuitos:

- Consejo Enfermero (a)
- Biblioteca de Información de Salud

No importa donde se encuentre, usted está a sólo una llamada telefónica de la red de información de salud que necesita.

*Llame Gratis al 1-877-582-7061*

Para hablar con nuestros (as) enfermeras Graduado(as).

- Disponible 24 horas al día, 365 días al año.
- A sólo una llamada Gratuita

Si usted tiene una situación médica urgente (pero no de emergencia) y necesita consejo profesional, llame a la Línea Gratuita de Asistencia de Enfermeros (as). Ninguna pregunta es demasiado pequeña.

Las respuestas a preguntas específicas pueden conducir a:

- Dirección para auto-tratamiento en casa;
- Visitas inmediatas o previstas a la oficina de su médico;
- Tratamiento de Emergencia.

Recuerde, si usted piensa que experimenta una emergencia llame al 911 inmediatamente. Si usted simplemente necesita información de cómo tratar con una situación médica llame.



INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO

*Confianza toda la vida. People you can trust for life.*

Usted puede tener acceso a la información en cientos de temas de salud anónimamente por teléfono. Llame a la línea gratuita de consejo de enfermero(a) y pida la información grabada, enviada por correo o vía fax sobre:

- Tópicos generales de Salud, tales como vejez, cáncer, ejercicio y buena salud.
- Temas de consejos paternos, como prevención de accidentes, cuidado infantil, heridas y problemas de sueño.
- Temas de salud femenina, tales como alergias, ginecología, menopausia y obstetricia.
- Temas complementarios de medicina tales como medicina herbaria y aromaterapia.

**PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO**

  

---

**SEGURO COLECTIVO INTERNACIONAL**

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY OF PR  
ENDOSO

BENEFICIO DE RENTA BAJO EL SISTEMA FARMACEUTICO POR TARJETA

MEDCO – PRESBY PHARMACY ONLY

APLICABLE A EMPLEADOS Y FAMILIARES DEPENDIENTES

Sujeto a los términos y condiciones de la póliza, un empleado o familiar dependiente, mientras se encuentre asegurado bajo la misma, tendrá derecho a obtener medicamentos o drogas elegibles (Drogas de Leyenda)\* por medio de la presentación de su tarjeta correspondiente, después de haberse aplicado un deducible de \$5.00 por medicamento, Preferred Brand 50%, Non Preferred Brand 80%, Non Preferred Brand Acute 50%, Specialized/Biotech 80%, Specialized/Biotech Express Scripts Specialty Program Only.

- PRESBY'S Pharmacy Only
- Outside PRESBY 80% de co-aseguro.
- Exceso de \$2500.00 al 80% de co-aseguro.

MEDICAMENTOS CUBIERTOS (PMB) Express Scripts MAC-A

**MAC A:** La cubierta de medicinas del Plan Mac-A es una de bio-equivalentes mandatarios. Si el paciente recibe una droga de marca cuando el genérico bioequivalente esta disponible, el paciente paga la diferencia entre el costo de la droga de marca y la droga genérica, más el co-pago del paciente.

Los medicamentos o drogas cubiertos bajo este Beneficio son los siguientes:

1. Algunos comprendidos bajo "Drogas de Leyenda", la insulina inyectable, bajo prescripción médica solamente, y aquellos medicamentos o drogas compuestas en los cuales al menos uno de los ingredientes es una "Droga de Leyenda" prescrita. Véase Exclusiones.
2. Cualquier otro medicamento o droga que, bajo la correspondiente Ley Estatal, pueda ser dispensada únicamente bajo la prescripción escrita de un médico o dentista legalmente autorizado para ejercer dicha profesión. Véase Exclusiones.
3. Los agentes psicoterapéuticos estarán cubiertos. Los mismos se pre-autorizarán y únicamente se aceptarán recetas del psiquiatra.

FORMA 3640 REV  
PLAN #9328  
Rev. (3/99)

DED AÑO POLIZA  
DED POR MEDICAMENTO  
CO-ASEGURO



INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO

*Confianza toda la vida. People you can trust for life.*

## EXCLUSIONES

### (El Plan No Cubre)

- A. Contraceptivos orales o en cualquier forma, aún cuando sean recetados por un médico autorizado con fines terapéuticos.
- B. Medicinas para la infertilidad o impotencia, o drogas con propósitos afrodisíacos. Ej. Yohimbina. No importa para que otro uso sean recetadas.
- C. Hormonas anabólicas, Hormonas para el crecimiento (Ej. Protropin (Somatren)), Drogas sicoterapéuticas (tranquilizantes, antidepresivos, preparaciones litio, sedantes hipnóticos), Sedantes Barbitúricos, Analgésicos Narcóticos (Ej. Percodan) y Analgésicos: Nubain y Stadol. Soluciones para lentes de contacto.
- D. Medicinas con fines de embellecimiento o cosméticos, aún cuando sean recetadas y contengan la leyenda federal (Ej. Retin A., Rogaine).
- E. Productos denominados "Over the Counter" (OTC).
- F. Drogas para el tratamiento de alcoholismo (Ej. Antabuse), Drogas Anoréxicas o drogas para el control de peso, hormonas del crecimiento, tales como Protropin (Somatren) o alguna fórmula que se use para el crecimiento, Loniten, Minoxidil en cualquier forma de presentación, drogas específicas para el tratamiento del Sida.
- G. Vacunas, Factor RH (Ej. Hydro D.), Vacunas Hipoalergénicas, Plasma Sanguíneo, Suero de Sangre y sustancias relacionadas.
- H. Productos utilizados con propósito de diagnóstico no están cubiertos (Ej. Clinites, Ketostix, Telepaque)
- I. **NO CUBRE REPETICIONES, excepto lo que se indica en las limitaciones del despacho.**
- J. Cargos por la administración o por poner inyecciones de cualquier medicina.
- K. Equipos o aparatos terapéuticos, incluyendo agujas hipodérmicas, jeringuillas, prendas de soporte y otras sustancias no-médicas, aún cuando para comprar los mismos se necesite una receta escrita.

FORMA 3640 REV  
PLAN # 9328  
Rev. (3/ 99)

DED AÑO POLIZA  
DED POR MEDICAMENTO  
CO-ASEGURO

## EXCLUSIONES CONTINUACION

- L. Recetas para las cuales el empleado pueda ser compensado bajo las leyes de compensación del trabajo, leyes de responsabilidad del patrono, no importa su jurisdicción o por la cual el empleado sin costo alguno recibe reembolso de cualquier agencia del gobierno federal, estatal o municipal, o subdivisión de estos como ACAA.
- M. Medicinas rotuladas "Caution-Limited by Law to Investigational Use" o drogas de experimentación, aún cuando se le haga algún cargo al individuo.
- N. Medicinas que tienen que ser tomadas o administradas en dosis completas o dosis parciales, mientras el empleado o dependiente está hospitalizado o en un hogar de convalecencia, sanatorio, tratamiento ambulatorio, hospital de convalecencia o cualquier institución similar, la cual en sus predios se le permite operar una facilidad para dar medicinas o productos farmacéuticos.
- O. Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de ley.
- P. Recetas por las cuales una persona elegible no tiene que pagar.
- Q. Medicinas por las cuales el suscriptor pueda ser compensado bajo cualquier ley o por las cuales queda recibir reembolso de cualquier agencia del gobierno federal, estatal o municipal.
- R. Medicamentos reguladores del apetito y para el control de la obesidad, incluyendo la obesidad mórbida y otros medicamentos utilizados con esos fines.
- S. Medicamentos para combatir el hábito de fumar.
- T. Agentes inmunizantes, vacunas para el factor sanguíneo RH, vacunas de alergia, inmunomoduladores, inmunosupresores y anticoagulantes inyectables.
- U. Agentes pigmentantes o depigmentates.
- V. Escabicidas y pediculicidas.
- W. Vitaminas y suplementos nutricionales.
- X. Vitaminas y suplementos nutricionales.
- Y. Implantes o dispositivos que liberan medicamentos (Ej. Norplant, oladez, etc.).
- Z. Medicamentos y productos de fluoruro para uso dental.
- AA. Repeticiones ordenadas por un dentista.
- BB. Medicamentos y sustancias utilizadas para realizar pruebas diagnósticas.
- CC. Gastos por medicamentos nuevos no catalogados como experimentales ni aquellos para usos en investigación que surjan en el mercado, no estarán cubiertos hasta que los mismos serán evaluados y aprobados por el Plan para ser incluidos en la cubierta.
- DD. Medicamentos para el acné o con fines cosméticos o mezclas que contengan el mismo.
- EE. Medicamentos para el tratamiento de alcoholismo.
- FF. Medicamentos biotecnológico.
- GG. Medicamentos para tratar la Esclerosis Múltiple.



- HH. Medicamentos para tratar el Alzheimers.
- II. Antiheméticos (Ej. Emed).
- JJ. Sangre, plasma y productos relacionados.
- KK. Tratamiento para Hepatitis.
- LL. Vitaminas excepto pre-naturales.
- MM. Medicamentos para enfermedades de Gaucher.
- NN. Toxinas de botulismo.
- OO. Agentes formadores de hueso (EEj.Forteo).
- PP. Medicamentos para controlar la adicción a sustancias.
- QQ. Glatiramer.
- RR. Palivizumab (Ej. Synagis).
- SS. Tratamiento terapéutico para tuberculosis.
- TT. Agentes narcolépticos.
- UU. Interferon.
- VV. Tratamiento para soriasis.

Los agentes psicoterapéuticos estarán cubiertos, los mismos se pre-autorizarán y únicamente se aceptarán recetas del psiquiatra.

FORMA 3640 REV  
PLAN # 9328

P.C.S.  
DED AÑO POLIZA  
DED POR MEDICAMENTO  
CO-ASEGURO

## LIMITACIONES EN LA CANTIDAD DEL DESPACHO

La cantidad usual que prescriba un médico autorizado, pero sin exceder la cantidad máxima de 15 DIAS (quince) de medicación por cada vez, con excepción de las drogas de mantenimiento que se mencionan en la **tabla adjunta a este documento**, donde el despacho será de 30 días de medicación por cada vez y cubrirá repeticiones, autorizadas por escrito, hasta seis meses desde la fecha de la receta original. Las siguientes drogas, pero en cantidades que no excedan 30 días de medicación por cada vez.

- A. Tiroide y sus derivados
- B. Nitroglicerina
- C. Medicamentos para cardíacos (Diuréticos, Digital, Hipotensores, bloqueadores (Alphay Beta)
- D. Medicamentos para Diabetes
- E. Medicación Anti-Parkinson
- F. Anticonvulsivos
- G. Hormonas del sexo
- H. Dilatoadores Bronquiales (Ej. Beta Agonist, Anticholinergic, Xanthines, Cromolyn, Mycolytics, steroides, Inhaladores y Simpaticomisméticos).
- I. Agentes reductores de colectorol
- J. Raloxifene (e.g Evista )
- K. Alendronate sodium (e.g. Fosomax)

FORMA 3640 REV  
PLAN # 9328  
Rev. (3/ 99)

DED AÑO POLIZA  
DED POR MEDICAMENTO  
CO-ASEGURO

## PLAN 9328 LISTADO DE CATEGORIAS TERAPEUTICAS CUBIERTAS BAJO EL PLAN DE MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO

El despacho será de 30 días por medicación por cada vez y cubrirá repeticiones, autorizadas por escrito, hasta seis meses desde la fecha de la receta original. Las siguientes drogas pero en cantidades que no exceda 30 días de medicación por cada vez.

ANTIPARKINSONISM AGENTS

ANTICONVULSANTS

ANTIARRHYTHMIC AGENTS

CARDIAC GLYCOSIDES

RAPID ACTING NITRATES

LONG ACTING NITRATES

ANTICOAGULANTS

ANTIPLATELET DRUGS

HEPARIN

VITAMIN K

HEMOSTATICS

MISCELLANEOUS COAGULATION AGENTS

THIAZIDE & RELATED DIURETICS

BETA BLOCKERS

CALCIUM CHANNEL BLOCKERS/NON-DIHYDROPYRIDINES

CALCIUM CHANNEL BLOCKERS/DIHYDROPYRIDINES

ACE INHIBITORS

ADRENERGIC ANTAGONIST & RELATED DRUGS

AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA

VASODILATORS

OTHER ANTIHYPERTENSIVE COMBINATIONS

ANGIOTENSIN II RECEPTOR BLOCKERS Z7 RENIN INHIBITOR

LIPID/CHOLESTEROL LOWERING AGENTS

MISCELLANEOUS CARDIOVASCULAR AGENTS

ANTITHYROID AGENTS

## **PLAN 9328 LISTADO DE CATEGORIAS TERAPEUTICAS CUBIERTAS BAJO EL PLAN DE MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO**

El despacho será de 30 días por medicación por cada vez y cubrirá repeticiones, autorizadas por escrito, hasta seis meses desde la fecha de la receta original. Las siguientes drogas pero en cantidades que no exceda 30 días de medicación por cada vez.

THYROID HORMONES

ANDROGENS

INSULIN THERAPY

NON-INSULIN HYPOGLYCEMIC AGENTS

GLUCOSE ELEVATING AGENTS

PROTON PUMP INHIBITORS

OSTEOPOROSIS THERAPY

PROGESTINS

ESTROGENS

ENTROGEN COMBINATIONS

XANTHINES

BETA AGONISTS ORAL

BETA AGONISTS INHALERS

INHALED CORTICOSTEROIDS

MISCELLANEOUS PULMONARY AGENTS

**PLAN 9328 LISTADO DE CATEGORIAS TERAPEUTICAS PRE AUTORIZADAS BAJO EL  
PLAN DE MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO**

Los agentes psicoterapéuticos estarán cubiertos. Los mismos se pre-autorizarán y únicamente se aceptarán recetas del psiquiatra

HIV/AIDS THERAPY

HYPNOTIC AGENTS

TRICYCLICS

MISCELLANEOUS ANTIDEPRESSANTS

MAO INHIBITORS

SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS

PHENOTHIAZINES

BUTYROPHENONES

MISCELLANEOUS ANTIPSYCHOTICS

MISCELLANEOUS PHYCHOTERAPEUTIC AGENTS

**MISCELLANEOUS RETAIL AND MAIL MDL DRUG LIST**

Category	Medications	Dosage Form	MEDCO MDL (Retail)	MEDCO Retail Day Supply	MEDCO MDL (Home Delivery)	MEDCO Home Delivery Day Supply
<b>Anti-Emetics*</b>	Zofran Tab & ODT	4mg & 8 mg	168 mg = 42 tab & 21 tab (respectively)	30	504mg=126 tab and 63 tab (respectively)	90
	Zofran tab	24mg	168mg=7 tab	30	504mg=21 tab	90
	Kytril	1mg	14mg=14 tab	30	42mg=42 tab	90
	Anzemet	50mg & 100mg	700mg=14 tab and 7 tab (respectively)	30	2100mg=42 tab and 21 tab (respectively)	90
	Emend	125mg	2 caps	28	4 caps	84
	Emend	80mg	8caps	28	16 caps	84
	Emend	Trifold pack	2 packs (6 caps)	28	4 packs (12 caps)	84
	Emend	40mg	1 cap	30	2 caps	90
<b>Anti-infective</b>	Diflucan	150mg tablet	2	30	6	90
<b>Anti-Influenza</b>	Relenza	5mg/inhalation Rotadisk	20 units (5 days)	180	20 units (5 days)	180
	Tamiflu	75mg capsule	10 caps(5 days)	180	10 caps (5 days)	180
	Tamiflu	12mg/ml suspension	75ml (5 days)	180	75ml (5 days)	180
<b>Migraine</b>	Amerge (naratriptan)	1mg tablet	12	30	36	90
	Amerge (naratriptan)	2.5mg tablet	8	30	24	90
	Axert (almotriptan)	6.25mg tablet	12	30	36	90
	Axert (almotriptan)	12.5 mg tablet	8	30	24	90
	Frova (frovatriptan)	2.5mg tablet	12	30	36	90
	Imitrex Inj. (sumatriptan)	4mg syringe	12 syr (6 kits)	30	36 syr (18 kits)	90
	Maxalt (rizatriptan)	5mg tablet	12	30	36	90
	Maxalt MLT (rizatriptan)	5mg tablet	12	30	36	90
	Maxalt (rizatriptan)	10 mg tablet	12	30	36	90
	Maxalt MLT (rizatriptan)	10 mg tablet	12	30	36	90
	Migranal NS (dihydroergotamine)	1ml ampules contain 4mg DHE	8 amps (1 pkg)	30	24 amps (3pkg)	90
	Relpax	20mg	12	30	36	90
	Relpax	40mg	12	30	24	90
	Zomig (zolmitriptan)	2.5mg tablet	12	30	36	90
	Zomig (zolmitriptan)	5mg tablet	8	30	24	90
	Zomig ZMT (zolmitriptan)	2.5 tablet	12	30	36	90
	Zomig ZMT (zolmitriptan)	5mg tablet	8	30	24	90
	Zomig NS (zolmitriptan)	5mg spray	12 units	30	24 units	90
<b>Category</b>	<b>Medications</b>	<b>Dosage Form</b>	<b>MEDCO MDL (Retail)</b>	<b>MEDCO Retail Day Supply</b>	<b>MEDCO MDL (Home Delivery)</b>	<b>MEDCO Home Delivery Day Supply</b>

						Supply
Pain	Stadol NS (Butorphanol Toradol (ketorolac)	10 mg tablet	4 Canisters	30	12 Canisters	90
	ketorolac	10mg tablet	40 tabbs	90	40 tabs	90
Proton Pump Inhibitors	Aciphex, Nexium, Prevacid, Prilosec, Protonix		120 days every calendar year after exhausting the maximum waiting period of 365 days for the purchase of medicine			

*\*Only oral Anti-emetics included, all other dosage forms will be addressed with PA's, as well as, Marinol Capsules.*

*James A. [Signature]*