

## SERVICIOS QUE REQUIEREN PREAUTORIZACIÓN

SERVICIOS
<b>Equipo médico duradero y suministros relacionados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración.</li> <li>• Compra o renta de sillones de ruedas o camas de posición</li> <li>• Compra o renta de respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento en caso de parálisis respiratoria.</li> <li>• Glucómetro, uno cada dos años por suscriptor así como tirillas y lancetas (solo para suscriptores con diabetes).</li> </ul>
<b>Cuidado Hospitalario</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las admisiones hospitalarias que no sean por salas de emergencia</li> <li>• Proveedor hospitalario no afiliado</li> <li>• Facilidad de Enfermería Diestra (Skill Nursing Facility)</li> <li>• Uso de Sala de Cirugía Ambulatoria</li> </ul>
<b>Cuidado de Salud Mental Hospitalario</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Admisión al hospital Psiquiátrica</li> <li>• Admisión al hospital Psiquiátrica Parcial</li> <li>• Terapias electro convulsivas (ECT) por condiciones mentales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada y a los estándares del <i>American Psychiatric Association (APA)</i>.</li> </ul>
<b>Pruebas Diagnósticas Especializadas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonogramas</li> <li>• Tomografías computadorizadas (CT)</li> <li>• PET Scan</li> <li>• Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)</li> <li>• Medicina Nuclear</li> <li>• Resonancia Magnética (MRI)</li> <li>• Angiografía por Resonancia Magnética (MRA)</li> <li>• Electromiogramas</li> <li>• Polisomnografía</li> <li>• Electroencefalogramas</li> <li>• Pruebas cardiovasculares invasivas y no invasivas (Holter, Stress Test, Ecocardiogramas, etc.)</li> <li>• Pruebas Periferovasculares no invasivas (Doppler, etc.)</li> <li>• Vasculares</li> <li>• Ecocardiogramas</li> <li>• Neurológicas</li> <li>• Timpanometría</li> <li>• Laparoscopia</li> <li>• Litotricia</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de Velocidad de Conducción Nerviosa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoscopias</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Densitometría Ósea</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamografía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonomamografía</li> </ul>
<b>Servicios Ambulatorios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radioterapia, quimioterapia, cobalto y braquiterapia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálisis y Hemodiálisis</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía Cuello Uterino</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de esterilización para hombres (Vasectomía)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de esterilización para mujeres</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento de litotricia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (palivizumab)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil Biofísico</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios electivos (los que son a través de reembolso)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
<b>Servicios de Rehabilitación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Respiratoria</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Física</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapias ocupacional y del habla</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulaciones de Quiroprácticos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de Salud en el Hogar</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia para tuberculosis</li> </ul>
<b>Medicamentos recetados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avonex</li> <li>• Neupgen</li> <li>• Procrit</li> <li>• Lupron</li> </ul>
<p>Entre otros medicamentos. Para más información sobre preautorizaciones para Medicamentos puede comunicarse al (787) 833-8070.</p>
<b>IMPORTANTE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Todos los servicios en referencia que se realicen a través de reembolso tienen que pasar por el proceso de preautorización.</i></li> <li>• <i>El contenido de éste listado está sujeto a las disposiciones de la Cubierta.</i></li> </ul>