



Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.

770 Avenida Hostos Suite 208

Mayagüez, PR 00682-1538

Contrato y Evidencia de Cubierta Pago Directo

ORO HMO (CMPDOHMO 01-26)

El Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc., (en adelante Plan Médico SSBV) es una organización de servicios de salud debidamente autorizada bajo el Capítulo 19 del Código de Seguros de Puerto Rico y el Comisionado de Seguros de Puerto Rico para ofrecer beneficios, al suscriptor ya los dependientes elegibles, de conformidad con las disposiciones de esta cubierta y las políticas de pago establecidas para gastos por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización médicamente necesarios, que se presten mientras la cubierta esté en vigor, por motivo de lesiones o enfermedades sufridas. Esta cubierta se emite en consideración al contenido y los endosos adjuntos, si algunos, de este documento y al pago de las primas correspondientes por adelantado.

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

Esta cubierta se emite a residentes bona fide de Puerto Rico, cuya residencia permanente esté ubicada dentro del Área de Servicio por un término de un (1) año a partir de la fecha de efectividad. Los beneficios no utilizados durante el término del contrato, no se acumularán para años subsiguientes. Todos los términos de cubierta comenzarán y terminarán a las 12:01a.m., Hora Oficial de Puerto Rico.

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

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

Reciba una cordial bienvenida.

Ramón A Santiago, MBA
Director Ejecutivo

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

¿COMO FUNCIONA EL PLAN MÉDICO SSBV?

El Plan Médico SSBV es uno de tipo pre-pagado; por lo tanto, generalmente no tendrás que pagar al utilizar los servicios, excepto algunos coaseguros y/o copagos en servicios médicos específicos, y en aquellos que estén contenidos en la cubierta basándose en reembolso. Es importante señalar que el Plan Médico SSBV requiere que el suscriptor seleccione un médico de cuidado personal (MCP), el cual estará disponible a través de los centros de medicina primaria (CMP) autorizados para dicho propósito. Todos los servicios provistos bajo estas cubiertas deben ser referidas por el médico de cuidado personal de su elección. El médico de cuidado personal que seleccione tiene que ser un médico designado para dicho propósito.

Durante el proceso de solicitud de la cubierta de salud, deberá seleccionar su médico de cuidado personal de los disponibles en los centros de medicina primaria (CMP) autorizados para dicho propósito. Este proceso es individual para cada una de las personas que son elegibles en la cubierta familiar. De acuerdo a las necesidades de la familia, es posible que cada miembro tenga un médico de cuidado personal diferente. Los servicios de pediatría, ginecología, obstetricia, optometría, psicología, psiquiatría y servicios dentales tienen acceso directo, sin requerir referido o autorización previa del plan, siempre que ese médico sea parte de la red de proveedores del Plan Médico SSBV. Su médico de cuidado personal es el principal facilitador para que disfrute de todos los servicios que están incluidos bajo este programa de cuidado coordinado. Si a su juicio, su condición médica lo necesita, autoriza y le refiere a visitar a un especialista u otro nivel de cuidado médico. De acuerdo a sus necesidades, autoriza las medicinas u otros servicios que requiera como laboratorios, consultas a especialistas, estudios especializados, entre otros.

Plan Médico SSBV ha establecido dos (2) niveles de acceso a servicios médico-hospitalarios. En el primer nivel (Nivel 1), el suscriptor vendrá a obtener servicios médicos-hospitalarios disponibles dentro de la Red Preferida Bella Vista para tener, copagos y coaseguros más bajos. Si el suscriptor determina que desea visitar a otros proveedores fuera de los disponibles en la Red Preferida Bella Vista, accederá mediante la Red General Bella Vista al segundo nivel (Nivel 2).

Para acceder los servicios de su médico de cuidado personal, debe llamar y solicitar una cita, a menos que tenga una situación de emergencia. En algunas cubiertas, solo su médico personal puede autorizar los servicios que requiere bajo su cubierta de salud. Es su médico de cuidado personal quien le ayuda a mantenerse saludable. Parte de los servicios que puede recibir de su médico de cuidado personal son preventivos.

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

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

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

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

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

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

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

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

CUBIERTA PARA NIÑOS RECIÉN NACIDOS. NIÑOS RECIÉN ADOPTADOS O NIÑOS COLOCADOS PARA ADOPCIÓN

Se podrán realizar cambios a ésta cubierta en cualquier momento durante un año cubierta cuando se de cualquiera de las siguientes condiciones y bajo los siguientes términos y limitaciones:

Niños recién nacidos del suscriptor, cónyuge y/o cohabitante desde el momento en que nacen o recién adoptados a partir de la primera de las siguientes fechas:

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

La cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción incluye los siguientes:

- (1) Servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico.
- (2) No estará sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.

El Plan Médico SSBV requiere que el suscriptor notifique al Plan Médico SSBV del nacimiento del niño y que proporcione el pago de la prima requerida (si aplica) a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento. Si no se proporciona la notificación y pago (como consecuencia de un cambio de cubierta), el Plan Médico SSBV podrá optar por no

continuar proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience. No obstante lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño, el suscriptor emite los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.

El Plan Médico SSBV requiere que el suscriptor notifique al Plan Médico SSBV de los niños recién adoptados o niños colocados para adopción o adjudicación de custodia del niño y que proporcione el pago de la prima requerida (si aplica) a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de la adopción, colocación o adjudicación en un hogar para adopción. Si el suscriptor no provee la notificación o el pago descrito anteriormente dentro del periodo de treinta (30) días, el Plan Médico SSBV no tratará al niño adoptado o al niño colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.

VERIFICACIÓN DE CUBIERTA

El suscriptor tendrá un término de treinta (30) días, a partir de la fecha de envío de las tarjetas de identificación para reclamar cualquier error cometido por el Plan Médico SSBV en la adjudicación de cubiertas y/o dependientes. En estos casos, la corrección se hará retroactiva a la fecha de efectividad de la cubierta.

SERVICIOS PREVENTIVOS

El Plan Médico SSBV administra su cubierta de beneficios conforme al “Patient Protection and Affordable Care Act” (PPACA) (P.L. 111-148) y la “Health Care Education Affordability Act of 2010” (P.L. 111-152). Los servicios de cuidado preventivo estarán cubiertos con \$0 copago de acuerdo a la edad y género del suscriptor a través de proveedores participantes. Estarán cubiertos los servicios de evaluación médica de acuerdo a la edad del niño, requeridos por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000 y en conformidad con la Carta Normativa N-AV-7-8-2001 del 6 de julio de 2001. Los servicios cubiertos según los estándares vigentes por el Departamento de Salud, Programa Medicaid, Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría incluyen evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición, además de todos los cernimientos periódicos dispuesto en Ley.

Servicios de medicina preventiva

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

Servicios Preventivos Cubiertos Para Adultos

1. **Cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA)** - Un cernimiento de por vida para para aneurisma aórtico abdominal (AAA) mediante ecografía en hombres de entre 65 y 75 años que alguna vez han fumado.
2. **Cernimiento de trastornos de ansiedad** - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de trastornos de ansiedad en adultos (64 años o menos), incluidas las personas embarazadas y en posparto.
3. **Cáncer colorectal** - La USPSTF recomienda el cernimiento del cáncer colorrectal (CCR) mediante análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia o colonoscopia, en adultos, comenzando a los (45) años y continuando hasta los (75) años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían. Además, la USPSTF recomienda una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo de una prueba no invasiva. Esta prueba es una prueba de detección, por lo que los pacientes no tendrán ningún costo.
4. **Detección de depresión y riesgo de suicidio para adultos** - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de depresión en la población adulta, incluidas las personas embarazadas y en posparto, así como en los adultos mayores (65 años o más).
5. **Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física.** Ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante que están a riesgo de sufrir caídas
6. **Asesoramiento sobre alimentación saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos con factores de riesgo cardiovascular** - La USPSTF recomienda ofrecer o referir a adultos con sobrepeso u obesidad y factores de riesgo adicionales de enfermedad cardiovascular (ECV) a intervenciones intensivas de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de ECV.
7. **Cernimiento de la infección por el virus de la hepatitis B** - El USPSTF recomienda la cernimiento de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en adultos que aumento el riesgo de infección.
8. **Examen de cernimiento de la infección por el virus de la hepatitis C: adolescentes y adultos** - El USPSTF recomienda el cernimiento de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en adultos de 18 a 79 años.
9. **Cernimiento de hipertensión en adultos de 18 años o más sin hipertensión conocida** - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de hipertensión en adultos de 18 años o más mediante la medición de la presión arterial en el consultorio. El USPSTF recomienda obtener mediciones de la presión arterial fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
10. **Prevención de la Adquisición del VIH: Profilaxis Preexposición: adolescentes y adultos con mayor riesgo de contraer VIH** - El USPSTF recomienda que los médicos prescriban profilaxis previa a la exposición utilizando una terapia antirretroviral eficaz a personas que tienen un mayor riesgo de contraer el VIH para disminuir el riesgo de contraer el VIH. Consulte la sección Consideraciones prácticas para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre la terapia antirretroviral eficaz.

11. **Prueba de cernimiento del VIH: adolescentes y adultos no embarazadas** - Los médicos que realizan pruebas de cernimiento de la infección por VIH en adolescentes y adultos de (15) a (65) años de edad. Los adolescentes más jóvenes y los adultos mayores que tienen un mayor riesgo también deben someterse a pruebas de cernimiento. Según exige la Ley 45-2016 una prueba de VIH al año como parte de los estudios de rutina para cualquier evaluación médica, excepto para mujeres embarazadas a las que se aplican los requisitos de la USPSTF. Debe tener en cuenta las recomendaciones establecidas en las reglamentaciones sobre el VIH del Departamento de Salud.
12. **Vacunas** - Para adultos las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían: hepatitis A, hepatitis B, herpes zóster, virus del papiloma humano, influenza (vacuna contra la gripe), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumococo, tétanos, difteria, tos ferina, varicela, Haemophilus influenza tipo b. Se deben cubrir las recuperaciones. Vacuna contra el COVID-19 como parte de las inmunizaciones preventivas para mayores de 19 años y adultos mayores, según el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), de los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC), de conformidad con el Artículo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Vacuna Mpox recomendada para cualquier persona con riesgo de infección por Mpox. Vacuna contra el Virus Sincitial Respiratorio (VRS) recomendada para administración estacional durante el embarazo y adultos mayores de 60 años. Consulte las recomendaciones de los CDC.
13. **Cernimiento de infección latente de tuberculosis** - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de LTBI en poblaciones con mayor riesgo. Consulte la sección "Evaluación del riesgo" para obtener información adicional sobre adultos con mayor riesgo.
14. **Examen de cernimiento de cáncer de pulmón** - El USPSTF recomienda el cernimiento anual de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) en adultos de (50) a (80) años que tienen un historial de tabaquismo de (20) paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en el pasado (15) años. Los exámenes de cernimiento deben suspenderse una vez que una persona no ha fumado durante (15) años o desarrolla un problema de salud que limita sustancialmente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una cirugía pulmonar curativa.
15. **Asesoramiento y cernimiento de obesidad: adultos** - La USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan o refieran a los adultos con un índice de masa corporal de 30 o más (calculado como el peso en kilogramos dividido por la altura en metros cuadrados) a intervenciones conductuales intensivas de componentes múltiples.
16. **Detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos de 35 a 70 años con sobrepeso u obesidad** - El USPSTF recomienda la detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos de 35 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o derivar a los pacientes con prediabetes a intervenciones preventivas efectivas.
17. **Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)** - La USPSTF recomienda consejería conductual intensiva para todos los adolescentes sexualmente activos y para los adultos que tienen un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS).
18. **Uso de estatinas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en adultos: preventivo Medicamento** - El USPSTF recomienda que los médicos prescriban una estatina para la prevención primaria de ECV para adultos de 40 a 75 años que tienen 1 o más factores de riesgo de ECV (es decir, dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo) y un riesgo estimado de 10 años de enfermedad cardiovascular. evento del 10% o mayor.
19. **Examen de cernimiento de sífilis: personas no embarazadas y adolescentes** - El USPSTF recomienda la detección de la infección por sífilis en personas asintomáticas, adolescentes no embarazadas y adultos que tienen un mayor riesgo de infección.
20. **Cese del tabaquismo y medicamentos: adultos no embarazadas** - La USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todos los adultos sobre el consumo de tabaco, les aconsejen que dejen de consumir tabaco y proporcionen intervenciones conductuales y farmacoterapia aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el abandono del consumo de tabaco en adultos no embarazadas. Para aquellos que usan productos para dejar de fumar, este plan cubre el envío de medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar durante (90) días consecutivos en un intento y hasta (2) intentos por año. La recomendación no establece ninguna diferencia en el nivel de medicación para dejar de fumar. Si el formulario incluye el medicamento, no se puede aplicar ningún costo compartido independientemente del nivel específico.
21. **Examen de cernimiento de tuberculosis: adultos** - El USPSTF recomienda el cernimiento de infección tuberculosa latente en poblaciones con mayor riesgo.
22. **Consumo de alcohol no saludable: adultos** - El USPSTF recomienda el cernimiento del consumo de alcohol no saludable en entornos de atención primaria en adultos de 18 años o más, incluidas las

mujeres embarazadas, y proporcionar a las personas involucradas en el consumo de alcohol de riesgo o peligrosas intervenciones breves de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol no saludable.

23. **Uso de drogas no saludables: adultos** - La USPSTF recomienda el cernimiento haciendo preguntas sobre el uso de drogas nocivas en adultos de 18 años o más. el cernimiento se debe implementar cuando se puedan ofrecer o derivar servicios para un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y una atención adecuada. (el cernimiento se refiere a hacer preguntas sobre el uso de drogas no saludables, no a analizar muestras biológicas).

Servicios Preventivos Cubiertos Para Mujeres, Incluidas Embarazadas

1. **Prueba de cernimiento de bacteriuria asintomática: personas embarazadas** - La USPSTF recomienda el cernimiento de bacteriuria asintomática mediante cultivo de orina en personas embarazadas.
2. **Cáncer relacionado con BRCA: evaluación de riesgos, asesoramiento genético y pruebas genéticas** - La USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria evalúen a las mujeres con antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, de ovario, de trompas o peritoneal o que tengan una ascendencia asociada con mutaciones genéticas de susceptibilidad al cáncer de mama 1 y 2 (BRCA1 / 2) con una breve descripción familiar adecuada. herramienta de evaluación de riesgos. Las mujeres con un resultado positivo en la herramienta de evaluación de riesgos deben recibir asesoramiento genético y, si está indicado después del asesoramiento, pruebas genéticas.
3. **Uso de medicamentos preventivos contra el cáncer de mama para reducir el riesgo** - La USPSTF recomienda que los médicos se ofrezcan a recetar medicamentos para reducir el riesgo, como el tamoxifeno, el raloxifeno o los inhibidores de la aromatasa, a las mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama de 35 años o más y un riesgo bajo de efectos adversos de los medicamentos.
4. **Examen de cernimiento de cáncer de mama** - La USPSTF recomienda una mamografía de cernimiento bienal para mujeres de 40 a 74 años.
5. **Detección de cáncer de mama:** La Iniciativa de Servicios Preventivos para la Mujer recomienda que las mujeres con un riesgo promedio de cáncer de mama se sometan a mamografías de detección no antes de los 40 años ni después de los 50. Estas mamografías deben realizarse al menos cada dos años y con una frecuencia anual. Es posible que las mujeres necesiten estudios de imagen adicionales para completar el proceso de detección o para corregir los hallazgos de la mamografía inicial. Si se indican estudios de imagen adicionales (p. ej., resonancia magnética, ecografía, mamografía) y una evaluación patológica, estos servicios también se recomiendan para completar el proceso de detección de neoplasias malignas. Las pruebas de detección deben continuar hasta al menos los 74 años, y la edad por sí sola no debe ser motivo suficiente para suspenderlas.
6. **Lactancia** - Asesoramiento y apoyo integral en lactancia, por parte de un proveedor capacitado durante el embarazo y / o en el período posparto, y el costo del acceso a equipos y suministros para la lactancia, junto con cada parto. No se aplican límites monetarios. El equipo y los suministros para la lactancia materna no se pueden proporcionar mediante reembolso o en la cobertura médica principal opcional.
7. **Examen de cernimiento de cáncer de cuello uterino** - La USPSTF recomienda el cernimiento del cáncer de cuello uterino cada 3 años con citología cervical sola en mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, la USPSTF recomienda el cernimiento cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con la prueba del virus del papiloma humano de alto riesgo (hrHPV) sola o cada 5 años con la prueba del hrHPV en combinación con la citología (prueba simultánea).
8. **Detección de clamidia en todas las mujeres sexualmente activas, incluidas las embarazadas-** El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de clamidia en todas las mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y en mujeres de 25 años o más que tienen un mayor riesgo de infección.
9. **Anticonceptivos** - Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento para pacientes para todas las mujeres con capacidad reproductiva según lo prescrito. Se cubre la inserción de cualquier dispositivo y la extracción de métodos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos no se pueden proporcionar mediante reembolso. El Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, ni la ley federal aplicable establecieron diferencias en los niveles de anticonceptivos. Si el formulario incluye el anticonceptivo, no se puede aplicar ningún costo compartido independientemente del nivel específico.

10. **Consejería para Peso Saludable y Aumento de Peso en Embarazo: Personas Embarazadas** - El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan a las personas embarazadas intervenciones efectivas de cernimiento conductual destinadas a promover un aumento de peso saludable y prevenir el aumento

de peso gestacional excesivo durante el embarazo.

11. **Detección y asesoramiento sobre violencia de pareja y violencia doméstica** - La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda realizar pruebas de detección de violencia de pareja y doméstica a mujeres adolescentes y adultas, al menos una vez al año, y, cuando sea necesario, brindar servicios de intervención. La violencia de pareja y doméstica incluye violencia física, violencia sexual, acecho y agresión psicológica (incluida la coerción), coerción reproductiva, negligencia y la amenaza de violencia, abuso o ambos. Los servicios de intervención incluyen, entre otros, consejería, educación, estrategias de reducción de daños y servicios de apoyo adecuados.
12. **Violencia de pareja íntima, abuso de ancianos y abuso de adultos vulnerables: Cernimiento: mujeres en edad reproductiva** - La USPSTF recomienda que los médicos realicen pruebas de cernimiento de violencia de pareja íntima (VPI) en mujeres en edad reproductiva y proporcionen o remitan a las mujeres con pruebas positivas a servicios de apoyo continuos.
13. **Ácido fólico** - La USPSTF recomienda que todas las mujeres que planean o puedan tener un embarazo tomen un suplemento diario que contenga (0,4) a (0,8) mg (400 a 800 mcg) de ácido fólico.
14. **Diabetes mellitus gestacional** - La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (WPSI, por sus siglas en inglés) recomienda evaluar a las mujeres embarazadas para detectar diabetes mellitus gestacional (DMG) después de las 24 semanas de gestación (preferiblemente entre las semanas 24 y 28 de gestación) para prevenir resultados adversos en el parto. El WPSI recomienda evaluar a las mujeres embarazadas con factores de riesgo de diabetes tipo 2 o DMG antes de las 24 semanas de gestación, idealmente en la primera visita prenatal.
15. **Examen de cernimiento de gonorrea** - La USPSTF recomienda el cernimiento de gonorrea en mujeres sexualmente activas (24) años o menos y en mujeres mayores que tienen un mayor riesgo de infección.
16. **Examen de cernimiento de hepatitis B: mujeres embarazadas** - Pruebas de cernimiento para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.
17. **Examen de cernimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): personas embarazadas** - El USPSTF recomienda que los médicos evalúen la infección por VIH en todas las personas embarazadas, incluidas las que se presentan durante el trabajo de parto o el parto cuyo estado de VIH se desconoce. En cuanto a las mujeres embarazadas, todas las organizaciones de servicios de salud deben cubrir y no imponer costos. Compartir requisitos con respecto a las siguientes pruebas incluidas en las recomendaciones más recientes de la USPSTF: 1) Una primera prueba de VIH durante el primer trimestre del embarazo en la primera visita prenatal, y 2) Una segunda prueba durante el tercer trimestre del embarazo (entre las (28) y (34) semanas de embarazo).
18. **Detección de la Infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)** - Todas las mujeres adolescentes y adultas, mayores de 15 años, se sometan a una prueba de detección del VIH al menos una vez en la vida. La detección temprana o adicional debe basarse en el riesgo, y una nueva prueba anual o más frecuente puede ser adecuada a partir de los 13 años para mujeres adolescentes y adultas con un mayor riesgo de infección por VIH. Evaluación de riesgos y educación para la prevención de la infección por el VIH a partir de los 13 años y continuando según lo determine el riesgo. Se recomienda una prueba de detección del VIH para todas las mujeres embarazadas al iniciar la atención prenatal con una nueva prueba durante el embarazo en función de los factores de riesgo. Se recomienda la prueba rápida de VIH para las mujeres embarazadas que se presentan en trabajo de parto activo con un estado de VIH indocumentado. La detección durante el embarazo permite la prevención de la transmisión vertical.
19. **Prevención de la obesidad en mujeres de mediana edad** - Asesoramiento a mujeres de mediana edad de 40 a 60 años con índice de masa corporal normal o con sobrepeso (IMC) (18,5-29,9 kg/m²) para mantener el peso o limitar el aumento de peso para prevenir la obesidad. La consejería puede incluir una discusión individualizada sobre alimentación saludable y actividad física.
20. **Osteoporosis para prevenir fracturas: Detección: mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con 1 o más factores de riesgo de osteoporosis** - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de osteoporosis para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con mayor riesgo de fractura osteoporótica, según la evaluación clínica de riesgo.
21. **Examen de cernimiento de osteoporosis: mujeres de 65 años o más** - La USPSTF recomienda el cernimiento de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres de 65 años o más.
22. **Servicios de navegación para pacientes para la detección del cáncer de mama y de cuello uterino** - La Iniciativa de Servicios Preventivos para la Mujer recomienda servicios de orientación para pacientes para la detección y el seguimiento del cáncer de mama y de cuello uterino, según

corresponda, con el fin de aumentar la utilización de las recomendaciones de detección basadas en una evaluación de las necesidades de la paciente. Los servicios de orientación implican contacto personal (p. ej., presencial, virtual o híbrido) con la paciente. Los componentes de estos servicios deben ser individualizados. Los servicios incluyen, entre otros, la evaluación y planificación centradas en la persona, el acceso a la atención médica y la orientación del sistema de salud, las derivaciones a servicios de apoyo adecuados (p. ej., traducción de idiomas, transporte y servicios sociales) y la educación de la paciente.

23. **Depresión perinatal: asesoramiento e intervención** - El USPSTF recomienda que los médicos proporcionen o remitan a las personas embarazadas y en período de posparto que tienen un mayor riesgo de depresión perinatal a intervenciones de asesoramiento.
24. **Prevención de la preeclampsia: aspirina** - La USPSTF recomienda el uso de aspirina en dosis bajas (81 mg / d) como medicamento preventivo después de (12) semanas de gestación en mujeres con alto riesgo de preeclampsia.
25. **Trastornos hipertensivos del embarazo cribado de personas embarazadas asintomáticas** - El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de trastornos hipertensivos en personas embarazadas midiendo la presión arterial durante todo el embarazo.
26. **Examen de incompatibilidad RH** - Tipado sanguíneo Rh (D) y pruebas de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita para atención relacionada con el embarazo. Además, pruebas repetidas de anticuerpos Rh (D) para todas las mujeres Rh (D) negativas no sensibilizadas entre las (24) y las (28) semanas de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) negativo.
27. **Cernimiento de ansiedad** - La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda el cernimiento de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas las embarazadas o en el posparto. Se desconocen los intervalos de cernimiento óptimos y se debe utilizar el juicio clínico para determinar la frecuencia de cernimiento. Dada la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y los múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar la posibilidad de realizar pruebas de cernimiento en mujeres que no se hayan sometido a pruebas recientemente.
28. **Cernimiento de diabetes mellitus después del embarazo** - La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (WPSI, por sus siglas en inglés) recomienda la detección de diabetes tipo 2 en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG) que actualmente no están embarazadas y que no han sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2. Idealmente, las pruebas iniciales deben realizarse dentro del primer año posparto y se puede realizar tan pronto como 4 a 6 semanas después del parto. Las mujeres que no se hicieron la prueba de detección en el primer año posparto o aquellas con un resultado negativo en la prueba de detección posparto inicial deben hacerse la prueba al menos cada 3 años durante un mínimo de 10 años después del embarazo. Para aquellas con un resultado positivo en la prueba de detección en el período posparto temprano, la prueba debe repetirse al menos 6 meses después del parto para confirmar el diagnóstico de diabetes, independientemente del tipo de prueba inicial (p. ej., glucosa plasmática en ayunas, hemoglobina A1C, prueba de tolerancia oral a la glucosa). La repetición de la prueba también está indicada para las mujeres examinadas con hemoglobina A1C en los primeros 6 meses posteriores al parto, independientemente de si los resultados de la prueba son positivos o negativos porque la prueba de hemoglobina A1C es menos precisa durante los primeros 6 meses posteriores al parto. Las mujeres que no se hicieron la prueba de detección en el primer año posparto o aquellas con un resultado negativo en la prueba de detección posparto inicial deben hacerse la prueba al menos cada 3 años durante un mínimo de 10 años después del embarazo. Para aquellas con un resultado positivo en la prueba de detección en el período posparto temprano, la prueba debe repetirse al menos 6 meses después del parto para confirmar el diagnóstico de diabetes, independientemente del tipo de prueba inicial (p. ej., glucosa plasmática en ayunas, hemoglobina A1C, prueba de tolerancia oral a la glucosa). La repetición de la prueba también está indicada para las mujeres examinadas con hemoglobina A1C en los primeros 6 meses posteriores al parto, independientemente de si los resultados de la prueba son positivos o negativos porque la prueba de hemoglobina A1C es menos precisa durante los primeros 6 meses posteriores al parto.
29. **Examen de cernimiento de sífilis: mujeres embarazadas** - Cernimiento temprana de la infección por sífilis en todas las mujeres embarazadas.
30. **Cernimiento de incontinencia urinaria en mujeres** - La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres recomienda el cernimiento de incontinencia urinaria en mujeres como un servicio preventivo. Los factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluyen el aumento de la paridad, la edad avanzada y la obesidad; sin embargo, estos factores no deben usarse para limitar el

cernimiento. Varias herramientas de cernimiento demuestran una precisión de regular a alta en la identificación de la incontinencia urinaria en mujeres. Aunque se desconocen los intervalos mínimos de cernimiento, dada la prevalencia de la incontinencia urinaria, el hecho de que muchas mujeres no presentan síntomas voluntarios y los múltiples factores de riesgo que cambian con frecuencia asociados con la incontinencia, es razonable realizarla anualmente.

31. **Dejar de fumar tabaco: personas embarazadas** - La USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todas las personas embarazadas sobre el consumo de tabaco, les aconsejen que dejen de consumir tabaco y proporcionen intervenciones conductuales para dejar de consumir tabaco.
32. **Visitas de mujer sana** - Visita anualmente de atención preventiva para mujeres sanas (según el estado de salud de la mujer, las necesidades de salud y otros factores de riesgo) para que las mujeres adultas obtengan los servicios preventivos recomendados que son apropiados para su edad y desarrollo, incluida la atención previa a la concepción y muchos servicios necesarios para la atención prenatal. Esta visita de bienestar de la mujer debe incluir, cuando corresponda, otros servicios preventivos enumerados. Si el médico determina que un paciente requiere visitas de bienestar de la mujer adicionales, las visitas adicionales deben proporcionarse sin costo compartido.

Servicios Preventivos Cubiertos Para Niños

1. **Anemia / Hierro** - Realizar una evaluación o cernimiento de riesgos según corresponda, según las recomendaciones de la edición actual de la AAP Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics (capítulo sobre el hierro). Suplementos de hierro para niños de 4 meses a 21 años con riesgo de anemia.
2. **Cernimiento de ansiedad en niños y adolescente de 8 a 18 años** - El USPSTF recomienda la detección de ansiedad en niños y adolescentes de 8 a 18 años.
3. **Examen de cernimiento de trastornos del espectro autista** - Pruebas de cernimiento para niños a los (18) y (24) meses.
4. **Evaluación conductual/social/emocional** - La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomienda una evaluación anual desde recién nacido hasta los 21 años.
5. **Concentración de bilirrubina** - Cernimiento de recién nacidos.
6. **Presión sanguínea** - Evaluación para niños Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (17) años.
7. **Examen de sangre** - Cernimiento de recién nacidos.
8. **Displasia cervical** - Cernimiento de mujeres sexualmente activas.
9. **Depresión y riesgo de suicidio en niños y adolescentes** - La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y el USPSTF recomiendan la detección del trastorno depresivo mayor (MDD) en adolescentes de 12 a 21 años.
10. **Cernimiento y vigilancia del desarrollo** - Cernimiento de niños menores de 3 años y vigilancia durante la niñez.
11. **Dislipidemia** - Pruebas de cernimiento para todos los niños una vez entre 9 y 11 años y una vez entre 17 y 21 años, y para niños con mayor riesgo de trastornos de los lípidos edades: 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años
12. **Medicación profiláctica para la gonorrea: recién nacidos** - La USPSTF recomienda medicación tópica ocular profiláctica para todos los recién nacidos para prevenir la oftalmía neonatal gonocócica.
13. **Escuchando** - Cernimiento de pérdida auditiva en todos los recién nacidos y en niños una vez entre los 11 y los 14 años, una vez entre los 15 y los 17 años y una vez entre los 18 y los 21 años.
14. **Índice de estatura, peso y masa corporal - Medidas para niños. Edades:** (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (17) años.
15. **Examen de hematocrito o hemoglobina** - Un cernimiento para todos los niños
16. **Examen de cernimiento de hemoglobinopatías: recién nacidos** - Cernimiento de anemia de células falciformes en recién nacidos.
17. **Detección de la infección por el virus de la hepatitis B** - El USPSTF y la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomiendan la detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en recién nacidos hasta adultos jóvenes (21 años de edad) con mayor riesgo de infección
18. **Examen de cernimiento de hipotiroidismo: recién nacidos** - Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.
19. **Inmunización** - Las vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años, las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían: difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenza tipo b, hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano, poliovirus inactivado, influenza

(vacuna contra la gripe), Sarampión, Paperas, Rubéola, Meningococo, Neumococo, Rotavirus, Varicela. Se deben cubrir las recuperaciones.

Vacunación contra el VPH a partir de los (9) años de edad para niños y jóvenes con antecedentes de abuso o agresión sexual que no hayan iniciado o completado la serie de (3) dosis (recomendación ACIP).

Vacuna contra el COVID-19 como parte de las inmunizaciones preventivas para bebés y niños de 6 meses a 12 años y adolescentes de 13 a 18 años, de acuerdo con el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), de conformidad con el Artículo 2.050 (C) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Vacuna contra el dengue para niños de 9 a 16 años que viven en áreas endémicas de dengue Y que tienen confirmación de laboratorio de infección previa por dengue: series de 3 dosis administradas a los 0, 6 y 12 meses de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Vacunación MpoX en adolescentes de 18 años según los factores de riesgo sexual de infección por MpoX. Consulte las recomendaciones de los CDC.

20. **Cernimiento de plomo** - Para niños en riesgo de exposición al plomo.
21. **Depresión materna** - Pruebas de cernimiento para madres de bebés en las visitas de 1, 2, 4 y 6 meses.
22. **Historial médico** - Para todos los niños durante el desarrollo Edades: (0) a (21) años.
23. **Examen de cernimiento de obesidad: niños y adolescentes** - La USPSTF recomienda que los médicos evalúen a los niños de (6) años en adelante para detectar la obesidad y les ofrezcan o los remitan a intervenciones conductuales integrales e intensivas para promover la mejora en el estado de peso.
24. **Salud bucal** - Evaluación de riesgos para niños pequeños. Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años.
25. **Examen de cernimiento de fenilcetonuria (PKU): recién nacidos** - Cernimiento de fenilcetonuria en recién nacidos.
26. **Prevención de caries dental en niños menores de 5 años: detección e intervenciones: niños menores de 5 años** - El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria apliquen barniz de fluoruro a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir de la edad de erupción del diente primario. Una vez que los dientes estén presentes, aplique barniz de flúor a todos los niños cada 3 a 6 meses en la atención primaria o en el consultorio dental según el riesgo de caries.
27. **Asesoramiento conductual para el cáncer de piel** - La USPSTF recomienda asesorar a los adultos jóvenes, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre cómo minimizar la exposición a la radiación ultravioleta (UV) en personas de 6 meses a 24 años con tipos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.
28. **Paro cardíaco súbito y muerte cardíaca súbita** - La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) recomienda evaluar el riesgo de paro cardíaco repentino y se agregó que la muerte cardíaca súbita ocurra entre los 11 y los 21 años (para tener en cuenta el rango en el que se puede realizar la evaluación del riesgo) para ser coherente con la política de la AAP ("Muerte Súbita en el Joven: Información para el Proveedor de Atención Primaria"). Realizar una evaluación de riesgos, según corresponda.
29. **Consumo de tabaco: niños y adolescentes** - El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria brinden intervenciones, incluida la educación o el asesoramiento breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco entre los niños y adolescentes en edad escolar.
30. **Uso de tabaco, alcohol o drogas** - Cernimiento de niños (11) a (21) años de edad.
31. **Tuberculosis** - Pruebas para niños con mayor riesgo de tuberculosis. Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (21) años.
32. **Examen de la vista: niños** - El USPSTF recomienda un examen de la vista para todos los niños al menos una vez entre las edades de (3) y (5) años, para detectar la presencia de ambliopía o sus factores de riesgo.

Para más información sobre los servicios preventivos cubiertos, puede acceder el siguiente enlace:

<http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>.

Vacu n a ción inclu yen d o la s va cun as retr asada s en el ca lend ar io d el n iño (" C atch up s")

- Niños, adolescentes y adultos de acuerdo a lo especificado en los itinerarios de vacunación del CDC(Centers for Disease Control and Prevention, por sus siglas en ingles).

- Las vacunas están sujetas a los requisitos específicos del Departamento de Salud de Puerto Rico y también dependen de la efectividad según lo descrito por el Fabricante y aprobado por la FDA.
- Consejería y administración sobre vacuna.
- Inmunización contra el virus respiratorio sincitial de acuerdo a lo establecido por los protocolos del Departamento de Salud de Puerto Rico. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros.

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

Hepatitis (Hep B)	Según se indica en el Itinerario de Vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) del año vigente de esta cubierta.
Difteria, Tétano y Pertusis (Tos Ferina) DTaP	
Toxoides de Tétano y Difteria (Tdap)	
Rotavirus	
Inactivated Poliovirus (IPV)	
Haemophilus Influenza Tipo B (Hib)	
Neumococo (PCV) y (PPV)	
Sarampión, Papera y Rubéola (MMR)	
Varicela (Var)	
Hepatitis A (A)	
Meningococo (MCV) y (MPS)	
Influenza A (H1N1))	
Dengue (DENA4CYD)	

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

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

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

Esta cubierta requiere los servicios de la Ley Núm. 67 del 12 de junio de 2023 conocida como “Ley para el Cernimiento y Diagnóstico de la Hepatitis C en Puerto Rico”. Se ofrece una prueba de detección del virus de Hepatitis A, de Hepatitis B y C (VHC) al año, así como la secuencia de pruebas en caso de pruebas de anticuerpos reactivas, como parte de los estudios de rutina de toda evaluación médica; excepto que, para personas con CMPDOHMO 01-26

condiciones o exposiciones reconocidas, se deberán cubrir de acuerdo con la frecuencia dispuesta en las recomendaciones vigentes de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, esto incluirá una prueba a personas embarazadas por cada embarazo. El tipo, secuencia y frecuencia de pruebas a cubrirse serán conforme con las recomendaciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades.

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

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

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

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

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

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

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

cáncer y sobrevivientes de cáncer.

El Plan Médico SSBV provee cubierta que incluye de forma mandatoria, los tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas, incluidas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer (“NCCN Guidelines”) y/o aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés), así como los necesarios para atender y minimizar sus efectos adversos, sujeto a las disposiciones de la Ley Especial para Asegurar el Acceso al Tratamiento y Diagnostico de los Pacientes de Cáncer en PR” conocida como “Ley Gabriela Nicole Correa del 1 de agosto de 2020”. También se utilizará el “Local Coverage Determinations-LCD from First Coast Service Options, INC”, “Medicare Approved Compendia List”, “National Coverage Determinations Alphabetical Index”, “Milliman Care Guidelines”. El Plan Médico SSBV deberá remitir su aprobación o denegación de medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas dentro de un término de 24 a 72 horas de recibida la solicitud o dentro del término de 24 horas, de tratarse de un caso marcado urgente o expedito. Se podrá permitir que se designe, en pacientes de cáncer, un médico especializado en oncología, en calidad de proveedor de cuidado primario; siempre y cuando ese profesional de la salud emita su consentimiento a tal designación conforme a la Ley 79 del 1 de agosto de 2020.

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

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

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

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

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

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

Los servicios de hospitalización se extenderán en caso de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo, para el suscriptor, cónyuge, hija dependiente y/o cohabitante.

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

la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.

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

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

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

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

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

- Cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica.
- cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;
- cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro

- quirúrgico ambulatorio o en un hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;
- d. cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;
 - e. cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;
 - f. cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.

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

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

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

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

SERVICIOS EN FORMA AMBULATORIA

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

Beneficios	Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de Diagnóstico y Tratamiento	
Visitas médicas en oficina, sin límites en el número de visitas • Generalista • Especialistas • Sub-Especialistas • Podiatras. Incluyendo el cuidado de rutina para los pies. • Audiólogos • Optómetras • Quiroprácticos • Doctores en Naturopatía • Psicólogos • Psiquiatras	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios Profesionales en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Examen físico rutinario. Aplica copago visita médica. Hasta un (1) examen por suscriptor por año contrato.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios Profesionales en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Visitas médicas en el hogar del suscriptor.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios Profesionales en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Inyecciones intrarticulares, hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones por año contrato por suscriptor.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de emergencia o urgencias, materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura. Cubre además medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura, suministrados en salas de emergencia debido a condiciones de accidente y enfermedad. Pruebas Diagnósticas Especializadas realizadas en sala de emergencias (en y fuera de Puerto Rico). Aplica coaseguros según sección Pruebas Diagnósticas Especializadas.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios de Sala de Emergencia/Urgencia en la Tabla de Deducibles, Copagos y coaseguros.
Criocirugía del cuello uterino, hasta un (1) procedimiento por año contrato, por suscriptor. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de esterilización (incluye vasectomía, aplica copago de facilidades ambulatorias y 0% de copago para mujeres). Cubierto un (1) por vida al suscriptor, cónyuge o cohabitante del suscriptor e hijas dependientes.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios preventivos cubiertos con cero copago o coaseguro, según requerido por las leyes federales <i>Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)</i> y la <i>Health Care and Education Reconciliation Act</i> de 2010, <i>Public Law No.111-152 (HCERA)</i> .	Cubierto. \$0 Copago

Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (palivizumab), se cubre hasta los dos (2) años, sujeto a pre-autorización y siguiendo el protocolo establecido por el plan.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios para el tratamiento contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA/HIV). Derecho a la asistencia y al tratamiento idóneo, sin restricción alguna, garantizando su mejor calidad de vida. Según dispone la Ley 349 del 2 de septiembre de 2000.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Yeso blanco	Cubierto. \$0 Copago
Centro de Cirugía Ambulatoria Sistema Quirúrgico Da Vinci	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de curación de heridas crónicas, no cicatrizantes. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de Telemedicina y Ciberterapia Práctica de la medicina a distancia incorporando tanto el diagnóstico, el tratamiento y la educación médica mediante el uso de recursos tecnológicos para optimizar los servicios de atención en salud. Como suscriptor, usted puede acceder (coordinando el día y la hora de su consulta con su proveedor) a consultas médicas virtuales con un médico generalista, médico de familia, internista, pediatra, psicólogo licenciado, entre otras especialidades, a través de nuestro directorio de proveedores participantes, desde cualquier lugar dentro de la región geográfica de Puerto Rico. El Programa de Telemedicina permite a los pacientes recibir servicios de salud a distancia, usando tecnologías de comunicación como videollamadas, llamadas telefónicas o plataformas seguras en línea. Bajo la Ley 168-2018 y sus enmiendas más recientes Ley 8-2025. ¿Qué servicios incluye la telemedicina? • Consultas médicas generales y de seguimiento • Evaluaciones de salud mental • Educación para el manejo de condiciones crónicas • Recetas médicas electrónicas • Interpretación de laboratorios o imágenes • Monitoreo remoto de pacientes ¿Quién puede usar la telemedicina? Como suscriptor, usted puede utilizar los servicios de telemedicina, siempre que el proveedor ofrezca el servicio y sea un beneficio cubierto. Pasos para acceder a la telemedicina 1. Busca un proveedor licenciado a. Debe ser un profesional de salud con licencia vigente en Puerto Rico. b. Ya no necesita certificación adicional si está debidamente licenciado, gracias a la Ley 8-2025.	\$0 Copago. • Telemedicina – Ley Núm. 168 de 1 Agosto de 2018 • Ciberterapia - Ley Núm. 48 del 29 de Abril de 2020 • Las enmiendas más recientes según la Ley 8-2025. Pregunte al proveedor si ofrece el servicio de Telemedicina y/o Ciberterapia.

2. Solicita una cita virtual - Contacta al proveedor por teléfono, sitio web o aplicación móvil. - Muchos proveedores ya ofrecen agendas en línea. 3. Completa el consentimiento informado - Antes de la consulta, deberás aceptar un documento donde se te explica: - Qué es la telemedicina - Cómo se protegerá tu información - Posibles limitaciones de la atención virtual 4. Realiza tu consulta - Usa un dispositivo con cámara y micrófono (teléfono, tableta o computadora). - Asegúrate de tener buena conexión a internet. - Durante la cita, el proveedor podrá evaluar, diagnosticar, ofrecer tratamiento y emitir recetas. 5. Pago o facturación - Si el servicio está cubierto, se le pagará al proveedor como si fuera una consulta presencial. Importante - Si tu proveedor de salud no ofrece telemedicina, éste puede referirle a otro proveedor que sí ofrezca el servicio. - Este servicio de telemedicina no sustituye a su médico primario. En caso de una emergencia, es importante que llame al Sistema 9-1-1.	
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina	
- Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos realizados en la oficina o consultorio médico. Requieren pre-autorización. - Procedimientos de ablación. Requiere pre-autorización	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Cuidado de Enfermería Diestro (SNF)	
Estos servicios estarán cubiertos en Centros de Cuidado de Enfermería Diestros si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Hospitalización en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
- Están cubiertos hasta un máximo de ciento veinte (120) días por año cubierta, por suscriptor. - Servicios de facilidades no participantes en Puerto Rico se pagarán por reembolso a base de las tarifas establecidas para el servicio recibido.	
Nota: Estos servicios deberán estar supervisados por un médico-cirujano y su necesidad médica deberá ser certificada por escrito. Requiere pre-autorización.	

Albinismo y el Síndrome de Hermansky-Pudlak	
Servicios cubiertos para la condición de albinismo y los trastornos genéticos que pueden causarlo. Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son: 1. Acceso directo a proveedores y médicos especialistas, así como aquellos medicamentos, tratamientos, terapias y pruebas que no sean experimentales ni de modificación genética, validadas científicamente como eficaces y recomendadas para diagnosticar y tratar la condición y los trastornos genéticos de acuerdo con las necesidades específicas del paciente, sin necesidad de referido. 2. Los servicios, pruebas y procedimientos medicamente necesarios de seguimiento por un oftalmólogo o dermatólogo para el manejo de la condición una vez establecido el diagnóstico. 3. En los casos de Síndrome de Hermansky-Pudlak y Chediak-Higashi, se cubrirán, además los servicios, prueba y procedimientos ofrecidos por un hematólogo. 4. Medicamentos prescritos por: oftalmólogos, dermatólogos y en los casos del Síndrome de Hermansky-Pudlak, aquellas prescritas por hematólogos, neumólogos para tratar condiciones o complicaciones en el manejo y prevención de complicaciones en esta población.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Leyes aplicables: 1. Ley Núm. 109 de 22 de diciembre de 2022
5. El costo de la prueba genética de HPS tipo 1. El médico primario o médico especialista deberá referir a cada paciente recién nacido visiblemente con albinismo a realizar dicha prueba. 6. Lentes y espejuelos especialmente prescritos para protección, prevención y mejora de la visión. 7. Cremas de protección solar específicas para prevención de complicaciones por exposición a los rayos ultravioletas con al menos un factor de protección solar SPF de 50 o más. 8. También, se cubrirá cualquier otro servicio, tratamiento o medicamento que se entienda pertinente incluir bajo esta la ley.	Cubierto.
Laboratorios, Rayos X y Pruebas Diagnósticas	
• Laboratorio clínico La Ley 29 de 2024 requiere que se ofrezcan pruebas clínicas, que estarán exentas del requisito de la presentación de una orden médica, siempre y cuando el paciente sufrague los costos de las pruebas que le sean realizadas. • Rayos-X, incluyendo la reproducción.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

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

- Examen de refracción, cubierto cuando sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría una (1) por año contrato, por suscriptor. - Exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos para detectar, como diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías conducentes a cáncer cervical. - Radiografía Intervencional. - Una prueba de VIH al año, como parte de los estudios de rutina de toda evaluación médica; excepto para mujeres embarazadas (para pruebas en embarazo, referirse a sección de Maternidad)	Cubierto. Refiérase a la sección de Pruebas Diagnósticas Especializadas en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Nota: Para pruebas diagnósticas provistas en salas de emergencia y/o hospitalización, que no sean laboratorios y rayos x, aplican los coaseguros correspondientes al beneficio ambulatorio, según especificado en esta cubierta.
Servicios de Maternidad	
- Para el suscriptor, cónyuge, hija dependiente y/o cohabitante. - Servicios pre y postnatales recibidos por la persona con derecho al beneficio de maternidad. - Servicios Preventivos cubiertos con \$0 copago - Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de cernimiento auditivo neonatal, conforme a la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003. - Amniocentesis genética y Amniocentesis de maduración fetal, hasta uno por suscriptor por año contrato.	Cubierto. Tratamiento físico y emocional de las madres que reflejen síntomas de depresión preparto o posparto, o que sean identificadas o referidas a profesionales o instituciones de salud emocional como pacientes en riesgo de sufrirla, según Ley 101 del 2023.
Sonograma, hasta tres (3) por embarazo, uno por trimestre por gestación, por suscriptor. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de Pruebas Diagnósticas Especializadas en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
- Perfil Biofísico, una (1) por embarazo, por suscriptor, con derecho al beneficio de maternidad y para embarazo de alto riesgo. Requiere pre-autorización - Vacuna Rhogan	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
- Hospitalización – Las admisiones de hospital en caso de parto estarán cubiertas con un mínimo de 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de parto por cesárea a menos de que el médico, luego de consultar con la madre, ordene el alta del hospital para la madre y/o recién nacido. Estos servicios incluyen; habitación semiprivada o de aislamiento, asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre. - El cuidado del niño(a) en el hospital estará cubierto durante la estadía de la madre en el hospital. Cualquier otro cuidado médico necesario estará cubierto solo si el niño(a) es suscrito de acuerdo a las disposiciones de este contrato excepto lo dispuesto por el Artículo 3 de la Ley 248 de 15 agosto de 1999 donde dispone que si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo de tiempo menor al dispuesto, la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Hospitalización en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

• Servicios de obstetricia. • Sala de Partos y Monitoreo Fetal (<i>Fetal Monitoring</i>). • Sala para Recién Nacidos (<i>Well Baby Nursery</i>)	Cubierto.
• Visitas para cuidado preventivo de recién nacidos (well baby care) durante el primer año de vida del niño suscrito.	Cubierto.
• Cernimiento de VIH a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y se desconoce su estatus de VIH. Dos pruebas de VIH durante el embarazo: ○ 1ra prueba durante el primer trimestre (1ra visita prenatal) ○ 2da prueba durante el tercer trimestre (entre 28 y 34 semanas de embarazo) • Métodos Contraceptivos, para la mujer aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y la colocación, remoción o administración de métodos contraceptivos (0% de copago para mujeres). Se incluye la cirugía e implante de esterilización. Para detalles de métodos aprobados, favor referirse a la Cubierta de Farmacia y Formulario de Medicamentos.	Cubierto. \$0.00 copago / coaseguro para mujeres.
Cuidado de Alergias	
Pruebas de alergias, hasta cincuenta (50) pruebas por año contrato, por suscriptor. Vacunas para las alergias no están cubiertas.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios
Terapias de Tratamiento	
Servicios ambulatorios para tratamientos de Radioterapia, Quimioterapia y Cobalto. Se incluye los medicamentos de quimioterapia por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal, en cobertura y coaseguros, según la Ley 107 del 5 de junio de 2012.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Tratamiento Ojo Vago	
Tratamiento Ojo Vago (Orthoptic Training)	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Diálisis y Hemodiálisis	
Diálisis y Hemodiálisis: Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de: a. la fecha en que el suscriptor es elegible por primera vez en este contrato; o b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Terapia Respiratoria	
Terapia respiratoria (provista por médicos especialistas en alergia, alergia pediátrica, anestesia, neumología, neumología pediátrica y laboratorios localizados dentro de una facilidad hospitalaria o provistas en la oficina medica), hasta dos (2) sesiones por día y hasta un máximo de veinte (20) sesiones por año cubierta, por suscriptor.	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Cuidado Visual	
Servicios Visuales: • Pruebas diagnósticas en oftalmología. Examen de refracción, un (1) examen por suscriptor, por año contrato • Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un par por año contrato, incluyendo espejuelos de gran potencia para suscriptores con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. • Además, cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para suscriptores hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Ambulatorios y Servicios de Visión Pediátrica en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de Quiropráctico y Terapia Física	
Las terapias físicas, servicios de rehabilitación, servicios de habilitación y /o las manipulaciones prestadas por quiroprácticos están cubiertas hasta un máximo de veinte (20) terapias físicas y manipulaciones, en conjunto, por año contrato, por suscriptor. Incluidas terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje excepto en casos de tratamiento de Autismo donde las terapias ocupacionales y terapia del habla y lenguaje no tienen límite. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Equipo Médico Duradero (DME)	
Compra o renta, sujeto a pre-autorización: • Compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración. • Compra o renta de sillones de ruedas o camas de posición • Compra o renta de respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento en caso de parálisis respiratoria. • Glucómetro, uno cada tres años por suscriptor, así como tirillas y lancetas (solo para suscriptores con diabetes). • Suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años con el reemplazo del equipo dañado, el suministro de una (1) inyección de glucagón y su reemplazo en caso de uso o vencimiento, y un mínimo de ciento cincuenta (150) tiras y ciento cincuenta (150) lancetas cada mes para pacientes diagnosticados con diabetes mellitus Tipo I por un especialista en endocrinología o endocrinología pediátrica. Se incluye la bomba de infusión de insulina portátil o microinfusor, como terapia para pacientes diagnosticados con diabetes mellitus Tipo I. El proveedor cubrirá la marca de glucómetro ordenada por el endocrinólogo siempre que se presente una justificación (CN-2016-209-AS).	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Con respecto a la cobertura de la bomba de infusión de insulina, el endocrinólogo determinará la selección de la marca de este dispositivo en función de la edad del afiliado, el nivel de actividad física del suscriptor y el conocimiento del suscriptor y / o el cuidador con respecto a la condición.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilidadación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Pruebas y Equipos para suscriptores que requieran el uso de un Ventilador Mecánico	
Los servicios establecidos al amparo de la ley, la cubierta comprenderá de los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para menores de veintiún (21) años de edad, postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador artificial para mantenerse con vida, se dispone que tendrán el beneficio de un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermería o de especialistas en terapia respiratoria o de técnicos(as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P), debidamente licenciados(as). Se entenderá como beneficiario a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años de edad y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido veintiún (21) años de edad.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilidadación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Leyes Aplicables: - Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015 - Ley Núm. 40 del 21 de febrero de 2023
Además, los técnicos de emergencias médicas-paramédicos (TEM-P) debidamente licenciados, deberán tener cursos/certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de dichos pacientes y sus equipos médicos. Los suplidos que conlleva el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en farmacias participantes. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilidadación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios para Tratamiento de Síndrome de Down	
Servicios cubiertos para el tratamiento de Síndrome de Down desde el nacimiento según dispone las leyes aplicables. Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son: - Visitas médicas y pruebas referidas medicamente. - Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social (con licencia vigente por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico). - Servicios de genética, neurológicos, inmunología, laboratorios, gastroenterología, nutrición. - Terapia respiratoria, terapia física, ocupacional, terapia del habla y lenguaje y cualquier otra terapia necesaria recomendada por un profesional de la salud autorizado a ejercer tal profesión en Puerto Rico o los Estados Unidos, en las cantidades y frecuencia prescritas por el profesional o especialista. - Servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios para Tratamiento de Autismo y Síndrome de Down Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Leyes aplicables: - Ley Núm. 13 de 25 marzo de 2022 - Ley Núm. 97 de 15 mayo de 2018

Servicios para Tratamiento de Autismo	
Servicios cubiertos para el tratamiento de Autismo según dispone las leyes aplicables. Algunos de los servicios incluidos, pero sin limitarse, son: - Se incluyen sin limitarse a servicios dirigidos al diagnóstico e intervención tales como: genética, neurología, psiquiatría, inmunología, gastroenterología, endocrinología y nutrición; evaluaciones y terapias del habla y lenguaje, psicológicas, psiquiátricas, ocupacionales, visual, auditivas, físicas, de alimentación y disfagia, conductuales, incluyendo "Applied Behavior Analysis" (ABA), u otras fundamentadas en las evaluaciones correspondientes y basadas en evidencia, que incluirán las visitas médicas, las pruebas referidas con los acomodos que necesite, incluyendo turno prioritario, anestesia y otros servicios médicos que sean medicamente necesarios para el tratamiento de los pacientes con autismo. Sin limitarse, a pruebas de laboratorios, electroencefalograma, imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) entre otras pruebas radiológicas que sean medicamente necesarias, trabajos dentales, entre otros servicios que sean medicamente recomendados por la complejidad del manejo de ansiedad y conducta de los pacientes con autismo. - Terapia de Oxigenación Hiperbárica a personas diagnosticadas, siempre que sea recomendado por un médico y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios para Tratamiento de Autismo y Síndrome de Down Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros Leyes aplicables: - Ley Núm. 63 del 19 de julio de 2019 - Ley Núm. 163 del 13 de agosto del 2024.
Beneficios Pediátricos	
- Visitas al pediatra - Evaluación médica anual - Cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas - Evaluaciones audiológicas al recién nacido y pruebas de Cernimiento	Cubierto. Refiérase a la sección de los Servicios Profesionales y Pruebas Diagnósticas en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Vacunas Preventivas	Cubierto, \$0.00 copago/coaseguro
"Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina" para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de edad del paciente. Según dispone la Ley 139 del 8 de agosto del 2016.	Cubierto. Refiérase a la sección Otros Servicios Cubiertos en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Beneficios Dentales	
Se incluyen los siguientes servicios: - Examen comprensivo inicial, uno (1) cada tres años por suscriptor por año contrato. (D0150) - Examen periódico, uno (1) cada (6) seis meses, por suscriptor. (D0120) - Examen oral de emergencia (con reporte) limitado a dos (2) veces por suscriptor por año contrato. (D0140) - Radiografía periapical intraoral, una (1) por año contrato. (D0220) - Radiografía periapical adicional, hasta cinco (5) por año contrato. (D0230) - Radiografía de mordida hasta una (1) por año contrato. (D0270) - Radiografía de mordida dos (2) por año (derecha e izquierda). (D0272) - Limpiezas dentales para adultos y niños cada 6 meses. (D1110 y D1120)	Cubierto, servicios preventivos 0% Copago
- Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a niños y adolescentes hasta los 19 años una cada seis (6) meses por suscriptor por año contrato. (D1208) - Aplicación de sellantes a niños limitados hasta los 14 años, un tratamiento por diente de por vida en pre molares y molares permanentes no previamente restaurados. (D1351) - Equipo de protección personal para servicios dentales ante el COVID-19 (D1999)	
Cuidado de Salud en el Hogar	
Cubre los siguientes servicios y suministros provistos en el hogar del paciente por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar certificada por el Departamento de Salud de Puerto Rico. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilidadación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de Enfermería - parciales o intermitentes provistos o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a), limitados a un máximo de dos (2) visitas diarias. Auxiliar de Servicios de Salud en el Hogar - servicios parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado del paciente, limitadas a un máximo de dos (2) visitas diarias. Terapias Físicas, Ocupacionales, Terapia del Habla y Lenguaje y Respiratoria - hasta un máximo de cuarenta (40) visitas, por año contrato.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilidadación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Una visita por un miembro de la agencia para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar, se considerarán cada uno como una visita en el hogar. Servicios de proveedores no participante se pagará por reembolso a base de las tarifas establecidas, luego de descontar el coaseguro correspondiente al servicio recibido. • Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección de Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios de Nutrición y Naturopatía	
SERVICIOS DE NUTRICIÓN POR OBESIDAD MÓRBIDA, CONDICIONES RENALES Y DIABETES: Plan Médico SSBV pagará por los servicios de nutrición, prestados en Puerto Rico, por médicos especialistas en nutrición o enfermedades metabólicas. Las visitas a estos especialistas, debidamente certificados por la entidad gubernamental designada para tales propósitos, estarán cubiertas siempre que sean médicamente necesarias y estén asociadas solo para el tratamiento de obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes. Las visitas estarán limitadas a un máximo de cuatro (4) visitas, por año cubierta, por suscriptor	Por reembolso hasta \$20.00 por visita
Se cubrirá el cuidado ofrecido por un Doctor en Naturopatía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud.	Las visitas se cubrirán por reembolso hasta \$20.00 por visita.
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina	
• Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos realizados en la oficina o consultorio médico. Requiere pre-autorización. • Procedimientos de ablación. Requiere pre-autorización.	Cubierto. Refiérase a la sección Servicios Ambulatorios en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros
Servicios condición de Angioedema Hereditario	
El Plan Médico SSBV ofrecerá, sin necesidad de referido, cubierta para la condición de Angioedema Hereditario ofreciendo acceso directo a proveedores y médicos especialistas, así como aquellos medicamentos, tratamientos, terapias y pruebas que no sean experimentales ni de modificación genética, validadas científicamente como eficaces y recomendadas para diagnosticar y tratar la condición de Angioedema Hereditario de acuerdo con las necesidades específicas del paciente. Si fuere necesario pagar el costo del servicio de un proveedor fuera de la red, se podrá solicitar reembolso como si el especialista perteneciera a la red de proveedores del plan médico según establece el Artículo 3 de la Ley 62 del 16 de abril de 2024.	

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

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

El dentista podrá utilizar el código D1999 para facturar el equipo de protección personal para servicios dentales. El código D1999 deberá ser facturado por un dentista, bajo contrato vigente con Plan Médico SSBV, acompañado del CMPDOHMO 01-26

o los procedimientos dentales realizados por día y que formen parte de la cubierta del paciente, tras su visita presencial a la oficina dental. Se establece a los dentistas participantes la tarifa correspondiente a este código por visita presencial a la oficina dental.

SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

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

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

Los servicios cubiertos en este contrato pueden ser ofrecidos a través de profesionales de la psicología, según dispone la Ley 239 del 13 de septiembre de 2012, con nivel de maestría o doctorado, adiestrados y con experiencia para ofrecer servicios de salud

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

CUBIERTA DE FARMACIA

Beneficios

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

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

El uso de medicamentos de forma continua para tratar condiciones crónicas, bajo los estándares de la buena práctica de la medicina, no se interpretará como abuso de los mismos. El Plan Médico SSBV se reserva el derecho de cancelar el contrato o a recobrar los gastos incurridos a cualquier suscriptor cuando se identifique que la utilización de un medicamento está destinada a mantener alguna condición considerada como adicción o cuando

el uso de dicho medicamento constituye un abuso del mismo, de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica, salvo dicho tratamiento sea contemplada en la cubierta y según dispuesto por ley.

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

Los beneficios se cubrirán de la siguiente manera:

1. Servicios prestados por farmacias participantes:

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

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

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

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

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

DESCRIPCIÓN DE CUBIERTA

Como parte de los beneficios en la cubierta básica el Plan Médico SSBV provee al suscriptor y a sus dependientes elegibles incluidos en el contrato una cubierta para medicamentos. Dicha cubierta de medicamentos recetados provee despacho de los medicamento cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. En adición, se cubre los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

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

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

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

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

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

Se incluirán en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido ("cost sharing, out of pocket maximum") cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida al asegurado por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del paciente en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos, coaseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida. Estas aportaciones, descuentos y cupones del manufacturero estarán disponibles y podrán ser utilizados en todos los proveedores de salud, conforme a los requisitos del programa, sin importar el lugar de adquisición del descuento o cupón.

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

El Plan Médico SSBV proveerá copia del formulario en el cual se incluyen los medicamentos cubiertos y los requisitos y/o límites establecidos sobre los medicamentos que así lo requieran. El Plan Médico SSBV solo podrá hacer, durante la vigencia del contrato, cambios en el formulario o en otros procedimiento de manejo de medicamento de receta, si el cambio obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario.

A estos efectos, a más tardar a la fecha de efectividad del cambio, notificara, o bajo su responsabilidad hará las gestiones para que algún tercero notifique el cambio a los siguientes:

- a. Todas las personas cubiertas o suscriptores y
- b. a las farmacias participantes solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. En este caso, el Plan Médico SSBV deberá dar notificación con 30 días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión.

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

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

Requisitos y Procedimientos para la Aprobación de Excepciones Médicas

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

1. Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;
2. cubierta continuada de determinado medicamento de receta que Plan Médico SSBV habrá de discontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o
3. una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.

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

El suscriptor, o su representante personal, solamente podrá hacer una solicitud de excepción médica, la cual deberá constar por escrito, si la persona que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor porque:

- a. No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica del suscriptor;
- b. el medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada:
 - i. Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor o a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente; o
 - ii. ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño al suscriptor
 - iii. que ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.
- c. La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del suscriptor y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

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

- (a) El Plan Médico SSBV sólo podrá requerir que dicha certificación incluya la siguiente información:
 - (i) Nombre, número de grupo o contrato, número de suscriptor;
 - (ii) historial del paciente;
 - (iii) diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica;

(iv) razón por la cual:

- (I) El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular;
 - (II) el medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada; o
 - (III) la dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis;
- (v) razón por la cual el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica se necesita para el paciente, o, si la solicitud se relaciona con una limitación de dosis, la razón por la que se requiere la excepción a la limitación de dosis para ese paciente en particular.

Al recibo de una solicitud de excepción médica, Plan Médico SSBV se asegurará de que la solicitud sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al hacer su determinación sobre la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables al suscriptor para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

1. Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y
2. si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica del Plan Médico SSBV u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.

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

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

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

- (i) La persona cubierta o suscriptor tendrá por un término de treinta (30) días, derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud; y según el suministro sea solicitado o prescrito, o en caso de terapia escalonada, por lo términos que disponga la cubierta;
- (ii) la organización de servicios de salud tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona cubierta o suscriptor termine de consumir el medicamento suministrado.

Si el Plan Médico SSBV no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la

determinación antes de que la persona cubierta o suscriptor termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona cubierta o suscriptor y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

Si se aprueba una solicitud de excepción médica, el Plan Médico SSBV proveerá cubierta para el medicamento de receta objeto de la solicitud y no requerirá que el suscriptor solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos de receta del plan médico, siempre y cuando:

- a. La persona que le expidió la receta al suscriptor siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica; y
- b. se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica del suscriptor.

El Plan Médico SSBV no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de excepción médica.

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

- (a) Se notificará al suscriptor o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si el suscriptor ha acordado recibir la información por esa vía;
- (b) Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito; y
- (c) se podrá apelar mediante la presentación de una querella a tenor con el capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud según el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

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

- (a) Las razones específicas de la denegación;
- (b) referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud;
- (c) instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación; y
- (d) una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querella para apelar la denegación conforme al Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud según el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

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

Autorización de Medicamentos:

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

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

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

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

Para los medicamentos que se especifican a continuación se cubrirán repeticiones autorizadas por el médico que no excedan de treinta (30) días de medicación cada una. Cuando el historial del suscriptor así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud, el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de ciento ochenta días (180) días, sujeto a las limitaciones de la cubierta del plan médico.

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

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

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

1. **Medicamentos genéricos**
2. **Medicamento de marca preferido**
3. **Medicamentos de marca no-preferido**
4. **Medicamento especializado**

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

EXCLUSIONES

1. Medicinas que se puedan despachar sin necesidad de prescripción médica, conforme a las leyes y reglamentaciones federales (Medicamento OTC) excepto a los requerimientos establecidos por ley estatal y/o federal.
2. Medicamentos recetados fuera del periodo de cubierta del suscriptor.
3. Medicinas por las cuales el suscriptor pueda ser compensado bajo cualquier ley o por las cuales pueda recibir reembolso de cualquier agencia del gobierno federal, estatal o municipal.
4. Medicamentos antiácidos. Todos aquellos que disminuyen la producción o antagonizan los efectos del ácido gástrico.
5. Medicina para infertilidad no importa su uso.
6. Medicamentos para el tratamiento de acné en todas las formas de presentación sin importar su uso.
7. Minoxidil (Rogaine) para el tratamiento de alopecia (tratamiento para la pérdida del cabello).
8. Productos de hidroquinona (productos de pigmentación y despigmentación).
9. Medicina para impotencia no importa su uso.
10. Hormona del crecimiento, Hormona Antidiurética y cualquier otra hormona exceptuando las hormonas de sexo (excepto las requeridas por ley y el PRESCRIPTION DRUG EHB-BENCHMARK PLAN BENEFITS BY CATEGORY AND CLASS para Puerto Rico).
11. Anti RhO globulina inmune, Vacunas hipoalergénicas, suero biológico, sangre o plasma.
12. Repeticiones de medicinas con la misma receta mayor a lo indicado por la cubierta.
13. Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de la Ley.
14. Medicinas con fines de embellecimiento o cosmetología.
15. Medicinas en etapa de investigación y/o experimentación.
16. Drogas para el tratamiento de anorexia y/o control de peso.
17. Drogas mientras el paciente está hospitalizado, o en una casa de convalecencia o en facilidades ambulatorias.
18. Cargos por instrumentos artificiales (excepto aquellos requeridos por ley).
19. Vitaminas y suplementos nutricionales excepto las prenatales (ácido fólico para mujeres de ciertas edades y para suplementos de hierro para niños de 4 meses a 21 años con riesgo de anemia).
20. Medicamentos para trasplante de órganos y tejidos excepto para el trasplante de hueso, piel y córnea.
21. Medicamentos para el tratamiento de medicina alternativa.
22. Medicamentos para los cuales se requiera pre-autorización y la misma no se haya sido aprobada.
23. Repetición de receta para un medicamento hasta que el suscriptor haya usado al menos el 75% de la receta anterior.

EXCLUSIONES GENERALES DE LA CUBIERTA BÁSICA

Está cubierta no cubre los siguientes gastos o servicios:

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

tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En este caso, Plan Médico SSBV cubrirá los “gastos médicos rutinarios del paciente”, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios de paciente”, aquellos relacionados con el estudio o los exámenes administrados para sean utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio. Una vez estos servicios sean incluidos en la cubierta, Plan Médico SSBV pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dichos servicios médicos se hubiesen prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.

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

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

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE DENTAL

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

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

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

CONTACTOS

Portal de internet: www.planmedicobellavista.com

Dirección de correo electrónico: info@ssbvpr.com

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

Teléfono Servicio al Cliente: (787) 833-8070

Pre-autorizaciones: (787) 833-8070

Número de facsímil: (787) 832-5400

Horario de Servicio al Cliente: Lunes a Jueves: 8:00 AM a 4:30 PM y Viernes: 7:30 AM a 4:00 PM