

TABLA DE CONTENIDO MANUAL DEL SOCIO

CAPÍTULO I. INFORMACIÓN ORGANIZACIONAL AUXILIO PLAN DE SOCIOS

Sección 1.1 Carta de Bienvenida.....	1
Sección 1.2 Características del Plan	2
Sección 1.3 Datos Históricos.....	2

CAPÍTULO II. REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD Y ADMISIÓN AL PLAN

Sección 2.1 Requisitos de Elegibilidad.....	3
Sección 2.2 Pago de Cuota.....	3-4

CAPÍTULO III. SERVICIOS DEL PLAN DE SOCIOS

Sección 3.1 Tarjeta de Identificación	4
Sección 3.2 Beneficios Cubiertos por el Plan.....	4
Sección 3.3 Proveedores Participantes	4
Sección 3.4 Instalaciones de Salud Participantes.....	4
Sección 3.5 Proceso para Recibir Servicios	5
Sección 3.6 Proceso de Pre-autorización	5
Sección 3.7 Política de Reembolso	5

CAPÍTULO IV. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Sección 4.1 Cuidado Primario.....	5
Sección 4.2 Cuidado Especializado.....	5
Sección 4.3 Cuidado Hospitalario	6

CAPÍTULO V. SERVICIOS EN CIRCUNSTANCIAS EXTRAORDINARIAS

Sección 5.1 Coordinación de Beneficios.....	6
Sección 5.2 Servicios en Situaciones Extraordinarias.....	6

CAPÍTULO VI. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOCIO

Sección 6.1 Derechos del Socio.....	6-7
Sección 6.2 Obligaciones del Socio	7-8
Sección 6.3 Procedimiento de Quejas y Agravios.....	8-11

CAPÍTULO VII. BENEFICIOS DEL PLAN DE SOCIOS..... 11-12

CAPÍTULO VIII. CUMPLIMIENTO LEGAL 12

CAPÍTULO IX. OBLIGACIONES DE LA SOCIEDAD 12

CAPÍTULO X. PERIODOS DE ESPERA..... 13

CAPÍTULO XI. CONDICIONES PREEXISTENTES 13

CAPÍTULO XII. CUBIERTA DE TRASPLANTE..... 13

CAPÍTULO XIII. CUBIERTA DE BENEFICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS

Servicios Diagnósticos y Terapéuticos 14-15

Servicios de Laboratorio, Rayos X y otras Pruebas Diagnósticas..... 16

Servicios de Cuidado Preventivo, Adultos 17

Servicios de Cuidado Preventivo, Niños 17

Cubierta de Maternidad 18-19

Tratamiento Terapéutico..... 20

Terapia Física 20

Terapia del Habla..... 21

Procedimientos Quirúrgicos..... 22

Servicios de Anestesia..... 22

Pacientes Hospitalizados 22-23

Centro de Cirugía Ambulatoria o Pacientes Ambulatorios..... 23

Servicios de Emergencias 24

CAPÍTULO XIV. CUBIERTA DENTAL..... 25-26

CAPÍTULO XV. SERVICIOS QUE REQUIEREN PRE-AUTORIZACIÓN 27

CAPÍTULO XVI. EXCLUSIONES GENERALES 28-33

CAPÍTULO XVII. CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES O "MAJOR MEDICAL" 34

Sección 17.1 Beneficios Aplicables a cada Socio 34-35

Sección 17.2 Máximo de Beneficios 35

Sección 17.3 Cubierta Médico Hospitalaria..... 35-36

Sección 17.4 Servicios Cubiertos..... 36-37

Sección 17.5 Emergencias Médicas en Puerto Rico 37-38

Sección 17.6 Exclusiones Generales del "Major Medical" 39-42

Sección 17.7 Definiciones bajo Cubierta "Major Medical" 42-44

Sección 17.8 Disponibilidad 44

CAPÍTULO XVIII. TRASPLANTE DE ÓRGANOS HUMANOS Y TEJIDOS 44-51

CAPÍTULO XIX. INFORMACIÓN IMPORTANTE AUXILIO PLAN DE SOCIOS..... 52-53

CAPÍTULO XX. GLOSARIO DE TÉRMINOS GENERALES 53-56

CAPÍTULO XXI. DIRECCIONES Y NÚMEROS IMPORTANTES AUXILIO PLAN DE SOCIOS..... 57

CAPÍTULO I. INFORMACIÓN ORGANIZACIONAL AUXILIO PLAN DE SOCIOS

SECCIÓN 1.1 CARTA DE BIENVENIDA

Saludos a nombre de la Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico.

El Plan de Socios de la Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico (El Plan de Socios) agradece su confianza al seleccionarnos para ofrecerle una cubierta de servicios de salud de excelencia.

La creación del Plan de Socios se llevó a cabo durante la última década del siglo XIX y desde entonces ha mantenido su misión de garantizar que todos sus socios tengan acceso a la más completa gama de servicios médico-hospitalarios. Nos ocupamos de que los servicios sean prestados con los más rigurosos estándares de excelencia de acuerdo con principios de apoyo mutuo, beneficencia, caridad y cristiandad.

Nuestro principal proveedor, Hospital Español Auxilio Mutuo de Puerto Rico, Inc. (Hospital Auxilio Mutuo) integrante del grupo corporativo de la Sociedad Española tiene una experiencia centenaria en la industria de la salud del País, destacándose por su vanguardismo en la ciencia y la tecnología. Actualmente, el Auxilio Mutuo es el hospital privado más grande de Puerto Rico que provee la más completa gama de servicios terciarios y supra terciarios. Los médicos contratados para prestar servicios a los Socios del Plan son profesionales destacados en sus respectivas especialidades y comprometidos con nuestra misión de una oferta de servicios de calidad insuperable. Nos sentimos orgullosos del respaldo del Hospital Auxilio Mutuo, el gran Hospital de Puerto Rico.

Este manual está diseñado para ofrecer orientación a los Socios del Plan de Socios y a toda persona interesada en formar parte del mismo. En él se establecen los derechos y las obligaciones del Socio. Por favor, lea cuidadosamente este documento y consérvelo en un lugar accesible para que pueda consultarlo cuando tenga dudas. El personal designado de la Oficina del Plan de Socios estará disponible para proveerle cualquier otra información que necesite.

Este plan está disponible para residentes bonafide de Puerto Rico y cubre emergencias alrededor del mundo mientras se encuentre viajando, sujeto a los términos y condiciones de su cubierta.

Nos es grato servirle

Cordialmente,



Enrique Fierres González
Presidente de la Junta de Síndicos

SECCIÓN 1.2 CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

El Plan de Socios es un programa de salud sin fines de lucro. Está financiado con fondos que se disponen de la cuota que pagan sus Socios. Actualmente brinda sus servicios bajo el modelo que se conoce como un plan de cuidado dirigido, donde su proveedor primario es el Hospital Auxilio Mutuo. Por disposición de ley, el mismo no está regido por el Código de Seguros de Puerto Rico.

SECCIÓN 1.3 DATOS HISTÓRICOS DEL PLAN DE SOCIOS

La idea fundacional del **Auxilio Mutuo** nació en el año 1882, siendo Puerto Rico una Provincia de Ultramar que atravesaba una difícil situación económica. Eran tiempos de mucha necesidad que repercutían muy especialmente en aquellos ciudadanos inmigrantes procedentes de la península Ibérica que, carentes de recursos y en muchísimos casos de ayuda familiar, necesitaban sobre todo de protección médica. La escasez de instalaciones y atenciones sanitarias acentuaba esta necesidad; y fue en ese mismo año de 1882 cuando un pequeño grupo de beneméritos caballeros españoles, inspirados en los más nobles sentimientos de caridad y cristiana filantropía, y comprendiendo la imperiosa necesidad de ayudar a tantos compatriotas necesitados de protección dieron cuerpo la idea de fundar un Sanatorio donde poder remediar estas atenciones médicas.

Y fue precisamente en la histórica fecha del 19 de noviembre de 1882, (fecha aniversario del descubrimiento de Puerto Rico) cuando se celebró la primer reunión de la comisión organizadora, donde se acordó crear la **Sociedad de Auxilio Mutuo** y una Casa de Salud, o Sanatorio, para los futuros asociados.

Diez meses después de esta histórica reunión, exactamente el día 23 de septiembre del año 1883, se inauguraba en el número 82 de la calle Fortaleza en el Viejo San Juan un modesto establecimiento sanitario, con el nombre de **Sanatorio del Auxilio Mutuo**, habiéndose acordado por la primera Junta "que al bendecir el Establecimiento Sanitario se ponga bajo la protección del Niño Jesús".

Había nacido oficialmente lo que con el paso del tiempo sería una referencia de garantía para el cuidado de la salud: el **HOSPITAL AUXILIO MUTUO** de la **Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico**.

Justamente, fue esa noble iniciativa de aunar esfuerzos para proveer servicios de salud de calidad, ayuda social y espiritual a la comunidad española establecida en Puerto Rico, la que motivó la creación del "Plan de Socios".

CAPÍTULO II. REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD Y ADMISIÓN AL PLAN

SECCIÓN 2.1 REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Todo aspirante a formar parte del Plan de Socios deberá cumplir con los siguientes requisitos establecidos por el Plan de Socios:

- Tener 55 años de edad o menos.
- Completar la Solicitud de Admisión al Plan de Socios.
- Proveer toda la información que se le solicite.
- Auxilio Plan de Socios se reserva el derecho de admisión.

SECCIÓN 2.2 PAGO DE CUOTAS

- Las cuotas del Plan de Socios se pagan mensualmente, por adelantado, y deben ser recibidas en o antes del día quince (15) de cada mes. Para información sobre las diferentes formas de pago disponibles, puede comunicarse con el Plan de Socios.
- Las cuotas del Plan de Socios serán establecidas y podrán ser revisadas por la Sociedad Española en cualquier momento, según lo requieran las circunstancias.
- Los pagos de cuota que se reciban luego del día quince (15) de mes conllevarán un recargo, por la cantidad que se establezca de tiempo en tiempo. La obligación de pagar a tiempo es del Socio, independientemente de la forma de pago.
- Los hijos de Socios activos en el Plan, cuyas edades fluctúen entre cinco (5) y diecisiete (17) años de edad, tendrán un descuento en la cuota establecida para un adulto. Es requisito que dicho menor conviva con el progenitor que es, a su vez, un Socio activo. Dicho beneficio de descuento cesará tan pronto el menor cumpla los dieciocho (18) años de edad. El descuento aplicable podrá ser modificado o eliminado por el Plan de Socios de año en año, a discreción del Plan.
- Menores de cuatro (4) años pagarán la cuota regular a no ser que el Plan de Socios determine otra cosa.
- Todo Socio que incurra en un atraso en el pago de sus cuotas por el término de dos (2) meses consecutivos, será dado de baja de la membresía automáticamente, sin necesidad de aviso o notificación previa. La fecha de baja será efectiva desde el momento en que se incurrió en tal demora o falta de pago.
- El Socio que no esté al día en sus cuotas no tendrá derecho a obtener los beneficios que ofrece el Plan de Socios hasta tanto no actualice el pago de las mismas. Servicios provistos durante el período al descubierto de primas, serán facturados directamente al Socio.
- Toda persona que haya sido separada o dada de baja por falta del pago de dos (2) cuotas consecutivas y que desee volver a formar parte del Plan, deberá actualizar el pago de sus cuotas hasta el momento del reingreso y pagará un cargo por reinstalación de cincuenta dólares (\$50.00). El Plan de Socios se reserva el derecho de readmisión.
- Toda activación de membresía cancelada será efectiva al primer día del mes siguiente. Ningún Socio tendrá cubierta para servicios antes de la fecha de efectividad de su activación. El Socio será responsable de pagar por todos los servicios que haya recibido mientras está cancelado, con cuotas al descubierto o en proceso de activación.
- No obstante, si ya han pasado treinta (30) días desde la fecha de efectividad de la baja y la persona desea reingresar, se considerará como un nuevo aspirante y deberá cumplir con los requisitos correspondientes. El Plan de Socios se reserva el derecho de readmisión.
- La edad máxima de elegibilidad la establecerá el Plan de Socios.

- Todo Socio que desee darse de baja del Plan deberá notificarlo por escrito a la Oficina de Socios con treinta (30) días de anticipación. Es responsabilidad del Socio cubrir cualquier deuda que tenga pendiente al momento de producirse su baja, sea ésta por solicitud propia o por falta de pago. Las bajas serán efectivas al día primero del mes siguiente.

CAPÍTULO III. SERVICIOS DEL PLAN DE SOCIOS

SECCIÓN 3.1 TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

- El Plan de Socios le proveerá una tarjeta de identificación cuando se complete el proceso de admisión al Plan. Cada vez que usted solicite servicios de un proveedor deberá presentar su tarjeta de identificación. Su tarjeta no tiene fecha de expiración para garantizar la continuidad de los servicios y evitar que tenga que esperar por una nueva. No obstante, si no está al día en los pagos de la cuota, no tendrá derecho a recibir servicios y si éstos se le proveyeran, usted será responsable de pagar por los mismos.
- Si su tarjeta se le pierde, se destruye o le es robada, debe notificarlo inmediatamente al Plan de Socios para tramitar la obtención de una nueva. Puede llamar al (787) 773-1222, o puede escribir a la dirección postal: Plan de Socios, P.O. Box 191959, San Juan, P.R. 00919-1959. También, puede solicitar el reemplazo a través de la página de Internet: www.auxilioplantesocios.com
- La tramitación de una tarjeta de reemplazo conlleva un cargo. En ese momento, el Plan de Socios le notificará la cantidad estipulada para dicho reemplazo.

SECCIÓN 3.2 BENEFICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN

El término “Beneficios Cubiertos” se utiliza para identificar los servicios de salud y suministros que cubre el Plan de Socios. Por favor, refiérase a la cubierta de Beneficios del Plan de Socios, en el Capítulo IX, para los detalles de los servicios cubiertos. Usted recibirá servicios de los “Proveedores del Plan” y en las “Instalaciones de los Proveedores de salud del Plan de Socios”. Cuando usted solicite un beneficio cubierto, usted pagará solamente los co-pagos y deducibles que correspondan al servicio, según se desglosan en el manual.

SECCIÓN 3.3 PROVEEDORES PARTICIPANTES

Los proveedores del Plan de Socios son médicos, otros profesionales de la salud e instalaciones de salud contratados para brindar servicios a nuestros Socios. Éstos pasan por un proceso, en el que obtienen sus credenciales bajo los estándares estatales y federales requeridos. Además, aparecen en nuestro directorio, el cual es actualizado periódicamente y está en nuestra página de Internet: www.auxilioplantesocios.com.

El Socio que interese obtener información adicional de los proveedores del Plan, puede solicitarla llamando a la oficina del proveedor directamente.

SECCIÓN 3.4 INSTALACIONES DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD PARTICIPANTES

Las instalaciones de los proveedores del Plan de Socios son las contratadas, donde los proveedores ofrecen los servicios hospitalarios y ambulatorios a los socios. Estos proveedores aparecen en nuestro directorio, el cual es actualizado periódicamente. La lista de instalaciones y proveedores contratados también aparece en nuestra página de Internet: www.auxilioplantesocios.com

SECCIÓN 3.5. PROCESO PARA RECIBIR SERVICIOS

Todo Socio tiene derecho a recibir los servicios cubiertos. Cada Socio deberá seleccionar un médico primario. Si no selecciona un médico primario, el Plan podrá asignarle uno. Como Socio, usted deberá visitar a su médico primario siempre que necesite servicios de salud; excepto cuando se trate de un servicio de emergencia y en algunos casos cuando se trate de urgencias.

SECCIÓN 3.6 PROCESO DE PRE-AUTORIZACIÓN

- Los servicios de emergencia no requieren pre-autorización, siempre y cuando la necesidad que justifique recibirlos, realmente sea causada por una verdadera emergencia.
- Los servicios cubiertos que requieren pre-autorización están descritos en la Sección de Cubierta de Beneficios contenidos en este Manual, de acuerdo a las políticas y procedimientos establecidas por el Plan. Usted o su representante, que puede ser su médico, deben comunicarse con el Plan de Socios para solicitar la pre-autorización.
- Las pre-autorizaciones se manejarán de acuerdo a las políticas y procedimientos de autorización de servicios cubiertos al momento de solicitarse. Servicios que requieren pre-autorización y no sean aprobados por el Plan de Socios, no cualificarán para pago ni para reembolso al Socio.

SECCIÓN 3.7 POLÍTICA DE REEMBOLSO

Es política del Plan, tramitar el reembolso del costo de aquellos servicios que se han autorizado previamente. Para este proceso se solicitará el recibo original del servicio junto con copia de la carta de autorización. Se reembolsarán, hasta los límites aquí establecidos, los gastos incurridos por aquellos servicios que estén en la cubierta del Plan y que no hayan estado disponibles en las facilidades del Hospital Auxilio Mutuo, al momento en que surgió la necesidad. En la eventualidad de una emergencia atendida fuera de las facilidades del Hospital Auxilio Mutuo si dicha facilidad opta por facturarle directamente a usted, el reembolso se efectuará de acuerdo a la tarifa del Plan de Socios, cuando proceda tal reembolso. Reembolsos por servicios de emergencia fuera de Puerto Rico se procesarán de acuerdo a la tarifa del Plan de Socios.

CAPÍTULO IV. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

SECCIÓN 4.1 CUIDADO PRIMARIO

Usted deberá seleccionar su médico primario en su primera visita a las Clínicas Externas, del Directorio de Médicos Primarios del Plan. Para efectos del Plan de Socios, se consideran las siguientes especialidades como médicos primarios: Internistas, Pediatras, Médicos de Familia Generalistas y Ginecólogo - Obstetra.

El médico primario coordinará el resto de los servicios cubiertos por el Plan de Socios. Por ejemplo, para ver un especialista, usted debe obtener el referido de su médico primario.

El médico primario también coordinará otros servicios diagnósticos y terapéuticos cubiertos por el Plan de Socios tales como estudios de radiología, terapias físicas, hospitalizaciones, etc. El costo de los servicios no cubiertos por el Plan de Socios será responsabilidad del Socio.

SECCIÓN 4.2 CUIDADO ESPECIALIZADO

El Socio que necesite tratamiento de un Especialista, deberá obtener el referido de su médico primario para que los servicios sean cubiertos por el Plan.

SECCIÓN 4.3 CUIDADO HOSPITALARIO

Su médico de cabecera o primario realizará las gestiones necesarias para su hospitalización cuando ello sea necesario y coordinara su cuidado, cuando fuera necesario.

CAPÍTULO V. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS Y SERVICIOS EN SITUACIONES EXTRAORDINARIAS

SECCIÓN 5.1 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Para otros beneficios en coordinación con otros planes médicos o de salud, favor de hacer referencia a los capítulos de cubiertas y exclusiones generales de este manual.

SECCIÓN 5.2 SERVICIOS EN SITUACIONES EXTRAORDINARIAS

En algunas situaciones extraordinarias, como lo puede ser la ocurrencia de un desastre natural, es posible que el Plan de Socios se demore en coordinar sus servicios a tenor con las circunstancias. En tal caso, realizaremos todos los esfuerzos razonables posibles para que usted reciba el cuidado que necesita. De sufrir una emergencia siga las instrucciones de las agencias pertinentes.

CAPÍTULO VI. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOCIO

SECCIÓN 6.1 DERECHOS DEL SOCIO

La prioridad de la Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico es brindar a los Socios del Plan la mejor alternativa para el cuidado de su salud.

El Plan promueve y respeta los siguientes derechos para sus Socios:

- Todo Socio tiene derecho a ser tratado con dignidad, respeto y trato igual.
- Todo Socio tiene derecho a no ser discriminado por razón de color, género, edad, religión, origen nacional o por cualquier causa prohibida por la Constitución de los Estados Unidos de América y por la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. La Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico es de orientación católica, pero no discrimina por ninguna de las razones antes mencionadas.
- Todo Socio tiene derecho a la privacidad de su expediente médico y a la información personal sobre su salud. La información que se provee en la solicitud de membresía también está protegida. Requeriremos autorización escrita del socio (o de su tutor o de la persona en quien el socio haya delegado) antes de proveer información a cualquier persona que esté ajena a la prestación de los servicios de salud del socio o que pague por los mismos. Existe legislación federal y local que protege la confidencialidad de su cuidado médico y el Plan de Socios cumple los términos establecidos en las referidas leyes. Ante circunstancias excepcionales, se permite divulgar información de salud a agencias gubernamentales que estén verificando la calidad de su cuidado de su salud o en casos de emergencia.
- Todo Socio tiene derecho a seleccionar su médico primario, sujeto a que dicho médico tenga la capacidad de aceptar nuevos pacientes, a base de los parámetros establecidos en la contratación con el Plan. De este modo, se garantiza que el socio reciba servicios de calidad y de forma oportuna.

- Todo Socio tiene derecho a tener un acceso oportuno a los proveedores y de ver a los especialistas cuando sea médicamente necesario. “Acceso oportuno” significa que usted pueda lograr sus citas y servicios dentro de un “término razonable de tiempo”, según las capacidades del Plan de Socios y de los proveedores contratados.
- Todo Socio tiene derecho al acceso a una segunda opinión médica de un profesional cualificado. El Socio podrá seleccionar el médico de su preferencia del Directorio de Proveedores del Plan de Socios del Auxilio Mutuo. Si el Socio seleccionase un proveedor fuera del Directorio de Proveedores del Plan, tendrá que asumir el costo de dichos servicios.
- Todo Socio tiene derecho a obtener información completa de sus proveedores cuando solicita cuidado médico. Tiene, además, el derecho de participar plenamente en las decisiones sobre el cuidado de su salud. Los proveedores deben proporcionar explicaciones en un lenguaje que el Socio pueda entender. El acceso a la información sobre el cuidado médico del Socio incluye conocer las diversas alternativas de tratamiento que son recomendadas para su condición, aunque alguna o varias de ellas no estén cubiertas por el Plan. Además, el Socio tiene derecho a conocer los riesgos inherentes a las opciones de tratamiento.
- Todo Socio tiene derecho a ser notificado por adelantado, si su cuidado o tratamiento médico es parte de un estudio experimental. También, tiene el derecho de negarse en este caso. Los tratamientos experimentales no están cubiertos bajo Auxilio Plan de Socios.
- Todo Socio tiene derecho a hospitalizarse en habitación privada, siempre y cuando haya disponibilidad al momento de la hospitalización y pague el copago aplicable.
- Todo Socio tiene derecho a rehusar el tratamiento que se le recomienda. Ello incluye el derecho de abandonar el hospital u otra facilidad de salud, aun cuando el médico le recomiende no hacerlo. Si el Socio rehúsa algún tratamiento o abandona el lugar donde está, en contra de la recomendación médica, éste asumirá la responsabilidad por lo que le ocurra como resultado su acción.
- Todo Socio tiene derecho a solicitar que algún familiar o amigo le ayude en las decisiones sobre su cuidado de salud, de acuerdo a las leyes vigentes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Todo Socio tiene derecho de querrellarse si tiene preocupaciones o problemas relacionados con la prestación de sus servicios de salud. Favor hacer referencia al proceso de quejas y agravios.

SECCIÓN 6.2 OBLIGACIONES DEL SOCIO

Al igual que todo Socio tiene derechos, también tiene obligaciones. Las obligaciones del Socio son las siguientes:

- Familiarizarse con los servicios que cubre el Plan de Socios, incluyendo sus limitaciones y exclusiones, según se establezcan o modifiquen de tiempo en tiempo.
- Proveer, al nivel que su entendimiento y conocimiento lo permitan, información completa y precisa sobre su condición actual de salud, así como de su historial clínico anterior.
- Seguir las instrucciones sobre tratamiento y cuidado que le hayan sido provistas.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas en el tratamiento.
- Cooperar para que su cuidado de salud pueda ser brindado con excelencia, prontitud y de forma costo-eficiente.
- Solicitar que se aclaren todas sus dudas cuando se le explique su diagnóstico y/o tratamiento.
- Tomar decisiones sobre su cuidado de salud.
- Informar cambios inesperados en su condición médica al profesional de salud a cargo de su tratamiento.
- Notificar al profesional a cargo de su salud si anticipa problemas en el tratamiento prescrito.
- Conocer el impacto que su estilo de vida está teniendo en su salud y asumir la obligación de velar por su salud.

- Reconocer los riesgos y límites de la medicina y del profesional de la salud.
- Utilizar los mecanismos y procedimientos internos establecidos por el proveedor de cuidado de salud o por el Plan para resolver sus diferencias. Cumplir con los procedimientos administrativos y operacionales del Plan.
- Proveer la información necesaria sobre planes médicos que tenga o haya tenido. Colaborar con el proveedor en relación a sus respectivos arreglos financieros cuando esto sea necesario para pagar de forma oportuna todas las cuentas y facturas que le son remitidas.
- Ayudar a mantener su expediente al día notificando cualquier cambio de dirección o número de teléfono.
- Observar una conducta apropiada en todo momento, en la que no incurra en alguno de los comportamientos a mencionarse a continuación contra empleados, proveedores de salud, contratistas, terceros, socios pacientes y miembros de la Junta y Comisiones de la Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico y sus componentes: conducta inapropiada, se refiere a acto(s) ilegal(es), conducta indecorosa, violenta en todas sus modalidades e intensidad, hostigamiento sexual, disruptiva, contra natura amenazante, temeraria, etc. El Plan de Socios se reserva el derecho de cancelar y terminar la cubierta en cualquier momento a discreción del Plan de Socios a cualquier Socio que incurra en algún tipo de las conductas antes mencionadas o cualquier otro tipo de conducta que se considere inapropiada

SECCIÓN 6.3 PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE QUEJAS Y AGRAVIOS

A. Introducción

El Plan de Socios establece este procedimiento con el propósito de coordinar, atender y solucionar los problemas, necesidades y reclamos de sus Socios, en cuanto a los servicios médicos y hospitalarios que reciben a través de los Proveedores del Plan. El compromiso del Plan de Socios, es exigir a los Proveedores del Plan, que los derechos de los pacientes establecidos por la Ley 194 del 25 de agosto de 2000, conocida como Carta de Derechos del Paciente, sean garantizados a sus miembros. Igualmente, mediante el procedimiento que aquí se establece, los Socios podrán solicitar la reconsideración de determinaciones que le sean adversas y la apelación ante la Comisión del Plan de Socios.

B. Procedimiento en la presentación de quejas o reclamaciones:

Cualquier miembro del Plan de Socios, por sí o a través de su representante autorizado, puede presentar quejas o reclamaciones ante la Oficina del Plan de Socios, siempre que se encuentre al día con el pago de su cuota y en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Insatisfacción con la calidad de los servicios prestados por los proveedores del Plan.
- Falta de acceso a información sobre asuntos relacionados con su condición de salud.
- Insatisfacción con el grado de participación en la toma de decisiones sobre el tratamiento médico.
- Inconvenientes frecuentes por el tiempo de espera para lograr una cita con un proveedor.
- Posibles violaciones a la confidencialidad de la información médica.
- Señalamientos sobre las condiciones de las instalaciones físicas de los proveedores del Plan, incluyendo las oficinas médicas, instalaciones hospitalarias, laboratorios, etc.
- Insatisfacción con el servicio brindado por el personal del Plan de Socios, ya sea por aspectos burocráticos, trato personal u otros.
- Cualquier otra circunstancia que le cause incomodidad o insatisfacción.

1. Toda queja o reclamo relacionado con los aspectos mencionados en el inciso anterior podrá notificarse por teléfono, en persona o a través de comunicación escrita al siguiente número de teléfono y/o dirección:

Teléfono: (787) 773-1222, extensión 3039
Atención: Coordinador de Quejas y Querellas – Plan de Socios
Dirección Física: Ave. Ponce de León, Parada 37 ½, San Juan, P.R. 00918
Dirección Postal: Sociedad Española Auxilio Mutuo y Beneficencia de P.R.
P.O. Box 191959, San Juan, P.R. 00919-1959

2. La queja o reclamación debe ser específica en cuanto al suceso que le ha causado insatisfacción o incomodidad al Socio.
3. Si la queja se presenta personalmente, el Socio deberá llenar el formulario dispuesto para este propósito en la Oficina del Plan de Socios. Si la queja se comunica por teléfono, la persona designada por el Plan de Socios tomará nota de los planteamientos del Socio y lo orientará sobre el procedimiento a seguir.
4. Las quejas o reclamaciones serán atendidas inicialmente por la persona designada por el Plan de Socios.
5. La persona designada por el Plan de Socios clasificará la queja o reclamación y canalizará la misma para la investigación necesaria con el fin de que la situación que reclama el Socio sea resuelta con prontitud; particularmente aquellas relacionadas con acceso a los servicios cubiertos por el Plan de Socios.
6. El Plan de Socios podrá solicitar cualquier información adicional que sea necesaria para lograr que la necesidad del Socio sea satisfecha.

C. Procedimiento en la presentación de solicitudes de apelación

1. Cualquier miembro del Plan de Socios, por sí o a través de su representante autorizado, podrá apelar la determinación del Plan de Socios en cualquiera de las siguientes instancias:
 - i. Determinación sobre denegación de aquellos servicios que requieran aprobación previa.
 - ii. Determinación que implique la limitación de algún servicio, al cual entienda tiene derecho según establece el Manual del Socio.
 - iii. Determinación de baja del Plan de Socios que no sea por falta de pago, conducta inapropiada o fraude.
 - iv. Determinación sobre estado de cuentas de cuotas pagadas.
 - v. Determinación de no cubierta por servicios prestados por otros proveedores o instalaciones de salud.
 - vi. Cualquier otra razón que constituya un menoscabo a los beneficios consignados en el Manual de Socios.
2. Toda apelación por alguna de las razones expuestas en el inciso anterior deberá presentarse por escrito en la Oficina del Plan de Socios o por correo certificado en la siguiente dirección: Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico P.O. Box

191959 San Juan, Puerto Rico 00919-1959.

3. El término máximo para presentar la apelación será de treinta (30) días calendario desde la fecha de la determinación adversa o desde la fecha en que ocurra el hecho que dé lugar a la apelación.
4. La apelación deberá incluir la siguiente información:
 - Nombre, dirección y número de identificación del Plan de Socios.
 - Un breve resumen del suceso que motiva la apelación.
 - Evidencia de la fecha de notificación de la determinación adversa.
 - Cualquier documento que pueda contribuir o facilitar la investigación.
5. Las apelaciones que estén completas serán atendidas por el Comité de Apelaciones del Plan de Socios.
6. El Comité de Apelaciones podrá solicitar al Socio o al proveedor cualquier información adicional que entienda que es necesaria para poder evaluar y adjudicar la apelación. Dicha petición de información deberá realizarse por escrito en un término no mayor de quince (15) días calendario.
7. Toda información solicitada al Socio o al proveedor, deberá ser provista en un término no mayor de quince (15) días calendario.
8. En aquellos casos en los cuales el Socio demuestre en la presentación de la apelación que su salud o vida puedan verse seriamente afectadas por una determinación adversa mediante el procedimiento regular, se iniciará un procedimiento de forma expedita, con el fin de garantizar el bienestar del Socio. En tal caso el (la) Presidente del Comité de Apelaciones podrá convocar a una reunión al resto de los miembros con carácter de urgencia, ya sea personalmente o mediante referéndum telefónico.

D. Determinación y Notificación de Determinación

1. Una vez el expediente se suplemente con la información adicional requerida, si alguna, el Comité de Apelaciones tendrá un término de treinta (30) días calendario para notificar su determinación. En los casos en que no se requiera información adicional, el Comité de Apelaciones tendrá igual término para notificar su decisión, contado éste desde la fecha en que se determinó que para resolver la apelación no hacía falta tal información adicional.
2. La notificación de la determinación deberá hacerse por escrito dentro de un periodo de cinco (5) días laborables de emitida la misma.

E. Apelación a la Comisión de Socios en Pleno

1. Si el Socio no está de acuerdo con la determinación del Comité de Apelaciones podrá solicitar una apelación ante la Comisión de Socios de la Junta de Síndicos de la Sociedad Española, en pleno. Dicha apelación deberá presentarse por escrito, dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de la notificación de la determinación del Comité de Apelaciones.
2. Será requisito solicitar la apelación ante el Comité de Apelaciones antes de radicar una apelación ante la Comisión de Socios.
3. La Comisión de Socios podrá solicitar al Socio o al Proveedor cualquier información adicional que entienda que es necesaria para poder evaluar y adjudicar la apelación. Dicha petición deberá realizarse por escrito en un término no mayor de quince (15) días calendario.
4. Toda información solicitada al Socio o al proveedor deberá ser provista en un término no

mayor de quince (15) días calendario.

5. En aquellos casos en los cuales el Socio demuestre en la presentación de la apelación que su salud o vida puedan verse seriamente afectada por una determinación adversa mediante el procedimiento regular, se iniciará un procedimiento de forma expedita con el fin de garantizar el bienestar del Socio. En tal caso el (la) Presidente del Comité de Apelaciones podrá convocar a una reunión al resto de los miembros con carácter de urgencia, ya sea personalmente o mediante referéndum telefónico.

F. Determinación y Notificación de Determinación de la Comisión de Socios

1. Una vez el expediente se suplemente con la información adicional requerida, sí alguna, el Comité de Apelaciones tendrá un término de treinta (30) días calendario para notificar su determinación. En los casos en que no se requiera información adicional, la Comisión de Socios tendrá igual término para notificar su decisión, contado éste desde la fecha en que se determinó que para resolver la apelación no hacía falta tal información adicional.
2. La notificación de la determinación deberá hacerse por escrito dentro de un periodo de seis (6) días laborales de emitida la misma.
3. La determinación de la Comisión de Socios será final e inapelable.

CAPÍTULO VII. BENEFICIOS DEL PLAN DE SOCIOS

Es importante que al hacer uso de los beneficios que se desglosan en las tablas siguientes, usted mantenga presente los siguientes asuntos importantes:

- Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones establecidas, siempre y cuando se determine que son medicamente necesarios.
- Recuerde que usted comparte el costo de algunos servicios, o sea, tiene la responsabilidad de pagar deducibles o co-pagos. Asegúrese de conocer bien cuáles son sus responsabilidades en cuanto a deducibles y co-pagos.
- Asegúrese de que usted o su médico de cabecera o primario solicita la pre-autorización antes de obtener los servicios que se desglosan en el listado de servicios que requieren pre-autorización.
- Si usted utiliza los servicios de médicos que no son Proveedores del Plan o de instalaciones que no son Instalaciones contratadas por el Plan, el Plan de Socios no pagará por dichos servicios, salvo en caso de emergencia, cuando aplique.
- El costo de las emergencias se reembolsarán directamente el socio, a base de la tarifa establecida para este servicio en el Plan de Socios. Por favor verifique el capítulo relacionado a servicios de emergencia.
- Si el servicio cubierto por el Plan de Socios no está disponible en las Clínicas Externas o en las facilidades del Hospital Auxilio Mutuo, o en las compañías relacionadas al Hospital Español Auxilio Mutuo o sub-especialistas pediátricos en caso de niños, cuando aplique según la especialidad, se reembolsará a base de la tarifa establecida para ese servicio en el Plan de Socios. Aquellos servicios que estén disponibles según descrito en esta cláusula, deberán cumplir con el requisito de referido y pre-autorización que establece el Plan de Socios.
- Servicios médicos fuera del Hospital Auxilio Mutuo requieren pre-autorización, basado en la contratación con dicha facilidad, si alguna, excepto en emergencias en hospitales de Puerto Rico.
- Una vez estabilizada la emergencia, debe transferirse el socio al Hospital Español Auxilio Mutuo.

- El máximo vitalicio de beneficios aplicables a cada socio por servicios médicos es de \$250,000.00
- Plan de Socios cuenta con Fondos Benéficos de Servicios Catastróficos, sujetos a disponibilidad y a la discreción del Plan de Socios.
- Nuestro Plan de Socios es secundario a cualquier otro plan médico o de plan de salud o un tercer pagador que posea el Socio.

CAPÍTULO VIII. CUMPLIMIENTO LEGAL

El Plan de Socios de la Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico se preocupa por la privacidad y la seguridad de la información protegida de salud de sus Socios.

Es por esto que las políticas y prácticas para proteger la información de salud de los Socios requeridos por la Ley *"Health Insurance Portability and Accountability Act"* de 1996, se observan de la siguiente forma:

- Se fomenta el establecimiento de medidas de privacidad y seguridad de forma que le impida a terceros obtener acceso a la información protegida de salud (PHI por sus siglas en inglés) de los Socios.
- Se educa al personal que trabaja en el Plan de Socios a manejar apropiadamente cualquier información relacionada con el Socio.
- Se requiere obtener una autorización escrita del socio o aspirante a socio para el uso y divulgación del expediente clínico, excepto que sea para propósito de tratamiento, pagos u operaciones y/o autorizado por ley

El Plan de Socios no comparte ningún tipo de información sin el debido consentimiento del Socio, como requerido por ley.

El Plan de Socios puede divulgar la información de salud de los Socios para los siguientes propósitos: tratamientos, operaciones de servicios de salud, procedimientos administrativos o judiciales e investigaciones legales, amenaza a la salud pública o seguridad, casos de negligencia, acoso o violencia doméstica, emergencia y para las agencias reguladoras como: el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y Puerto Rico, Donación de Órganos y compensación al trabajador.

CAPÍTULO IX. OBLIGACIONES DE LA SOCIEDAD

La Sociedad no asume para con el Socio más obligación que la de proporcionar aquellos servicios médicos que puedan prestárseles por proveedores o entidades contratadas por Plan de Socios, en la fecha en que dichos servicios estén disponibles y que estén cubiertas por el Plan de Socios. En la eventualidad de no existir un proveedor disponible para proveer el servicio contratado, el Plan de Socios realizará su mejor esfuerzo por satisfacer tal necesidad, incluyendo que el Socio consiga un proveedor y el Plan de Socios le reembolse a la tarifa del Plan de Socios. La Sociedad se reserva el derecho de realizar cambios a la cubierta de beneficios cuando le estime necesario sin previa notificación. La información referente a los cambios que de tiempo en tiempo puedan ocurrir estará disponible en www.auxilioplandesocios.com o en las oficinas del Plan.

CAPÍTULO X. PERIODOS DE ESPERA

Para tener derecho a los servicios que ofrece el Plan de Socios es necesario cumplir con los periodos de espera establecidos.

- Un (1) año respecto a condición(es) pre-existente(s)
- Diez (10) meses para cubierta de maternidad.
- Seis (6) meses para Cirugías electivas.
- Tres (3) meses para Sub-especialidades.
- Tres (3) meses para Cubierta Dental.

CAPÍTULO XI. CONDICIONES PRE-EXISTENTES

El Plan de Socios queda relevado de toda obligación de prestarle servicios médico quirúrgicos o de hospitalización o cualquier otra índole en cuanto a enfermedades, trastornos o padecimientos contraídos o existentes con antelación a la fecha de admisión del Socio y/o de efectividad de la cubierta. Aún, cuando hubiese informado de la existencia de dichas condiciones previas como parte del proceso de ingreso al Plan. Se considera además una condición pre-existente, aquella condición no diagnosticada pero que sea o debió ser sospechada en o antes de obtener la cubierta del Plan de Socios.

CAPÍTULO XII. CUBIERTA DE TRASPLANTE

El máximo vitalicio para este beneficio es de \$1,000,000 de la cantidad máxima por trasplante. Estableciéndose como máximo reembolsable por cada donatario (cada trasplante) \$500,000.

CAPÍTULO XIII. CUBIERTA DE BENEFICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS

SERVICIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el Socio
Servicios Profesionales de Médicos (Adultos y Pediátricos)	
En Clínicas Externas (Adultos)	
<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Primaria: <ul style="list-style-type: none"> ○ Generalista ○ Medicina de Familia ○ Medicina Interna ○ OBGYN 	<p>\$10.00 por visita a su médico de cabecera o primario</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anestesiología ▪ Audiología Básica ▪ Cardiología ▪ Cirugía Ambulatoria ▪ Cirugía de La Mano ▪ Cirugía General ▪ Cirugía Torácica y Vascular ▪ Dermatología ▪ Electroencefalografía ▪ Endocrinología ▪ Enfermedades Infecciosas ▪ Gastroenterología ▪ Ginecología ▪ Hematología y Oncología ▪ Nefrología ▪ Neonatología ▪ Neumología ▪ Neurología ▪ Oftalmología ▪ Oncología ▪ Ortopedia ▪ Otorrinolaringología ▪ Pediatría ▪ Radiología ▪ Reumatología ▪ Urología 	
<p>Pediátricos (No se ofrece en Clínicas Externas)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pediatría ▪ Cardiología ▪ Urología ▪ Endocrinología ▪ Audiología Básica ▪ Gastroenterología ▪ Desarrollo y Comportamiento ▪ Hematología ▪ Nefrología ▪ Neumología ▪ Ortopedia ▪ Otorrinolaringología ▪ Reumatología ▪ Patología del Habla y Lenguaje 	<p>\$10.00 por visita a un médico especialista</p>
	<p>\$10.00 por visita a un médico Sub-especialista en Clínicas Externas</p>
	<p>\$20.00 por visita fuera de las Clínicas Externas (requiere pre-autorización)</p>

Uso de Instalaciones

- Centro de Cuidado de Urgencias o Sala de Emergencia
- Hospital (Mientras se encuentra hospitalizado)

\$20.00 deducible Sala de Emergencias
Hospital Auxilio Mutuo
\$75.00 deducible Sala de Emergencias
fuera del Hospital Auxilio Mutuo
\$75.00 co-pago en Hospitalización
en habitación privada
\$50.00 co-pago en
habitación semiprivada

LABORATORIOS, RAYOS X Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el Socio
Pruebas como: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patología ▪ Biopsias 	30% de Co-pago
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas de sangre ▪ Urinálisis ▪ Pruebas PAP no-rutinaria (Thin Prep) ▪ Rayos X ▪ Prueba PAP rutinaria (1 anual) ▪ Endoscopía 	30% de Co-pago
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas vasculares y cardiovasculares no-invasivas, incluyen electrocardiograma y EEG 	30% de Co-pago
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mamografías no-rutinarias ▪ Pruebas de Medicina Nuclear ▪ Ultrasonido, incluyendo Perfil Biofísico 	30% de Co-pago
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Polisonmograma ▪ Sistema de Imágenes Ductal Hepatobiliaria (HIDA) ▪ Cat Scan/Resonancia Magnética (MRI, MRA) ▪ Pruebas cardiovasculares invasivas 	40% de Co-pago
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrastes de (Gadolinium) – MRI 	\$75.00 de Co-pago
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Color Flow 	No Cubierto

CUIDADO PREVENTIVO (Adultos)	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el Socio
Evaluación (screening) de Rutina, así como: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Total de Colesterol en la sangre ▪ Evaluación Colorectal de Cáncer que incluye: ▪ Prueba de sangre fecal oculta ▪ Sigmoidoscopia, evaluación ▪ Antígeno Próstata Específico (Pruebas PSA) Evaluación para Osteoporosis (1 cada 2 años)	30% de Co-pago
Mamografía de Rutina - 1 anual	30% de Co-pago
CUIDADO PREVENTIVO (Niños)	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el Socio
Cubierta: Inmunizaciones a niños hasta los 6 años, tales como: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difteria-Tétano-Pertussis ▪ Difteria-Tétano-Toxoide ▪ Sarampión, Paperas y Rubeola ▪ Varicela ▪ Hemophilus Influenza Tipo B ▪ Tétano Toxoide ▪ Hepatitis B ▪ Cargos por cuidado preventivo para niños por pruebas rutinarias, inmunizaciones y atenciones ▪ Pruebas tales como: ▪ Pruebas realizadas el día de las inmunizaciones 	\$10.00 por visita al médico de cabecera \$10.00 por vacunas para la inmunización en niños de seis (6) años o menos

CUBIERTA DE MATERNIDAD	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el Socio
<p>Cubierta de Obstetricia (Maternidad)</p> <p>Cuidados Completos durante la Maternidad (Obstetricia), tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado Prenatal ▪ Alumbramiento (Parto) ▪ Cuidado Postnatal ▪ Perfil Biofísico del feto-uno (1) por embarazo de la Socia ordenado por Obstetra de cabecera que sea proveedor del Plan. ▪ Monograma Fetal Pélvico: uno (1) por embarazo, incluido en el servicio del médico obstetra. <p>Nota: Estas son algunas cosas que se deben mantener presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cada socia tiene un periodo de espera de diez (10) meses para servicios de maternidad. <p>Puede que la Socia necesite permanecer hospitalizada por 48 horas luego de un parto natural y por 72 horas luego de una cesárea. Plan de Socios extenderá su hospitalización si es medicamente necesaria.</p> <p>Otros beneficios de Maternidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos (2) sonogramas pélvicos ▪ Abortos No Electivos <p>Nota: Plan de Socios cubrirá hasta un máximo de \$400.00 en los casos de abortos no electivos. Toda Socia tiene un periodo de espera de ocho (8) semanas de embarazo para que la cubierta por abortos no electivos tome efecto.</p>	<p>Co-pago de \$200.00 para cubrir la interpretación de todas las pruebas especializadas que forman parte del cuidado prenatal, monogramas hechos por el médico y visitas de emergencia a Sala de Partos.</p> <p>Socias que evidencien estar cubiertas por un plan médico o Plan de Salud comercial que se constituya como principal estarán exentas del pago de \$200.00 y de todo deducible médico de la cubierta de maternidad.</p> <p>Plan de Socios cubrirá hasta \$1,000.00 por parto normal y \$1,000.00 por cesárea en el Hospital Auxilio Mutuo.</p>
CUBIERTA DE MATERNIDAD (continuación)	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el socio

Beneficios al recién nacido hasta un máximo de \$100,000 dólares de cubierta. En caso de ser parto múltiple se dividirá en la cantidad de recién nacido.

- La circuncisión está incluida como un beneficio de cirugía.
- Estadía en el "Nursery".
- Uso de la unidad de "NICU-PICU" hasta un máximo de \$100,000 dólares o 30 días, lo que sea menor.
- El pago por uso de las facilidades de Unidad de Intensivo Neonatal en una institución hospitalaria no contratada por Plan de Socios será reembolsado según lo establecido.
- Esta cubierta es por 30 días desde el alumbramiento o hasta que continúe hospitalizado después del mismo.
- De exceder de los 30 días de nacido, no aplicará esta cubierta.

Los hijos de Socios tienen hasta 30 días después de su nacimiento para poder ingresar en el Plan de Socios, sin periodo de espera. No habrá límite por condiciones pre-existentes si se suscribe dentro del periodo de 30 días. Pasados los 30 días, serán considerados como entrantes tardíos y cualquier condición pre-existente y sus complicaciones serán excluidas por 18 meses.

Reembolso máximo por uso de la Unidad de Intensivo Neonatal en un hospital no-contratado: \$800.00 diario por un máximo de treinta (30) días.

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el socio
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia de Radiación ▪ Quimioterapia <p>Nota: Quimioterapia de dosis altas en asociación con trasplantes de médula ósea antológicos está limitado a los trasplantes listados bajo trasplantes de órganos/tejidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia respiratoria e inhalación hasta un máximo de 30 sesiones por año. ▪ Diálisis – hemodiálisis y diálisis peritoneal. ▪ Terapia de infusión/intravenosa (IV) - IV y terapia antibiótica. ▪ Cámaras Hiperbáricas 	<p>\$150.00 más el 20% de los primeros \$2,500 por terapia de radiación.</p> <p>20% de Co-pago</p> <p>\$12.00 por terapia respiratoria.</p> <p>90 días de cubierta desde su diagnóstico.</p> <p>Requiere pre-autorización, co-aseguro de 20%</p> <p>30% copago (3 sesiones y requiere pre-autorización)</p>
TERAPIA FÍSICA	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el socio
<p>Terapia física brindada por un terapeuta proveedor del Plan. Hasta dos meses consecutivos, por condición si se espera una mejoría significativa para los siguientes servicios según ordenados por el médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios brindados por un terapeuta físico cualificado, supervisado por un médico especializado en terapia física. <p>El Plan de Socios sólo cubre terapia física para restaurar funciones del cuerpo cuando ha habido una pérdida total o parcial de dicha función dada a una enfermedad o lesión.</p>	<p>\$12.00 por sesiones de terapia física 30 terapias por año.</p> <p>\$10.00 por visita a un fisiatra en medicina física del Hospital Auxilio Mutuo.</p> <p>\$20.00 por visita a un fisiatra fuera de medicina física del Hospital Auxilio Mutuo (requiere pre-autorización)</p>

TERAPIA DEL HABLA

Terapia del habla brindada por un terapeuta proveedor del Plan, hasta dos (2) meses consecutivos por condición y hasta un máximo de 30 sesiones anuales para todas las condiciones.

\$12.00 hasta 30 sesiones de terapias, máximas anuales, año cubierta.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el socio
<p>Una gama comprehensiva de servicios, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios Quirúrgicos. ▪ Tratamiento de fracturas, incluye colocar yesos según sea necesario. ▪ Medicamento. ▪ Cuidado normal pre y post quirúrgico por el cirujano. ▪ Corrección de ambliopía y estrabismo. ▪ Procedimientos de endoscopia. <p>Extirpación de tumores y quistes.</p>	\$ (0)
ANESTESIA	
<p>Servicios Profesionales provistos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitales Contratados (para pacientes hospitalizados). 	\$ (0)
<p>Servicios Profesionales provistos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilidades de Cirugía Ambulatoria. ▪ Oficinas (pre-autorizado). 	\$ (0)
PACIENTES HOSPITALIZADOS	
<p>Otros servicios y suministros hospitalarios sujeto a los términos y condiciones de la cubierta, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala de Operaciones. ▪ Sala de Recuperación. ▪ Maternidad. ▪ Medicinas y drogas recetadas según el formulario aprobado por el hospital (no hay cubiertas para medicamentos fuera del formulario del hospital mientras este hospitalizado). ▪ Pruebas diagnósticas de laboratorios clínicos y de radiología: <ul style="list-style-type: none"> ○ Electroencefalografía (EEG) electrocardiografía (EKG) vendajes, tablillas, yesos. ○ Anestésicos, incluyendo servicio de enfermería en anestesia. ○ Terapia respiratoria. ○ Telemetría. 	\$ (0)

PACIENTES HOSPITALIZADOS (continuación)	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el socio
<p>Alojamiento y alimentos, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitación privada (sujeto a disponibilidad). ▪ Habitación semiprivada (sujeto a disponibilidad). ▪ Alojamiento en Unidad de Cuidado Intensivo (según sea necesario, sujeto a disponibilidad). ▪ Habitación de Aislamiento (según sea necesario). ▪ Unidad coronaria (según sea necesario). ▪ Alimentos y dietas especiales. ▪ Otros servicios a pacientes hospitalizados, según cubierta. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alojamiento en habitaciones privadas, estará sujeto a disponibilidad. ▪ Alojamiento en habitaciones semi-privadas, estará sujeto a disponibilidad. <p>Alojamiento en Unidad de Cuidado Intensivo, Aislamiento y Unidad Coronaria, serán determinados según necesidad médica.</p>	<p>\$75.00 de deducible en habitación privada. \$50.00 en habitación semiprivada</p>
CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA O PACIENTES AMBULATORIOS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala de Operaciones, Sala de Recuperación y otras salas de tratamiento. ▪ Medicinas y drogas recetadas según el formulario aprobado por el Centro de Cirugía Ambulatoria. ▪ Electromiografía y endoscopía. ▪ Servicios de patología- según cubierta de beneficios. ▪ Vendajes, tablillas, yesos y bandejas esterilizadas. ▪ Suministros médicos, incluyendo oxígeno. ▪ Anestésicos, incluyendo servicio de enfermería en anestesia. ▪ Pruebas pre-operatorias. ▪ Clínicas de Nutrición 	<p>Deducible de servicios ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 30% en pruebas regulares. <p>Terapia Física y Respiratoria: \$12.00 Límite 30 sesiones por año.</p> <p>Servicios de Patología 30% de Co-pago</p> <p>1 por mes</p>

SERVICIOS DE EMERGENCIAS	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el socio
Servicio de Sala de Emergencias para Adultos y Niños <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala de Observación ▪ Trauma 	\$20.00 por visita a Sala de Emergencias
Emergencias atendidas una entidad no contratada: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Sala de Emergencias para Adultos y Niños <ul style="list-style-type: none"> ○ Sala de observación ○ Trauma 	\$75.00 por visita a Sala de Emergencias Cubierto por Major Medical
Servicio de ambulancia terrestre en Puerto Rico, según sea médicamente necesario	Limitado a \$250.00 por año calendario

CAPÍTULO XIV. CUBIERTA DENTAL - BENEFICIOS DENTALES

Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el socio
<p>La Cubierta Dental de Plan de Socios incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un (1) examen oral comprehensiva. ▪ Un (1) examen periódico cada seis (6) meses. ▪ Un (1) examen oral limitado al problema definido.(examen de emergencia – cada seis (6) meses. <p>Ejemplo: dolor de muela</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una (1) serie de radiografías intra-orales incluyendo. radiografías de la mordida cada dos (2) años. ▪ Una (1) radiografía periapical – Una (1) por año. ▪ Hasta cinco (5) radiografías intra-rales/periapicales por un (1) año. ▪ Una (1) radiografía de mordida de película sencilla por año. ▪ Una (1) radiografía de mordida de dos (2) películas por año. ▪ Una (1) radiografía la panorámica cada tres (3) años. ▪ Una (1) limpieza dental cada seis (6) meses. ▪ Una (1) aplicación de fluoruro tópico cada seis (6) meses para Socios de hasta dieciocho (18) años de edad. ▪ Sellador de fisura por cuadrante, en dientes posteriores para menores de hasta trece (13) años de edad. ▪ Diagnóstico Restaurativo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Amalgamas: <ul style="list-style-type: none"> Una (1) superficie primaria. Dos (2) superficies primarias. Tres (3) superficies primarias. Cuatro (4) o más superficies primarias. Una (1) superficie permanente. Dos (2) superficies permanentes. Tres (3) superficies permanentes. Cuatro (4) superficies permanentes. ○ Resina Compuesta: <ul style="list-style-type: none"> Una (1) superficie anterior. Dos (2) superficies anteriores. Tres (3) superficies anteriores. Cuatro (4) superficies que envuelvan ángulo. ▪ Endodoncia. ▪ Tratamiento de canal-diente anterior (Excluye restauración final). ▪ Tratamiento de canal-bicúspide. (Excluye restauración final) uno (1) o dos (2) canales. ▪ Cirugía. ▪ Extracción sencilla. 	<p>20% de co-aseguro de la tarifa establecida para el tratamiento.</p>

CUBIERTA DENTALES (continuación)	
Descripción del Beneficio	Cantidad que paga el socio
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de Emergencias- Una (1) cada seis (6) meses. ▪ Tratamiento paliativo para una condición aguda, tal como caries profundas. ▪ Restauración Temporera. 	20% de co-aseguro de la tarifa establecida para el tratamiento.
<p>Sin cubierta</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Restauraciones servibles en amalgama no podrán ser reemplazadas con fines cosméticos. ▪ Servicios dentales bajo anestesia general o sedación. ▪ Tratamientos dentales con fines cosméticos, excluyendo además servicios hospitalarios, servicios médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas a estas. ▪ Tratamientos de canal en molares, implantes dentales, prótesis de cualquier índole para la boca, tratamiento para las encías, quijada o tratamiento dental relacionado con el síndrome de la junta temporo-mandibular. ▪ Tratamientos no incluidos en la cubierta. 	Sin cubierta
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DENTALES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El examen periódico para reevaluar la cavidad oral, posterior al examen inicial, aplica cada seis (6) meses. ▪ La serie radiografía completa y radiografía panorámica están limitadas a una serie cada treinta y seis (36) meses. ▪ La profilaxis oral y la aplicación de fluoruro aplica dos (2) veces al año. Entiéndase dos (2) veces al año, a partir de la fecha en que se hizo la limpieza anual. 	20% de co-aseguro de la tarifa establecida para el tratamiento.

CAPÍTULO XV. SERVICIOS QUE REQUIEREN PRE-AUTORIZACIÓN

Nota: para detalles de la cubierta ver la cubierta de beneficios. (Sujeto a los términos y condiciones de la cubierta)

- Todo servicio que se requiera fuera de los límites geográficos de Puerto Rico, excepto las emergencias.
- Mamoplastía por diagnóstico de cáncer
- Blefaroplastía en párpados superior con un 60% de obstrucción del campo visual. No se cubre el examen del campo visual.
- Litotripsia
- Trasplante de tejido u órganos.
- Vacuna Synargis (palivizumab) una dosis antes del alta del recién nacido.
- Todo procedimiento que se realiza usualmente en oficina, pero por necesidad médica tiene que realizarse en el Hospital aunque no sea hospitalizado.
- Estudios de polisomnografía.
- Estudios de biopsia estereostática del seno.
- Todo estudio de *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* y *Magnetic Resonance Angiogram (MRA)*.
- Estudios de medicina nuclear.
- Diálisis y/o hemodiálisis se cubren durante los primeros noventa (90) días, contados desde la fecha de diagnosticada la condición médica.
- Osteotomía
- Estudios de Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea (PTCA).
- Estudios electrofisiológicos
- Angioplastia.
- "*Coronary artery bypass surgery*".
- Cirugía periferovascular o "*Peripheral Vascular Surgery*".
- Braquiterapia
- PetScan.
- Servicios médicos relacionados a trasplante de órganos.
- Procedimientos en instalaciones o Proveedores no contratados y que no se realizan en el Hospital Auxilio Mutuo y por reembolso a tarifa del Plan de Socios.
- Medicinas y drogas recetadas en hospitalización fuera del formulario aprobado por el Hospital.
- Cámara Hiperbárica.
- Retinología.

CAPÍTULO XVI EXCLUSIONES GENERALES

Nota: todas las exclusiones que aplican a servicios médicos hospitalarios también aplican a “Major Medical”.

- Gastos por servicios médicos hospitalarios y ambulatorios para tratamiento por condiciones congénitas y sus secuelas.
- Servicios médicos hospitalarios relacionados a condiciones pre-existentes previas al ingreso del Socio al Plan, no son cubiertas por un periodo de un (1) año.
- Gastos por servicios que se brindan en el Hospital Auxilio Mutuo que sean recibidos por el Socio fuera del Hospital Auxilio Mutuo, sin limitarse a Clínicas Externas.
- Servicios médicos para examen físico y/o certificados médicos, como por ejemplo, ingresos a colegios, universidades, programas de ayudas gubernamental, etc.
- Servicios de enfermeras especiales no provistos por el Hospital.
- Lentes intraoculares, audífonos, aparatos ortopédicos, prótesis, marcapasos, válvulas, implantes, equipo médico durable e instrumentos artificiales. Sí estarán cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos, siempre y cuando estén cubiertos por el Plan de Socios.
- Las sustancias a ser ingeridas o inyectadas como medio de contraste para pruebas o procedimientos, no están cubiertas excepto que otra cosa se determine en la cubierta de beneficios.
- Servicios médicos quirúrgicos con objetivos cosméticos o para corregir defectos en apariencia física.
- Servicios de Laboratorios, Rayos X u otros exámenes especiales que no hayan sido realizados en instalaciones contratadas o no sean pre-autorizados.
- Servicios brindados por médicos no proveedores del Plan.
- Gastos por servicios hospitalarios cuando los mismos han sido o pueden ser cubiertos por otras instituciones privadas o gubernamentales federales o estatales, seguros de salud privados o comerciales o un tercero pagador.
- Cuando haya coordinación de beneficios con otro plan médico
- No se brindará cubierta cuando el Socio no haya cumplido con los requisitos establecidos por el plan primario para obtener cubierta.
- No serán cubiertos servicios para diagnosticar y/o gastos por servicios hospitalarios para

tratamientos que puedan hacerse de forma ambulatoria.

- Gastos relacionados con servicios o exámenes de laboratorios que requieran inoculación, ejemplo: inoculación de semen.
- Cirugía de acné.
- Cirugía u otros servicios relacionados para el control de obesidad y obesidad mórbida.
- Cirugía Bariátrica y cualquier servicio médico relacionado como secuela de una cirugía Bariátrica.
- Liposucción.
- Gastos por servicios de insertar o remover aparatos intrauterinos con propósito anticonceptivo y sus complicaciones.
- Servicios relacionados con devolver la capacidad para procrear, tales como: Histerosalpingograma, etc.
- Servicios de música-terapia e hipnoterapia.
- Servicios de medicina natural y servicios osteopáticos.
- Tratamiento de condiciones de o relacionados con drogadicción, alcoholismo y daño auto infligido.
- Asistentes a cirujanos.
- Servicios dentales de las siguientes especialidades: periodoncia, ortodoncia, endodoncia y cualquier otro servicio dental que no esté especificado en la cubierta dental.
- Servicios para segundas opiniones de un proveedor no contratado por el Plan de Socios.
- Fototerapia con rayos ultravioletas.
- Fotoquimioterapia.
- Transfusión de sangre, plasma y servicios relacionados.
- Drogas o medicinas para uso ambulatorio.
- Gastos por servicios y/o materiales para comodidad personal.
- Servicios relacionados a salud mental, tales como consejeros, psicólogos, siquiátras terapeutas, etc.
- Servicios para condiciones resultantes por la comisión o participación de un delito o incumplimiento de las leyes estatales y/o federales por el Socio o terceras personas donde estuvo involucrado el socio en la comisión del delito o incumplimiento de ley.
- Servicio de híper-alimentación.
- Servicio de inmunología
- Servicio de quiropráctico tales como: manipulación de la espina dorsal y extremidades.

- Vacunas para niños mayores de seis (6) años.
- No se cubrirá ningún servicio de hospitalización en exceso de 35 días por año calendario o un máximo vitalicio de 200 días; que esté relacionado o que sea un tratamiento directo del Síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), sus complicaciones o cualquier desorden relacionado. Sujeto al beneficio máximo cubierto.
- Pruebas genéticas.
- Amniocentesis.
- Pruebas de dopaje.
- Pruebas de paternidad.
- Cualquier prueba que requiera ser transferida a otro laboratorio no contratado por el Plan de Socios. Ej.: pruebas que tengan que ser referidas fuera del hospital o laboratorio de referencia.
- Cuidado de alergias esto incluye pruebas y tratamientos pruebas de sueros para alergias y pruebas de alimentos que provoquen alergias y desensitización.
- Rehabilitación cardíaca o rehabilitación a largo plazo.
- Servicios relacionados con cambio de sexo / género.
- Servicios relacionados con abortos no terapéuticos.
- Alimentos y suplementos nutricionales para uso en el hogar.
- Servicios excluidos por el plan de Gastos Médicos Mayores.
- Servicios de ambulancia marítima o área.
- Servicios para tratamientos de leucemia aguda.
- Las sub-especialidades o servicios que no estén cubiertos bajo el Plan aun cuando estén disponibles en el Hospital Auxilio Mutuo.
- Servicios de autopsia y servicios post-mortem.
- Cualquier servicio o suplido para el tratamiento de lesiones por guerra, motines, terrorismo, revueltas, protestas, protestas en masa, insurrección o causas similares.
- Cuidado de condiciones que la legislación federal, estatal o local requiera que sean tratadas o cubiertas por una entidad pública.
- Cargos por servicios prestados a familiares, amigos o relacionados del Socio paciente.
- Tratamiento electivo o voluntario para pérdida de peso, crecimiento de cabello, aptitud sexual, aptitud atlética, aptitud mental, uso de hábito de fumar, propósitos cosméticos y antienvjecimiento.
- Exámenes físicos, incluyendo, pero sin limitarse aquellos exámenes para conseguir o continuar en el empleo, aseguradoras, escuelas, campamentos o viajeros.

- Cuidado diestro de enfermería (Skilled Nursing Facilities).
- Tratamiento con hormonas de crecimientos (GHT).
- Terapia de rehabilitación a largo plazo.
- Programas de ejercicios.
- Servicio de audición (exámenes, tratamientos y suministro).
- Aparatos para la audición (exámenes y pruebas para ello).
- Timpanometría.
- Servicios de optometría.
- Exámenes tratamientos y suministro: lentes de contacto, espejuelos, montura, exámenes de la vista, ejercicios oculares, ceratotomía radial, otras cirugías refractivas.
- Cuidado de los Pies: zapatos correctivos y ortopédicos, apoyo a la espalda, ortóticos del pie, almohadilla ni tazas del talón, apoyo lumbosacral, faja, tirantes, medias elásticas y otros aparatos de apoyo, extremidades, manga de muñón.
- Servicios Prostéticos: prótesis del seno para uso externo y sostenes quirúrgicos, incluyendo el reemplazo según necesario, luego de una mastectomía. Aparato prostético interno, tales como articulaciones artificiales, marcapasos, dispositivos e implantes cocleares.
- Pelucas, piezas y/o extensiones para el cabello.
- Tratamientos alternos.
- Bioretro alimentación.
- Clases y Programas Educativos
- Clínica de control de peso.
- Clínica de diabetes.
- Cirugía Reconstructiva.
- Cirugía para corregir un defecto funcional.
- Cirugía para corregir una condición causada por una enfermedad o lesión si la condición produjo cambios drásticos en la apariencia del Socio.
- Cirugía para corregir una condición que existió en o desde el nacimiento y es una desviación significativa de la forma normal de nacimiento. Ejemplos de anomalías congénitas son: deformidades de orejas protuberantes, marcas de nacimiento, dedos de las manos y de los pies unidos.
- Todas las fases de la reconstrucción de los senos luego de una mastectomía, tales como: Cirugía para producir una apariencia simétrica de los senos, excepto si es por diagnóstico de Cáncer de

Seno.

- Tratamiento para cualquier complicación física. Ej. Linfedemas.
- Cirugía Cosmética. Cualquier procedimiento quirúrgico realizado con el propósito principal de mejorar la apariencia física de una persona por medio de cambios en la forma natural del cuerpo, con la excepción de reparación corporal tras enfermedad o accidente tales como: aumento de senos, reducción de senos, liposucción, lipoescultura, abdominoplastía, rinoplastia, otros.
- Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Implantes orales y trasplantes.
- Procedimientos que involucran los dientes y sus estructuras de apoyo (support), tales como la membrana periodontal, gingival y el hueso alveolar.
- Anestesia Epidural.
- Inmunización de rutina para niños mayores de 6 años y adultos inclusive vacunas recomendadas para personas de 65 años en adelante.
- Inmunización para viajeros.
- Pruebas de Patología Inmunológica.
- Pruebas de Patología Inmuhistoquímica.
- Pruebas PAPS Especializadas
- Rotavirus.
- Sonogramas de rutina para determinar edad del feto, tamaño o sexo.
- Servicios de Planificación Familiar, tales como: esterilización voluntaria, anticonceptivos implantados quirúrgicamente, artefactos intrauterinos (IUD's), anticonceptivos orales e inyectables, artefactos anticonceptivos (diafragmas), revertir el proceso de esterilización voluntaria, consejería genética.
- Servicios o Procedimientos para el Tratamiento de la Infertilidad, tales como: inseminación artificial "in-vitro", arrendamiento de vientres, servicios de infertilidad tras una esterilización voluntaria o cualquier método para procrear de manera artificial o asistida.
- Procedimientos de Tecnología de Reproducción Asistida tales como: Fertilización *In Vitro*.
- Transferencia de embrión, transferencia de gameto Intra-Falopio (GIFT) y transferencia de cigoto Intra-Falopio (ZIFT), y otros análogos.
- Transferencia de Cigoto tales como: costo de la esperma donada, costo de los óvulos donados, drogas de fertilización.
- Abortos voluntarios.

- Inserción de prótesis internas.
- Servicios, drogas o tratamiento relacionados con transformación de sexo.
- Cuidado de custodia, remedios de descanso, cuidado convaleciente, domiciliario o cuidado en el hogar.
- Artículos para la comodidad personal, tales como: teléfono, televisión, servicios de barbería, comidas y cama para visitas.
- Cuidado de enfermería, privado y especializado.
- Procedimientos, tratamientos, drogas o artefactos experimentales.
- Sangre o derivados de sangre (plasma).
- Equipo Médico Duradero (DME) tales como: Alquiler o compra, incluyendo reparación y ajustes de equipo médico duradero según recetado por su médico, tales como oxígeno y otro equipo respiratorio, camas de posiciones estilo hospital, sillas de ruedas, pulmones de hierro "iron lungs", andadores, monitores de glucosa en la sangre, equipo de oxígeno, muletas, bombas de Insulina, otro DME que no esté contemplado en la lista, otro equipo respiratorio.
- Plan de Socios queda relevado de toda obligación de prestarle servicios médico quirúrgicos o de hospitalización o cualquier otra índole en cuanto a enfermedades, trastornos o padecimientos contraídos o existentes con antelación a la fecha de admisión del Socio y de cubierta por el Plan de Socios luego de la aceptación y/o efectividad de cubierta, la cuota de estos aun cuando los hubiese informado en el proceso de aspirante o solicitud al Plan. Se considera además una condición pre-existente aquella condición no diagnosticada pero que sea sospechada en o antes de obtener la cubierta del Plan de Socios.
- Enfermedades relacionadas con condiciones pre-existentes.
- Servicios a que el Socio tenga derecho a cubierta por ACAA, FSE, instituciones privadas o gubernamentales, federales o estatales, serán atendidas por el hospital siempre y cuando el socio consiga la debida autorización y garantía de pago de la Agencia concerniente.
- Condiciones por motivos de negligencia, daños o actos delictivos del Socio o de terceras personas, auto-infligidos o por conductas contranatural.
- No se reembolsará por los gastos personales incurridos para el Socio.
- No se reembolsará por servicios o consultas que el Socio haya recibido que no estén cubiertas, y si cubierta no contratados por Plan de Socios, ni sean medicamente necesarios.
- Transportación aérea o marítima en y fuera de Puerto Rico.

CAPÍTULO XVII. CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES O "MAJOR MEDICAL"

El Plan de Socios ofrece, como se define este término a continuación, la cubierta de servicios "Major Medical" para ofrecer cubierta de servicios de emergencias fuera del Hospital Auxilio Mutuo o para recibir servicios pre-autorizados por el Plan de Socios por parte de proveedores externos al Hospital Español Auxilio Mutuo, o sus compañías afiliadas y médicos contratados por el Hospital.

La cubierta de "Major Medical" tiene como objetivo ampliar y complementar los servicios médicos que actualmente ofrecemos a nuestros Socios y los beneficios cubiertos se resumen a continuación. Se activará la cubierta de "Major Medical" siempre y cuando no se transfiera el paciente a los servicios del Hospital Auxilio Mutuo por su condición médica, debidamente certificado por el médico a cargo del paciente.

SECCIÓN 17.1 BENEFICIOS APLICABLES A CADA SOCIO

Máximo vitalicio	\$250,000.00
Suma deducible por año calendario	\$150.00
Co-aseguro (porcentaje de reembolso)	80%
Co-aseguro por año calendario	\$500.00

Los gastos cubiertos serán aquellos que no se puedan prestar en el Hospital Auxilio Mutuo o mientras viaja el Socio con otro propósito que no sea el de recibir servicios médicos, siempre y cuando la ausencia fuera de Puerto Rico no dure más de sesenta (60) días. El Plan de Socios actuará como plan secundario, cuando el Socio tenga derecho a una cubierta de servicios similar bajo un plan de salud, siempre que los servicios recibidos no sean exclusiones del Plan de Socios.

Después de satisfacer el deducible (\$150) el Plan de Socios pagará el 80% de los primeros \$2,500.00 basado en las tarifas del Plan. Una vez cubierto el deducible y el 20% de copago por el Socio, el Plan de Socios cubrirá al 100% mientras dure el tratamiento y la cubierta esté en vigor y cubra dicho tratamiento.

Aquellos servicios médicos que recibe el Socio mientras este viajando con el propósito de obtener

servicios o consultas médicas, no serán cubiertos. Aquellos casos referidos fuera de Puerto Rico y pre autorizados que se puedan prestar en Puerto Rico tendrán un co-pago de un veinte por ciento (20%) de los gastos elegibles sin máximo de co-pago, después de haber satisfecho el deducible antes mencionado. El reembolso el Plan en estos casos será el ochenta por ciento (80%) del costo de los servicios según sea la tarifa del plan.

SECCIÓN 17.2 MÁXIMO DE BENEFICIOS

Beneficios Máximos de por vida

En ausencia de cualquier cobertura similar a la del Plan de Socios bajo un plan de salud emitido en o fuera de Puerto Rico, a la que tenga derecho un Socio, todo Socio tendrá un beneficio de Gastos Médicos Mayores con un total máximo de por vida de \$250,000.00.

Para Socios que se encuentren viajando fuera de los Estados Unidos el máximo pagadero por año será de \$20,000 siempre y cuando la ausencia no dure más de 60 días y que no sean servicios médicos.

SECCIÓN 17.3 CUBIERTA MÉDICO HOSPITALARIA

Beneficios Debido a la Falta de Facilidades en el Hospital Auxilio Mutuo

Los Socios tendrán derecho, previa autorización escrita del Plan, a obtener en otras instalaciones hospitalarias servicios médico-quirúrgicos no disponibles en el Hospital Auxilio Mutuo o sus compañías afiliadas y médicos contratados por el Hospital, por no formar parte de los servicios que sus instalaciones hospitalarias ofrecen a sus pacientes y que no sean exclusiones del Plan de Socios.

MIENTRAS VIAJA EL SOCIO FUERA DE PUERTO RICO

Gastos Médicos y Hospitalarios de Emergencias mientras viaja el asegurado con otro propósito que no sea el de obtener servicios médicos fuera de Puerto Rico ya sea por enfermedad o accidente en cualquier parte del Mundo (mediante reembolso al Socio). En el caso de especialidades médicas no contratadas por el Hospital Auxilio Mutuo o sus compañías afiliadas y médicos contratados por el Hospital, estas están cubiertas hasta un máximo vitalicio de \$5,000 y un máximo de habitación elegible: semi – privada.

CONDICIONES CUBIERTAS FUERA DE PUERTO RICO

1. Accidentes traumáticos, heridas y laceraciones.

2. Fracturas o dislocaciones.
3. Cólico renal y biliar
4. Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria.
5. Sangramiento.
6. Ataque agudo de asma bronquial y/o dificultad respiratoria aguda.
7. Vómitos y diarreas severas.
8. Dolor agudo de abdomen o pecho
9. Convulsiones
10. Episodios de fiebre alta y persistente
11. Episodios neurológicos agudos
12. Estados de choque ("shock ")
13. Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia
14. Cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz y otras cavidades naturales
15. Envenenamiento, hemorragias y quemaduras severas
16. Retención aguda de orina
17. Presencia súbita de sangre en la orina
18. Pérdida súbita de la visión
19. Tanto para las condiciones enumeradas y no enumeradas en los incisos anteriores serán elegibles, siempre y cuando se adjunte un reporte médico detallado con la factura para evaluación del Plan. Si se comprueba que la atención médica era imprescindible por la seguridad de vida del asegurado será pagada, sujeto a los términos y cubiertas del Plan de Socios. En caso de accidente, el asegurado deberá asistir a la Sala de Emergencias durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente.

Sección 17.4 Servicios Cubiertos

Nota: todas las exclusiones que aplican a servicios médicos hospitalarios también aplican a "Major Medical"

La cubierta de dichos servicios comprenderá lo siguiente:

1. Alimentos regulares o especiales (alimentos especiales únicamente si son ordenados por el médico de cabecera)
2. Uso de Sala de Cirugía
3. Cirujanos
4. Atención médica
5. Uso de Sala de Recuperación
6. Servicios generales de enfermeras profesionales empleadas del hospital.
7. Productos biológicos, materiales de anestesia y medicamentos mientras estén hospitalizados.
8. Anestesia suministrada por un médico.
9. Servicios clínicos de laboratorio.
10. Servicios de radiografía, incluyendo los gastos relacionados con el médico.
11. Electrocardiogramas, incluyendo los gastos relacionados con el médico.
12. Cirugía patológica suministrada por un patólogo.
13. Terapia física suministrada por un fisioterapeuta profesional del hospital.
14. Uso de cualesquiera otras facilidades, equipos y materiales que sean usualmente suministrados por el hospital y que hayan sido ordenados por el médico asistente, así como facilidades, equipos y materiales que no se encuentran excluidos en la sección titulada "Exclusiones" bajo el Plan de los Socios.
15. Gastos para el uso de Sala de Cirugía del hospital, así como por equipo y materiales requeridos por el médico cirujano o asistente.
16. Habitación semi-privada.
17. Estudios Cardiovasculares invasivos y no invasivos preoperatorios, realizados por Médicos Proveedores, cero deducibles; co-aseguro un 40% de las tarifas para Proveedores Preferidos del Plan, hasta un desembolso máximo de \$500.00. Tarifas para Médicos No Proveedores, serán iguales a las tarifas de Médicos Proveedores.

Sección 17. 5 Emergencias Médicas en Puerto Rico

Sujeto a los términos y condiciones del Plan de Socios, se consideraran las siguientes emergencias en Puerto Rico:

1. Accidentes traumáticos, heridas y laceraciones

2. Fracturas o dislocaciones
3. Cólico renal y biliar
4. Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria
5. Envenenamiento, hemorragias y quemaduras severas
6. Dificultad respiratoria aguda
7. Vómitos diarreas severas
8. Dolor agudo de abdomen o pecho
9. Convulsiones
10. Estados de choque ("shock")
11. Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia
12. Cuerpo extraño en los ojos, nariz y otras cavidades naturales
13. Pérdida súbita de la visión

Beneficio Máximo por Año Calendario \$10,000, o los gastos necesarios para estabilizar al Socio y trasladarlo al Hospital Auxilio Mutuo, y la correspondiente asistencia médica para tratamiento de la condición cubierta en esa facilidad, como consecuencia de que el traslado al Hospital Auxilio Mutuo no sea viable, lo que resulte menor.

Co-pagos:	
Sala de Emergencia	\$75.00
Hospitalización	Aplica a "Major Medical"

Exclusiones

- Accidentes automovilísticos.
- Accidentes relacionados con la ocupación o profesión.
- Heridas o enfermedades auto infligidas intencionalmente en estado de cordura o locura.
- Accidentes mientras el Socio este compitiendo en eventos deportivos y/o usando equipo motorizado como "Jet Skis", automóviles, aviones, botes, four tracks, lanchas, etc.
- Daños causados por un tercero.
- En caso de una reclamación judicial para el pago de estos servicios, el Socio debe notificar al Plan de Socios para ejercer su Derecho de Subrogación. En caso de que el Plan de Socios pague por algún servicio excluido, el mismo será facturado al Socio.
- Hospitales Elegibles: Todos los hospitales de Puerto Rico, Vieques y Culebra.

SECCIÓN 17.6 EXCLUSIONES GENERALES DEL MAJOR MEDICAL

Nota: todas las exclusiones que aplican a servicios médicos hospitalarios también aplican a “Major Medical”.

No están cubiertas por el Plan de Gastos Médicos Mayores aquellas condiciones que no cubre el Plan de Socios, siendo consideradas como exclusiones los siguientes ejemplos:

1. Enfermedades mentales y tratamientos de alcoholismo y drogadicción;
2. Convalecencia en casas de salud u hogares.
3. Servicios dentales, exceptuando Cirugía maxilofacial realizada a consecuencia de un accidente cubierto por el Plan bajo Major Medical debidamente documentado y ocurrido después de ser efectiva la cubierta del Plan de Gastos Médicos Mayores.
4. Sangre o plasma.
5. Cualquier cargo efectuado a un Socio por una condición pre-existente hasta que el Socio haya estado cubierto por un periodo de doce (12) meses, siempre y cuando no se haya cancelado la cubierta del Socio por dicha condición (no aplica a Socios ingresados antes del primero de enero de 1992).
6. Cargos por cualquier tratamiento relacionado con Cirugía plástica, excepto debido únicamente a una herida corporal o quemadura accidental que ocurrió mientras el Socio estaba asegurado bajo la cubierta del plan y ocurrida mientras el Socio viajaba fuera de Puerto Rico.
7. Septoplastía, rinoplastia, mamoplastía y servicios médico-hospitalarios relacionados con las mismas.
8. Servicios de ambulancia terrestre marítima o aérea fuera de Puerto Rico y ambulancia aérea o marítima en Puerto Rico.
9. Operaciones cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear; o vasectomía o salpingectomia.
10. Gastos o servicios por custodia, enfermeras privadas, o servicios de comodidad personal.
11. Lentes para visión, espejuelos y/o lentes de contacto y aditamento para la audición, incluyendo el examen diagnóstico.
12. Visitas y servicios prestados por ópticos, naturópatas y visitas médicas en el domicilio del asegurado.
13. Tratamiento de acupuntura, excepto cuando sea utilizado como anestesia debido a necesidad médica.
14. Terapia ocupacional.
15. Drogas o medicamentos para uso ambulatorio.

16. Maternidad y sus complicaciones.
17. Cargos por cualquier tratamiento cubierto por el Fondo del Seguro del Estado, tanto en Puerto Rico como en cualquier otro país.
18. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos considerados como experimentales o investigativos hasta que el "Food and Drug Administration" de Estados Unidos de Norte América los haya autorizado. No cubre Trasplante de órgano, cornea, o gastos relacionados con la condición; excepto como se menciona bajo la cubierta de Trasplante de órganos.
19. Examen físico con el propósito de expedir certificados médicos de cualquier índole.
20. Todo servicio y cargos por los cuales el asegurado no está legalmente obligado a pagar.
21. Todo servicio y cargos relacionado con lesiones auto infligida.
22. Visitas médicas ambulatorias, Rayos X, Biopsias, estudios o laboratorios ambulatorios, excepto aquellos que se relacionen con el tratamiento post operativo de una cirugía o tratamiento autorizado por escrito por el Plan de Socios o accidentes fuera de Puerto Rico que tengan cobertura bajo la cubierta del Plan de Gastos Médicos Mayores, y efectuados fuera de Puerto Rico.
23. Todo servicio y cargos relacionados con accidentes automovilísticos en Puerto Rico.
24. Servicios excluidos en el Plan de Socios.
25. Cargos en exceso a las tarifas del Plan de Socios.
26. Negligencia de terceros.

Beneficios de Transporte:

Para Socios cuyos ingresos brutos familiares, según aparezcan reportados al Departamento de Hacienda de Puerto Rico, no excedan de la cantidad de \$20,000.00 anuales, y con la previa autorización por escrito de Plan de Socios para recibir tratamiento médico fuera de Puerto Rico debido a la falta de facilidades en el Hospital Auxilio Mutuo y en Puerto Rico para recibir el tratamiento o la intervención quirúrgica que requiera por prescripción médica, el Socio tendrá derecho a que Plan de Socios le reembolse el 100% del costo de un pasaje de ida y vuelta a cualquier lugar en el mundo donde vaya a recibir dichos servicios, en clase económica, más el 50% del costo del pasaje de ida y vuelta de un acompañante, también en clase económica.

Además, por cada día de hospitalización fuera de Puerto Rico y por la cual se haya recibido autorización previa por escrito de Plan de Socios debido a la falta de facilidades en el Hospital

Auxilio Mutuo y en Puerto Rico para recibir dichos servicios, al Socio se le reembolsará (sujeto a la prestación de facturas que acrediten dicho gasto) hasta un máximo diario de \$90.00 por el alojamiento en un hotel, mas \$25.00 para alimentos y gastos incidentales.

No obstante a lo expresado en esta cubierta, servicios ofrecidos en instalaciones no autorizadas no están cubiertos. El máximo pagadero bajo este beneficio es de \$4,000.00 por enfermedad o condición que requiera de los servicios cubiertos bajo la cubierta. Queda excluido de dicha suma el costo del pasaje de ida y vuelta del Socio.

Para Socios cuyos ingresos brutos familiares, según reportados al Departamento de Hacienda de Puerto Rico, sobrepasan los \$20,000.00 anuales pero no excedan de \$30,000.00, tendrán los mismos beneficios que los Socios cubiertos por el apartado anterior número (1) pero con un máximo pagadero de \$2,000.00 por enfermedad o condición que requiera de los servicios cubiertos por la póliza. Esto cuando el servicio no esté disponible en el Hospital Auxilio Mutuo ni en Puerto Rico.

Para Socios cuyos ingresos brutos familiares anuales excedan de \$30,000.00 y que tengan autorización por escrito de Plan de Socios para recibir tratamiento médico fuera de Puerto Rico debido a la falta de facilidades en el Hospital Auxilio Mutuo, Plan de Socios le reembolsará el 100% del costo del pasaje de ida y vuelta del Socio en clase económica.

Servicio de Ambulancia terrestre desde cualquier sitio en Puerto Rico hasta el Hospital Auxilio Mutuo, debido a comprobada necesidad médica, sin deducibles o co-aseguro. El beneficio máximo por año calendario no excederá los \$250.00. Nota: Este servicio incluye traslados del Hospital Auxilio Mutuo a otras instituciones Hospitalarias en Puerto Rico.

Beneficio de Gastos de Transporte y Funeral

Si un Socio fallece en un hospital fuera de Puerto Rico como consecuencia de una condición elegible para cobertura bajo la póliza, Plan de Socios pagará hasta un máximo de \$5,000.00 para gastos de transporte del cadáver al lugar de su entierro y para los gastos de funeral. Dicha partida será reembolsada a aquella persona que presente evidencia fehaciente y corroborable del pago de estos servicios o directamente a la funeraria.

Socios No-Residentes

El Plan no cubre servicios a Socios que al momento de surgir la condición que requiera la prestación de servicios médico-hospitalarios cubiertos por el Plan, estén residiendo fuera de la demarcación territorial del Estado Libre Asociado de Puerto Rico por razón de sus estudios, empleo o cualquier otra razón, o aquellos que hayan estado de viaje fuera de Puerto Rico por más de sesenta (60) días. Este Plan cubre a residentes bonafide de Puerto Rico.

SECCIÓN 17.7 DEFINICIONES BAJO "MAJOR MEDICAL"

Conforme se usa en esta Cubierta de Beneficios de Gastos Médicos Mayores, las siguientes frases o palabras tienen el significado que aquí se expresa:

Todo servicio bajo "Mayor Medical" está sujeto a las cubiertas del Plan.

La palabra "Socio" se refiere a cualquier Socio cubierto por el Plan.

La frase "gastos médicos mayores" se refiere a los gastos razonables y necesarios por cuidados y servicios médicos que están cubiertos bajo el Plan, que son ordenados por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina en el país donde se presten los servicios médico-hospitalarios (con excepción de un médico cuya licencia limita su práctica a una o más ramas específicas) y los cuales están descritos en las disposiciones de esta cubierta sobre las inclusiones y limitaciones del Plan.

La palabra "pre-autorización" se refiere a la autorización previa expedida por escrito por el **Plan de Socios** a la persona asegurada para recibir beneficios.

En los casos en que el **Plan de Socios** requiera autorización previa a la prestación de los servicios, el **Plan** no será responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha autorización por parte de **Plan de Socios**. Se requiere pre-autorización para toda cirugía y estudio especializado. En casos de emergencias, si el asegurado no puede comunicarse con la oficina del Plan de Socios, el Plan hará una determinación sobre el caso.

"Emergencias" cualquier condición o lesión que requiera atención médica de inmediato.

"Deducible" es la cantidad de gastos médicos mayores, (como se indica en este Plan) incurridos por un Socio asegurado durante el periodo de acumulación bajo los beneficios cubiertos por el Plan, por cuya suma el Socio no es reembolsado y que debe haber incurrido para que se active la cubierta de Mayor Medical. El deducible será aplicado al Socio por cada periodo de acumulación.

"Co-pago" es el porcentaje de los honorarios establecidos, de acuerdo a la escala de honorarios que pagará la persona directamente al proveedor al recibir los servicios (hospitales, médicos, laboratorios, etc.), según el contrato de "Major Medical". El Socio deberá pagar un co-pago de un 20% después de satisfacer el deducible. El máximo del co-pago nunca excederá la cantidad de los \$500.00. Sujeto a la disposición de la cubierta.

Aquellos casos referidos fuera de Puerto Rico, y que se puedan prestar en Puerto Rico, tendrán un co-pago de un veinte (20%) por ciento de los gastos elegibles sin máximo de co-pago, después de haber satisfecho el deducible de la cubierta de "Major Medical".

"Periodo de Acumulación/Año Cubierta" se refiere a un periodo continuo durante el cual el Socio asegurado haya incurrido en la cantidad de gastos médicos mayores necesarios para satisfacer el deducible. Un periodo de acumulación comenzará el primer día de un año calendario y terminará el último día del mismo.

El término "hospital" se refiere a una institución operada de acuerdo con la ley, la cual está principalmente comprometida en proveerse con las facilidades necesarias para ofrecer servicios a pacientes, de médicos, facilidades para diagnósticos y cirugía y servicios similares, que se requieren para la atención y tratamiento de personas heridas y enfermas consideradas como pacientes, y la cual ofrece dichas facilidades bajo la supervisión de un cuerpo de médicos y cuenta con veinticuatro (24) horas diarias de servicios de enfermeras graduadas. En ningún caso, sin embargo, dicho término "hospital" incluirá una institución la cual este principalmente dedicada a casas de reposo, de convalecencia, o de envejecientes, o está principalmente dedicada a la atención y tratamiento de adictos a drogas y alcohólicos.

"Condiciones Pre-existentes". Aquellas que se relacionan con la misma enfermedad por la que el Socio asegurado haya recibido tratamiento médico dentro del periodo de los doce (12) meses inmediatamente precedentes a la fecha en que quedó cubierto como Socio. No se pagará ningún beneficio hasta el fin de un periodo continuo de doce (12) meses durante los cuales el Socio asegurado no haya recibido atención médica o tratamiento alguno por dicha condición.

"Instalaciones de Salud y Servicios no Disponibles en el Hospital Auxilio Mutuo". Se refiere a aquellas instalaciones médico-hospitalarias y de cirugía, incluyendo el equipo e instrumentos necesarios para la atención y cura de enfermedades o lesiones sufridas por el Socio y que al

momento de la necesidad de dichos servicios o facilidades, los mismos no estén siendo ofrecidos en el Hospital Auxilio Mutuo.

SECCIÓN 17.8 DISPONIBILIDAD

En caso de que en el Hospital Auxilio Mutuo existan las facilidades de equipo necesarias para dar atención a un Socio, pero que no exista el personal médico para prestar el servicio necesario para el tratamiento del Socio, queda a discreción del Director Médico del Hospital Auxilio Mutuo el hacer los arreglos necesarios para proveer dicho personal para que preste servicios al Socio en las facilidades del Hospital Auxilio Mutuo exclusivamente con relación a la enfermedad o condición que le aqueja, estando entonces cubierto el Socio en lo que respecta a los servicios de hospitalización bajo el Plan de Socios.

CAPÍTULO XVIII TRASPLANTE DE ÓRGANOS HUMANOS Y TEJIDOS

Cualquier cargo por trasplante de órganos, corazón, corazón/pulmón, pulmón, páncreas, riñón, médula ósea, hígado o huesos, tendrá cobertura bajo esta cubierta, sujeto a las condiciones, términos y estipulaciones que a continuación se detallan.

A. Definiciones

Para el propósito único de esta cubierta, todos los términos usados en la misma están definidos como aparecen a continuación, y limitados a dicha interpretación solamente:

1. Periodo de Beneficio de Trasplante significa el periodo que comienza cinco (5) días antes de la fecha del procedimiento de trasplante de órganos o de tejido y termina doce (12) meses después de que el procedimiento fue llevado a cabo.
2. Procedimiento de Trasplante Cubierto significa cualquiera de los siguientes trasplantes de órganos y tejido humanos que sean medicamente necesarios:
 - a. médula ósea
 - b. corazón
 - c. corazón/pulmón
 - d. pulmón
 - e. hígado
 - f. páncreas/riñón
 - g. riñón
 - h. páncreas
 - i. huesos

3. Cuidado de Custodia significa:

- a. habitación y alimentos y otros servicios institucionales o de enfermeras, que son proporcionados a la Persona Cubierta debido a su edad o condición mental o física, primordialmente para asistirle en su diario vivir; o
- b. servicios médicos que son ofrecidos solamente como cuidado, para mantener el presente estado de salud del asegurado, y que no se espera puedan mejorar substancialmente una condición médica.

4. Instituciones de Trasplante Participantes significa cualquier hospital contratado para proveer Servicios de Trasplante relacionados con procedimientos de Trasplante Cubiertos a los Socios. En caso de no poder efectuarse el Trasplante en el Hospital Auxilio Mutuo, el mismo será referido por el Plan a otro hospital contratado.

5. Servicios de Trasplante significa lo siguiente:

- a. habitación y alimentos en el hospital, servicios generales de enfermeras, así como servicios y materiales que son medicamente necesarios y que no están incluidos en los cargos por habitación y alimentos;
- b. servicios de un médico para tratamiento y cirugía en el Procedimiento de Trasplante Cubierto;
- c. gastos de transportación y servicios médicos a un donante vivo por la remoción de un órgano para trasplantarlo al donatario hasta un máximo de \$20,000.00. Los beneficios por estos servicios son calculados después de los del donatario. Los beneficios combinados del donatario y del donante no excederán los máximos estipulados en este anexo;
- d. gastos de transportación razonables y necesarios incurridos por el donatario y un acompañante, en el viaje hacia y desde el lugar de la cirugía para el procedimiento de Trasplante Cubierto. El beneficio máximo para un acompañante será de \$5,000.00. Si el donatario es un menor de edad, gastos de transportación para dos (2) personas que lo acompañen serán provistos. En este caso, el beneficio máximo será de \$10,000 (máximo de \$5,000 por cada acompañante). Los gastos de transportación incluyen viaje de ida y vuelta en clase económica y gastos de hotel y comidas;
- e. servicio de enfermera privada por una Enfermera Titulada (R.N.) o una Enfermera Practicante con Licencia (L.P.N. o T.P.N.), cuando es recomendado por un médico. La enfermera no puede ser un miembro de la familia del paciente o

- vivir en la casa de este. En el hospital, los servicios de una enfermera privada están cubiertos únicamente si el personal regular del hospital no puede ofrecer el cuidado necesario, debido a la naturaleza de la condición del paciente;
- f. el costo de alquiler de silla de ruedas, cama especial de hospital y el equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria, siempre y cuando se utilicen fuera del hospital o en la casa del donatario, pero sin exceder el precio de compra de dicho equipo;
 - g. medicinas recetadas por un médico, incluyendo inmunosupresión; oxígeno, rayos x, exámenes de laboratorio y otros servicios para diagnóstico;
 - h. terapia de rehabilitación, consistiendo de: terapia del habla (no para entrenamiento de la voz o para corrección del ceceo); terapia auditiva; terapia visual; terapia ocupacional; fisioterapia;
 - i. vendajes y suministros quirúrgicos;
 - j. segunda opinión, si es requerida por el Plan. Esta segunda opinión debe ser dada por un médico que no esté asociado en ninguna manera con el médico que originalmente recomendó el Procedimiento o Trasplante Cubierto; y
 - k. servicio de ambulancia aérea, para transportar a una Persona Cubierta a una institución de Trasplante Participante.
6. Condiciones Pre-existentes significa aquellos gastos que se relacionan con la misma enfermedad por la que el donatario haya recibido tratamiento médico dentro del periodo de los doce (12) meses, inmediatamente precedentes a la fecha que quedo cubierto bajo este anexo. No se pagará ningún beneficio hasta el fin de un periodo continuo de doce (12) meses durante los cuales el donatario no haya recibido atención médica o tratamiento alguno por dicha condición.
7. Pre-certificación significa el procedimiento por el cual el Plan de Socios autoriza un procedimiento y los servicios de trasplante cubiertos. El Plan lleva a cabo una revisión de dichos servicios y determina si son medicamente necesarios y apropiados de acuerdo con la condición del paciente.

B. Limitaciones de Reembolso

1. El reembolso por Servicios de Trasplante para Procedimiento de Trasplante Cubiertos, será hecho de acuerdo con los porcentajes de coaseguro y los máximos por Socio, como se explica en este documento.

Los servicios de hospital, servicios médicos y todos los demás servicios, si el trasplante se efectúa en instituciones de Trasplante Participantes, serán reembolsados al 100% de la cantidad de los cargos. Si el trasplante de órgano es realizado en una institución no Participante, serán reembolsados al 80%, con previa autorización del Plan de Socios.

Los reembolsos serán hechos únicamente por aquellos servicios o suministros ofrecidos durante el periodo de beneficio.

2. Si un Procedimiento de Trasplante Cubierto no es efectuado como se había programado debido a la muerte o condición médica del donatario, se harán reembolsos por todos los servicios ofrecidos hasta la muerte del donatario, basado en la fecha que en que el médico del donatario hizo la decisión de no efectuar el trasplante.

El reembolso será efectuado únicamente hasta la cantidad que hubiera sido reembolsada si el trasplante hubiera sido practicado.

3. La cantidad máxima por Trasplante que puede ser reembolsable por cada donatario es de \$500,000.
4. El máximo vitalicio para este beneficio es de \$1,000.000.
5. El uso del servicio de ambulancia aérea, para transportar a la persona cubierta a una institución de Trasplante Participante, estará limitado a un máximo de \$7,500 por cada Periodo de Beneficio de Trasplante. No se pagará por este servicio cuando la persona cubierta sea transportada a una institución de Trasplante no Participante.
6. Periodo de Beneficio por Trasplantes Múltiples.

Si un donatario requiere más de un Procedimiento de Trasplante Cubierto mientras sea Socio, se considerará el reembolso por Servicios de Trasplante durante cada Periodo de Beneficio como sigue:

- a. Si cada Periodo de Beneficio es debido a causas no relacionadas entre sí, ellos son

considerados como Periodos de Beneficios separados.

- b. Si cada Periodo de Beneficio es debido a causas relacionadas entre sí, ellos son tratados como Periodos de Beneficios separados sí;
 - i. en el caso de un empleado, los Periodos de Beneficios están separados por el regreso del empleado al trabajo activo de tiempo completo por un periodo de noventa (90) días; o
 - ii. en el caso de un dependiente cubierto, los Periodos de Beneficios están separados por lo menos por noventa (90) días consecutivos.

- c. Si los Periodos de Beneficios son debido a causas relacionadas entre sí, ellos son tratados como un solo periodo cuando no están separados como se indica arriba en el inciso B.6.b.

C. Exclusiones

El Plan de Socios no reembolsará por cualquier servicio:

1. que no sea ordenado por un médico;
2. que al Socio no le sea legalmente requerido pagar, si la cobertura del Plan de salud no hubiera estado en vigor;
3. por lesión o enfermedad relacionada con el trabajo;
4. que sea efectuado a un donatario por una condición pre-existente hasta que este haya estado cubierto por un periodo de doce (12) meses bajo este anexo.
5. por Cuidado de Custodia;
6. que sea relacionado con el trasplante de cualquier órgano o tejido que no sea humano;
7. ofrecido por una institución o un médico fuera de los Estados Unidos de América;
8. que sea elegible para pago bajo cualquier fondo de investigación privado o público, ya sea o no que tal fondo fue solicitado o recibido;
9. que resulte de complicaciones de un Procedimiento de Trasplante Cubierto, a menos que se determine que tales complicaciones son el resultado inmediato directo de un Procedimiento Cubierto;
10. de Procedimiento de Trasplante Cubierto, si el mismo no está pre--certificado por el Plan;
11. por artefactos artificiales o mecánicos diseñados para reemplazar órganos de manera permanente o temporera;
12. por lesión corporal a consecuencia de intoxicación causado por alcohol, drogas o

sustancias tóxicas, excepto cuando dicha intoxicación sea involuntaria o sin intención;

13. por trasplante de hígado para tratar abuso de alcohol o drogas;
14. por trasplante de hígado para tratar Sarcoma o Hematoma;
15. por trasplante de hígado para tratar Hepatitis;
16. por trasplante de órgano en pacientes con Carcinoma, excepto trasplantes de médula ósea.
17. cualquier lesión o enfermedad resultante o atentado de cometer un asalto o combate o felonía o un acto de agresión, insurrección, rebelión o participación en un motín;
18. aquellos, resultantes por guerra o cualquier acción de guerra, ya sea declarada o no, por cualquier lesión o enfermedad mientras esté sirviendo como un miembro de las Fuerzas Armadas o Fuerzas de Defensa de cualquier tipo;
19. cuidado o tratamiento dado por un miembro de la familia inmediata del Participante (padre o madre, hijos o hijas y cónyuge);
20. cualquier cargo que resulte como consecuencia de enfermedad o accidente auto infligido;
21. drogas o medicinas prescritas o no por un médico para uso ambulatorio excepto como se indicara en la información de cubierta;
22. estarán excluidos servicios por accidente de automóvil y servicios disponibles con arreglo a la legislación estatal o federal, por las cuales la persona asegurada no está legalmente obligada a pagar. También estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes por razón del incumplimiento y/o violación de los requisitos de las leyes antes incluidas, aunque no constituya un delito.

D. Solicitud de Cubierta de Beneficios

El Plan de Socios aceptará asignación de beneficios en cualquier parte del Mundo. Esto es, que los beneficios a que usted tiene derecho se le pagarán directamente al proveedor de dichos servicios, evitándose así tener que desembolsar grandes cantidades de dinero. Para accidentes o enfermedades de emergencias que no requieran hospitalización, se recomienda que el asegurado pague y solicite reembolso. Para facilidad de los asegurados, el Plan de Socios aceptará cualquier formulario de reclamación universal o aprobada por La Ley HIPAA.

Toda reclamación deberá tener la siguiente información.

1. Nombre del Paciente
2. Diagnóstico
3. Desglose unitario de los cargos, procedimientos o tratamientos efectuados.
4. En caso de accidente deberá indicar:
 - a. Dónde ocurrió
 - b. Cómo ocurrió
 - c. Hora del accidente
 - d. Copia de los pasajes de transporte

5. Número de Socio
6. Algún teléfono donde el Socio pueda ser localizado
7. Dirección Residencial
8. Si el Socio tiene otro Seguro Médico

Para que estén cubiertos aquellos cargos debido a la falta de servicios en el Hospital Auxilio Mutuo, se necesita previa autorización del Plan de Socios.

Derecho a Recibir y Facilitar la Información Necesaria

Con el propósito de determinar cómo deben ser aplicados y de implementar los términos de esta estipulación del Plan o cualquier otra estipulación de propósitos similares de cualquier otro plan, el Plan de Socios puede, sin el consentimiento del Socio o notificación a cualquier persona, facilitar u obtener de cualquier compañía aseguradora u otra organización o persona, cualquier información con respecto a alguna persona que el Plan de Socios estime necesario para dichos propósitos. Cualquier persona que reclama beneficios bajo este seguro tendrá que presentar al Plan de Socios la información que sea necesaria para implementar esta estipulación.

Facilidad de Pago

El Plan de Socios tendrá el derecho ejercitable a su propia discreción, de pagar a cualquier otra organización que haya estado efectuando pagos bajo otro plan, cualesquiera cantidades que determine como garantía para satisfacer el intento de esta estipulación, cuyas cantidades pagadas serán consideradas como beneficios pagados bajo este seguro al efectuar dichos pagos. El Plan de Socios estará completamente relevado de toda responsabilidad por cualquier cantidad que estuviere obligada a pagar bajo dicho plan.

Derecho de Recuperación o Subrogación

Cualesquiera pagos que hayan sido efectuados por el Plan de Socios con respecto a Gastos Permitidos, en una cantidad total, que en cualquier momento exceda de la cantidad máxima de pago necesaria en ese momento para satisfacer la intención de esta estipulación, podrán ser recuperadas por el Plan de Socios. Plan de Socios tendrá ese derecho de extensión de dicho exceso, entre uno o más de las siguientes personas naturales o jurídicas, según sea determinado por el Plan, a quienes dichos pagos fueran hechos o que son responsables primariamente por tales pagos.

Limitaciones Especiales Respecto Hospitales Manejados por el Gobierno

Los pagos de admisiones en un hospital, suministros, servicios o asistencia médica, incurridos en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno, bien sea Federal, Estatal, Provincial, de Dominio, Municipal, Estado Libre Asociado etc., o cualquier sub-división política de ellos, en que el individuo normalmente no tiene que pagar, podrán ser reembolsados solamente en casos de emergencias o de accidentes no cubiertos por la Ley 45 del 18 de abril de 1935, conocida como Ley de Compensación del Trabajador, actualmente en vigor, si el asegurado recibe ese servicio por parte del hospital y si dichos beneficios están incluidos en el plan, sujetos a las cantidades que aparecen en el Cuadro de Beneficios y a los límites máximos convenidos en dicho plan.

CAPÍTULO XX. Glosario de Términos Generales

Ambulancia: Vehículo de motor, con licencia debidamente otorgada por la Comisión de Servicio Público, para transportar personas a instalaciones de salud en casos de emergencias médicas. El servicio debe ofrecerse hacia o desde un hospital.

Aspirante: Persona que se encuentra en el proceso requerido para cualificar como Socio del Plan de Socios.

Autorización: Permiso otorgado por el Socio para el uso y divulgación de información de salud protegida por la ley federal de privacidad, Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA), a terceras personas y/o instituciones a petición del Socio. La Autorización es otorgada al Plan de Socios por medio de un formulario firmado por el Socio. Este permiso no es necesario para tratamiento, pago u operaciones administrativas del Plan de Socios.

Baja: Persona que ha dejado de ser Socio del Plan de Socios.

Cirugía Cosmética: Cirugía que tiene como propósito mejorar la apariencia individual y no la restauración o corrección de deformidades. La cirugía cosmética no se convierte en cirugía reconstructiva por afecciones siquiátricas o psicológicas.

Cirugía Reconstructiva: Cirugía que se realiza en estructuras anatómicas anormales con el propósito de mejorar defectos en función y en apariencia originados por defectos congénitos, enfermedades o traumas.

Clínicas Externas: Especie de dispensario, o establecimiento destinado a prestar asistencia médica y farmacéutica, adonde acude el Socio para consultarse con los proveedores de servicio.

Coaseguro: Por ciento de los honorarios establecidos, de acuerdo con una escala determinada,

que pagará el Socio directamente al proveedor al momento de recibir los servicios.

Comisión de Socios: Grupo de personas designado por el Presidente de la Junta de Síndicos de la Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico cuya función primordial es evaluar y recomendar a la Junta de Síndicos todos los asuntos relacionados con el Plan de Socios.

Comité de Apelaciones: Comité nombrado por la Comisión de Socios de la Sociedad Española para revisar las apelaciones de los Socios y tomar determinaciones en cuanto a las mismas, así como para cualquier otra función que le sea asignada. El Comité estará compuesto por personas con experiencia en áreas de calidad de servicio, utilización médico-hospitalaria y un miembro bonafide del Plan de Socios.

Condición Pre-existente: Lesión o enfermedad que haya evolucionado en una persona desde un año antes del ingreso como Socio del Plan de Socios, aunque ésta no haya sido diagnosticada. Esto incluye los beneficios de maternidad.

Coordinación de Beneficios: Metodología utilizada para integrar y coordinar el pago de los beneficios que puede recibir el Socio bajo dos o más planes de salud, para evitar que los beneficios obtenidos por el Socio de los distintos planes de salud excedan cien por ciento (100%) de los gastos médicos permitidos.

Co-pago: Cantidad que paga el Socio por determinados servicios, como por ejemplo una consulta médica o un medicamento.

Cuota: Pago mensual establecido que el Socio se compromete a realizar al Plan de Socios para tener derecho a recibir los servicios que provee el Plan.

Deducible: Cantidad de dinero determinada, que paga el Socio al proveedor, al recibir los servicios.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (“HHS”): Agencia federal a cargo de monitorear que las entidades cubiertas operen conforme a la legislación federal HIPAA.

Divulgación: Acto de divulgar o publicar información de un Socio en cualquier formato y/o manera por la entidad cubierta que posee la misma, a una tercera institución y/o persona. La divulgación de información de salud protegida es estrictamente regulada por HIPAA y sólo puede ser publicada bajo una serie de excepciones establecidas en la misma ley o por la autorización escrita del Socio.

Emergencia Médica: Cuando usted cree razonablemente que su salud está en serio peligro, cuando cada segundo cuenta. Una emergencia médica incluye dolor severo, una lesión grave, una enfermedad seria o una condición médica que se está agravando rápidamente. Con respecto a la mujer embarazada que esté experimentando contracciones, representa “Emergencia Médica” el que no haya tiempo suficiente para efectuar una transferencia segura a otro hospital antes del alumbramiento ya que dicha transferencia puede representar una amenaza a la salud o

seguridad de la mujer y/o a la de su bebé no nacido.

Entidad Cubierta: Entidad jurídica obligada a regirse por las regulaciones establecidas en HIPAA.

Algunos de éstos son: Planes de Salud, Proveedores de Salud y Casa de Intercambio ("Clearinghouse") (Ej. Compañía de Facturación Médica Electrónica).

HIPAA: "Health Insurance Portability and Accountability Act" (HIPAA por sus siglas en inglés) es una ley federal aprobada en el 1996. Las provisiones de confidencialidad de la ley HIPAA conocida como Regla de Privacidad, protegen cierta información de salud para que no se utilice o divulgue incorrectamente. Uno de sus requisitos es que la industria de salud, adopte unos estándares óptimos de privacidad y seguridad para sus actividades administrativas, financieras o de cualquier clase, y estandarizar la transmisión electrónica de información.

Hospital: Hospital Español Auxilio Mutuo de Puerto Rico, Inc., corporación cuyo único Socio corporativo es la Sociedad Española y con la cual se contratan la mayoría de los servicios médicos-hospitalarios ofrecidos a los Socios de Plan de Socios. Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde también se practica la investigación y la enseñanza. Es una institución legalmente autorizada para operar como tal, que provee cuidado de enfermeras graduadas veinticuatro (24) horas al día. Cuenta, con facilidades para diagnóstico y tratamiento en la que laboran médicos-cirujanos debidamente acreditados.

Información de Salud: Información oral, escrita, grabada que es creada o recibida por: un proveedor de salud, plan de salud, agencia gubernamental de salud, patrono, aseguradora de vida, escuela, universidad o compañías de procesamiento de información de salud y se relaciona con la condición médica, pasada o presente, de un Socio.

Información de Salud Protegida: Información médica de un Socio que contiene datos que pueda hacer evidente su identificación y es creada, recibida o mantenida por una entidad cubierta. (Ej. Expediente Médico).

Junta de Síndicos: Junta de Gobierno de la Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico.

Médico-Cirujano No Participante: Médico-Cirujano con licencia regular expedida por el Tribunal Examinador de Médicos que no haya firmado contrato con Plan de Socios.

Médico-Cirujano Participante: Doctor en Medicina que cumple con todas las disposiciones de ley y que ha sido autorizado para ejercer la profesión de médico-cirujano en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico por el Tribunal Examinador de Médicos que haya firmado contrato con Plan de Socios.

Plan: También se refiere a Plan de Socios.

Plan de Socios: Es el nombre común por el cual se conoce al segmento operacional de la Sociedad Española que agrupa una matrícula de Socios, a quienes se les ofrece un programa de servicios médico-hospitalarios a cambio de una cuota mensual.

Plan de Tratamiento: Informe detallado redactado por el Médico-Cirujano de los procedimientos recomendados para el tratamiento de un paciente.

Recién Nacido: se define como el período desde el nacimiento de la persona hasta que es dada de alta del hospital por primera vez.

Reingreso: Proceso por el cual una persona adquiere nuevamente sus derechos como Socio del Plan de Socios al cumplir con los requisitos establecidos.

Servicios Ambulatorios: Servicios de salud que recibe el Socio mientras no se encuentre recluido como paciente en un hospital.

Servicios de Cuidado Intensivo: Servicios que recibe el Socio en instalaciones debidamente autorizadas para ofrecer cuidado intensivo a los pacientes reclusos. Incluye Unidades de Cuidado Intensivo y Unidades de Intensivo Coronario.

Servicios de Hospitalización: Servicios que recibe el Socio mientras se encuentra recluido como paciente en un Hospital.

Servicios Medicamento Necesarios: Servicios que son provistos por una facilidad o por un médico participante que el Plan de Socios determina con el asesoramiento de la entidad profesional correspondiente, que son: (a) apropiados para los síntomas, diagnóstico, tratamiento de una lesión, condición o enfermedad y para el cuidado directo del Socio que padece la misma; (b) provistos de acuerdo a los estándares de la buena práctica de la medicina; (c) provistos primordialmente por la conveniencia del Socio, médico o facilidad y (d) apropiados para el nivel de servicio más seguro que puede ofrecer el médico participante al Socio.

Servicios No-Cubiertos: Servicios que están expresamente excluidos en el contrato del Socio; que no son parte integral de un servicio cubierto; o son prestados por una especialidad médica sin recibir pre- autorización del Plan para pago.

Socio: Toda persona que haya sido aceptada como Socio del Plan de Socios, luego del procedimiento de admisión de rigor y que esté al día en el pago de sus cuotas o aportaciones.

Solicitud de Ingreso: Formulario que tiene que completar toda persona interesada en pertenecer al Plan de Socios.

Trasplante: Procedimiento quirúrgico en el cual un órgano o tejido es removido del cuerpo de una persona llamada donante e implantada en el cuerpo de otra persona llamada recipiente.

Tratamiento: Proveer, coordinar o administrar servicios médicos y servicios relacionados para curar o aliviar alguna enfermedad.

CAPÍTULO XXI. DIRECCIONES Y NÚMEROS IMPORTANTES AUXILIO PLAN DE SOCIOS

Números de Teléfonos

Centro de Contactos Auxilio Plan de Socios 787-773-1222

Hospital Auxilio Mutuo 787-758-2000

Ext.99 – Para Citas

Ext.95 Sistema de Pagos Automatizados

Fax 787-771-7964

Direcciones

Postal: Apartado 191915 San Juan Puerto Rico 00919-1959

Física: Ave. Ponce de León, Parada 37 ½, Hato Rey, Hospital Auxilio Mutuo, Primer Piso

Edificio San Vicente

Electrónica: www.auxilioplandesocios.com

Email: plandesocios@auxiliomutuo.com



AUXILIO Plan de Socios

