

Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

**383 Ave FD Roosevelt
San Juan, PR 00918-2131
1-800-314-3121**

Certificado de Beneficios Seguro Medico Hospitalario Póliza Grupal

Humana Max *Serie 1000 (MM)*

**Aviso Importante para Personas con Medicare
Este Seguro Duplica Algunos Beneficios de Medicare**

Este No es un Seguro Complementario de Medicare

Si usted es elegible para Medicare, examine la guía del seguro de salud disponible con la compañía.

Reglamentaciones de Medicare sobre los Beneficios

El término “Medicare”, según se usa en este Certificado, se refiere al seguro médico para envejecientes conforme a las Partes A y B del Título XVIII de la Ley Federal de Seguro Social, según enmendada.

Si la póliza contiene una estipulación de “Coordinación de Beneficios”, la definición de “plan” que contenga la misma no se entenderá que incluye cubierta de Medicare.

Aviso Importante para Personas con Medicare Este Seguro Duplica Algunos Beneficios de Medicare

Esto no es un seguro Complementario de Medicare.

Este seguro paga reembolso limitado por gastos si usted cumple con las condiciones enumeradas en la póliza. También paga una cantidad fija, sin importar sus gastos, si usted cumple con otras condiciones de la póliza. No paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro complementario a Medicare.

Este seguro duplica beneficios de Medicare cuando:

- algunos gastos o servicios cubiertos por la póliza son también cubiertos por Medicare; o
- paga la cantidad fija en dólares establecida en la póliza y Medicare cubre el mismo evento.

Medicare paga generalmente por la mayoría o todos estos gastos.

Medicare paga beneficios extendidos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:

- hospitalización
- servicios médicos
- cuidado en hospicio
- medicamentos recetados si usted está suscrito en un plan de Medicare Parte D
- otras partidas y servicios aprobados

Antes Que Usted Compre Este Seguro:

- ⇒ Coteje la cubierta en todas las pólizas de seguros de salud que usted ya tenga.
- ⇒ Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la Guía de Seguros de Salud para personas con Medicare disponible a través de la compañía de seguros.
- ⇒ Verifique que los aseguradores de todas las pólizas de seguros de salud que usted tenga realicen una divulgación razonable, como parte de sus materiales de solicitud y venta
- ⇒ Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

Tabla de Contenido

	Página
Acciones de Terceros.....	21
Actos de Discrimen Indebido.....	13
Cambios.....	14
Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down. Ley Núm. 97 de 15 de mayo de 2018.....	29
Cláusula de Conversión.....	17
Coordinación de Beneficios.....	19
Cubierta Médica	
Autismo.....	48
Desembolso Máximo.....	33
Exclusiones de la Cubierta Médica.....	50
Servicios de Alcoholismo y Dependencia de Sustancias.....	47
Servicios de Ambulancias.....	42
Servicios de Emergencia Fuera de Puerto Rico.....	48
Servicios de Hospitalización.....	40
Servicios de Maternidad.....	44
Servicios de Pediatría.....	44
Servicios de Salud Mental.....	47
Servicios en Sala de Urgencias / Emergencias.....	45
Servicios Fuera de Puerto Rico.....	49
Servicios Médico-Ambulatorio.....	33
Servicios para Cáncer.....	43
Servicios Preventivos.....	36
Cubierta Opcional.....	52
Exclusiones de la Cubierta Gastos Médicos Mayores.....	54
Gastos Médicos Mayores.....	52
Definiciones.....	4
Derechos y Responsabilidades del Paciente.....	22
Elegibilidad, Ingreso y Fechas de Efectividad.....	10
La Discriminación es Ilegal (Affordable Care Act-ACA, Sección 1557).....	55
Personas Elegibles.....	23
Procedimientos.....	23
Procedimientos Para Atender Quejas, Querellas y Apelaciones.....	24
Reembolsos.....	30
Reglamentaciones de COBRA.....	14
Reglamentaciones de HIPAA.....	27
Reglamentaciones de la Ley Federal de Familia y Licencia Médica.....	16
Reglamentaciones de la Sección 1557 de la Ley Pública 111-148.....	29
Reglamentaciones de Women’s Health and Cancer Rights Act of 1998.....	29
Reglamentaciones USERRA (Continuación de Cubierta por Servicio Militar Activo).....	17
Renovación.....	12
Revisión de Utilización.....	30
Servicios de Intérpretes en Varios Idiomas.....	56
Terminación.....	13

Introducción

Los beneficios y servicios en este Certificado están sujetos a los términos y condiciones incluidas en la póliza grupal y a los copagos, deducibles, coaseguros, limitaciones y exclusiones descritas en este documento.

Definiciones

Área de Servicio - La Isla de Puerto Rico, en la cual Humana está autorizado a proveer servicios médico-hospitalarios.

Asegurado, miembro - Cualquier persona acogida a un plan ofrecido por Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. ("Humana").

Asegurado Principal - Empleado(a) del grupo asegurado por los cuales se ha pagado la prima correspondiente.

Asegurador / Aseguradora: significa una organización de seguros de salud o asegurador que emite u ofrece planes médicos para grupos o personas individualmente, con el propósito de cubrir uno o más residentes de Puerto Rico. El asegurador que ofrece esta cubierta es Humana.

Autismo - Trastorno del neuro-desarrollo, según definido por el Manual de Estadística y Diagnóstico de los Desórdenes Mentales, Cuarta (4ta.) Edición TR o la edición vigente, que típicamente aparece durante los tres primeros años de vida. Las personas con autismo pueden presentar síntomas relacionados al deterioro cualitativo en las interacciones y patrones sociales, deterioro cualitativo en la comunicación y patrones de comportamiento estereotipados y repetitivos. Esta condición causa un impedimento severo y profundo en las cogniciones, el pensamiento, la sensación, el lenguaje, y la capacidad para relacionarse con otros que continúan manifestándose y agravándose a lo largo del ciclo de vida. Las personas con este desorden poseen dificultad en el aprendizaje, la atención, desarrollo e interacción social, modulación de sensaciones y emociones. Además, poseen formas estereotipadas e inusuales de reaccionar ante situaciones sociales.

Autorización - Proceso por el cual se adjudica un número de control a un servicio. La facilidad es responsable de obtener el número de control para el servicio.

Beneficios Cubiertos o Beneficios - los servicios de cuidado de la salud a los que un asegurado tiene derecho conforme a un plan médico.

Centro de Cirugía Ambulatoria - Una facilidad que cuenta con una facultad médica organizada, con instalaciones permanentes equipadas y operadas principalmente con el propósito de realizar procedimientos quirúrgicos. En tales facilidades se proveen servicios médicos y de enfermería graduada constantemente, mientras el paciente se encuentra en dicha facilidad. Un centro de cirugía ambulatoria no provee servicios ni alojamiento para que los pacientes pernocten y presta los siguientes servicios mientras el paciente esté en el centro, entre otros:

- (1) medicamentos según requieran los procedimientos quirúrgicos,
- (2) atención al bienestar físico y mental de los pacientes,
- (3) servicios de emergencia,
- (4) administración estructurada y
- (5) expedientes administrativos, estadísticos y médicos

ChoiceCare - Es una red de proveedores, facilidades y hospitales participantes de la red de Humana para proveer servicios en los Estados Unidos.

Clase Elegible - significa los grupos de personas (ejecutivos, empleados regulares, etc.) que Humana y el Tenedor de la Póliza hemos aceptado asegurar.

Cohabitante: significa personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, sujetas a una convivencia sostenida y a un vínculo afectivo, que cohabitan voluntariamente, de forma estable y continua.

Coaseguro - La cantidad relativa o por ciento (%) que pagará el asegurado directamente al proveedor al momento de recibir los servicios, calculada a base de un porcentaje de los honorarios establecidos que han sido contratados por la compañía aseguradora con el proveedor.

Condición Terminal - Se refiere a una condición médica cuya prognosis es que la expectativa de vida de la persona es de seis (6) meses o menos.

Congénito - Peculiaridades, defectos o enfermedades existentes antes del nacimiento.

Copago - Cantidad fija establecida a ser pagada por el asegurado al proveedor al momento de recibir los servicios.

Criterios de Revisión Clínica - Procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa Humana para determinar la necesidad médica e idoneidad del servicio de cuidado de salud.

Cuidado Médico - significa el diagnóstico, alivio, tratamiento o prevención de enfermedades, incluyendo el transporte esencial para recibir dicho cuidado.

Cuidado Urgente: servicio de cuidado de la salud o tratamiento que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia.

Deducible - Significa la cantidad fija de gasto que el asegurado deberá incurrir antes de que la aseguradora comience a efectuar pago de beneficios.

Deducible dentro de la red- Significa la cantidad fija de gasto, dentro de la red, que el asegurado deberá incurrir antes de que la aseguradora comience a efectuar pago de beneficios.

Deducible fuera de la red - Significa la cantidad fija de gasto, fuera de la red, que el asegurado deberá incurrir antes de que la aseguradora comience a efectuar pago de beneficios.

Dependiente Directo - Para ser elegible y ser suscrito como un dependiente directo para propósito de cubierta, la persona tiene que residir en el área de servicio y ser:

- a. El cónyuge legal o cohabitante, de acuerdo a las leyes de Puerto Rico.
- b. Un hijo biológico, hijo legalmente adoptado o un niño de quien el asegurado tiene la custodia legal conforme a las leyes de Puerto Rico, menor de veintiséis (26) años;
- c. Un hijo biológico, hijo legalmente adoptado o un niño de quien el asegurado tiene la custodia legal conforme a las leyes de Puerto Rico que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas. Se debe de acompañar evidencia médica.
- d. Hijastros hasta cumplir los veintiséis (26) años.
- e. Hijos de crianza del asegurado principal hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. Deberá acreditarse el estatus de los "hijos de crianza" presentando evidencia de custodia legal o en su defecto una declaración jurada en la cual especifique desde cuando comenzó la relación y la planilla de contribución sobre ingresos de los últimos dos años. Se entenderá como hijos de crianza aquellos menores de edad que, sin ser hijos biológicos ni adoptivos del asegurado principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquél en una relación normal familiar de hijo/hija y reciben alimento según se define este término en el Artículo 142 del Código Civil de Puerto Rico.
- f. Menor no emancipado cuya custodia haya sido adjudicada al asegurado principal,
- g. Persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al asegurado principal.

Dependiente Opcional o Colateral (a opción del Patrono) – Familiar del asegurado principal o su cónyuge que viva de forma permanente con el asegurado principal y depende sustancialmente de éste para su sustento. Además, se considera un dependiente opcional o colateral el padre y la madre del asegurado principal o los de su cónyuge, aunque no vivan con el asegurado principal. El asegurado principal o su cónyuge, según aplique, deberá presentar certificado de nacimiento para validar a sus padres.

Desembolso Máximo (“Maximum Out of Pocket”) - Es la cantidad máxima de gastos médicos cubiertos que usted tiene que pagar cada año póliza, bien sea individualmente o en combinación como familia cubierta. Hay límites de desembolso máximo individual y de familiar para proveedores dentro de la red y proveedores fuera de la red.

Desembolso Máximo (“Maximum Out of Pocket”) dentro de la red- Es la cantidad máxima de gastos médicos cubiertos dentro de la red, que usted tiene que pagar cada año póliza, bien sea individualmente o en combinación como familia cubierta.

Desembolso Máximo (“Maximum Out of Pocket”) fuera de la red - Es la cantidad máxima de gastos médicos cubiertos fuera de la red, que usted tiene que pagar cada año póliza, bien sea individualmente o en combinación como familia cubierta.

Desorden de Asperger - Desorden similar al Desorden del Autismo. Estas personas manifiestan una inteligencia normal, no presentan retraso significativo en el lenguaje y el desarrollo cognitivo, presentan dificultad para interactuar socialmente, utilizan vocabulario idiosincrásico, tienen dificultad para entender lenguaje simbólico, abstracto, humor y bromas y demuestran comportamientos excéntricos.

Desorden de Rett - Desorden genético que, luego de un período normal de desarrollo, se manifiesta entre los 5 a 48 meses de edad, el infante presenta retraso psicomotor, deterioro en el lenguaje receptivo y expresivo, pérdida de implicación social en el inicio del desorden y Desórdenes No Generalizados del Desarrollo. Se caracteriza por movimientos estereotipados.

Desorden Desintegrativo de la Niñez - Desorden que se manifiesta antes de los 10 años de edad, luego de un período de desarrollo normal. Está caracterizado por deterioro en las destrezas comunicativas, déficit en la interacción social, movimientos estereotipados y conducta compulsiva.

Emergencia Médica, Urgencia o Condición Médica de Emergencia - Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, ante la cual una persona leiga, razonablemente prudente y con un conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar que, en ausencia de atención médica inmediata, la salud de la persona se colocaría en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para trasladarla a otras instalaciones antes del parto, o que trasladarla representaría una amenaza a su salud o a la de la criatura por nacer. Esto incluye las emergencias siquiátricas. Otras condiciones son:

1. Traumas
2. Fracturas y/o dislocaciones
3. Heridas y laceraciones
4. Cólicos renales
5. Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria
6. Embolias pulmonares
7. Ataque agudo de asma bronquial
8. Dificultad respiratoria
9. Vómitos y diarreas severas, con o sin deshidratación
10. Dolor abdominal agudo
11. Convulsiones
12. Reacciones febriles persistentes
13. Episodios neurológicos
14. Estado de “shock” y coma de cualquier orden
15. Estado de pérdida de conocimiento o de vértigo o desorientación súbita
16. Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia
17. Cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz y otras cavidades naturales
18. Envenenamiento por ingestión, inhalación, etc.
19. Hemorragias de todo tipo
20. Quemaduras
21. Retención aguda de orina
22. Presencia de sangre súbita en la orina, con o sin dolor
23. Pérdida súbita de la visión por uno o ambos ojos
24. Dolor agudo en el pecho

Empleado – Una persona que está activamente trabajando a tiempo completo —semana regular de trabajo de treinta (30) horas o más.

Equipo Médico Duradero - Equipo que pueda recibir uso repetido, que es principal y usualmente utilizado para propósitos médicos y que generalmente no es útil a una persona sin enfermedad o lesión.

Exclusión por condición preexistente: significa una limitación o exclusión de beneficios por motivo de una condición de salud, lesión o enfermedad que existía antes de la fecha de suscripción al plan médico. La información genética no se utilizará para imponer una exclusión por condición preexistente en ausencia de un diagnóstico de la condición relacionada con dicha información.

Expediente Médico - una recopilación de gráficas, registros, informes, documentos y otros memorandos que mantiene el proveedor en determinado lugar, para registrar o indicar la condición, dolencia o enfermedad física o mental y el tratamiento correspondiente del paciente, en la actualidad, en el pasado o prospectivamente.

Experimental / Investigativo – Se puede referir a procedimientos, artículos, o servicios; un medicamento, producto biológico, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento para el cual existe evidencia confiable de cumplir con uno de los criterios siguientes:

1. actualmente sujeto a pruebas o ensayos clínicos de fase I, II, o III
2. está bajo estudio con protocolo escrito para determinar la dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia, o eficacia con comparación a alternativas convencionales, o
3. está siendo usado o aplicado o debe ser usado o aplicado con la aprobación y supervisión de una Junta Examinadora Institucional según requerido por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos o el Departamento de Salud Federal, o
4. no es generalmente aceptado por la comunidad médica.

Gastos médicos rutinarios– cualquier costo médico incurrido dentro de los beneficios cubiertos.

Hijos de Crianza – Aquellos menores de edad, que sin ser hijos biológicos ni adoptivos del asegurado principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquel, en una relación normal familiar de hijo/hija y reciben alimento según se define este término en el Artículo 142 del Código Civil de Puerto Rico.

“HIPAA” – (“Health Insurance Portability and Accountability Act”) Es un acta federal (Ley Pública 103-191) aprobada por el Congreso el 21 de agosto de 1996, regulando la continuidad y portabilidad del plan médico, ordenando la adopción e implementación de una administración que simplifique los estándares para prevenir, fraude, abuso, mejorar las operaciones generales del plan médico y garantizar la privacidad y confidencialidad de la información de salud de un individuo.

Hospital - Una institución pública o privada legalmente autorizada a operar como lugar de tratamiento, cuidado, y curación para personas enfermas y/o lesionadas, y que provea servicios a la comunidad.

Información de Salud Protegida - Información de salud:

1. que identifica a la persona objeto de la información; o
2. con respecto a la cual sería razonablemente entender que se podría usar para identificar a la persona objeto de ésta. Los elementos identificadores incluyen, pero no se limitan a:
 - a. Nombre o apodo de la persona, sus familiares o patronos;
 - b. Dirección, excepto si la información se brinda de forma agregada por municipio;
 - c. Todo elemento de fecha (excepto año) directamente relacionada con una persona particular como fecha de nacimiento, fecha de admisión o de alta, fecha de muerte;
 - d. Número de teléfono, facsímil, cuenta bancaria, seguro social, número de póliza, dirección electrónica, número de expediente clínico, licencia de conducir;
 - e. Identificadores biométricos;
 - f. Fotografías de cara completa, entre otros.

Instalación de Cuidado de Salud o Instalación - una institución con licencia para proveer servicios de cuidado de la salud o un lugar donde se provee cuidado médico, incluyendo los hospitales y otros centros con pacientes recluidos, centros de cirugía o tratamiento ambulatorios, centros de enfermería especializada, centros residenciales de tratamiento, centros de laboratorios, radiología e imágenes, y los lugares de rehabilitación / habilitación y otros tipos de terapia.

Límite Máximo por Asegurado - Significa la cantidad máxima de gastos por la cual el asegurado es responsable individualmente. Conocido como “maximum out of pocket limit”.

Límite Máximo por Familia - Significa la cantidad máxima de gastos por la cual es responsable el asegurado o su familia.

Medicamento Necesario - Servicios de atención médica que son considerados necesarios para el diagnóstico o el tratamiento para una condición médica y que cumplan con los estándares establecidos de la práctica médica. Dicho servicio de salud, tratamiento o producto debe ser:

1. De acuerdo con los estándares reconocidos nacionalmente de la práctica médica y generalmente aceptados como seguros, ampliamente usados y efectivos para el uso propuesto.
2. Apropriados clínicamente en términos de tipo, frecuencia, intensidad, toxicidad, área o entorno, y duración.
3. Claramente indicado de acuerdo al expediente médico y la documentación de la condición e historial del paciente.
4. Realizado en el entorno más apropiado y requerido por la condición del paciente.
5. Apoyado por una extensa revisión de literatura médica, si alguna, publicada en inglés a la fecha del servicio, y reconocida por pares expertos en la materia; medicina basada en evidencia.
6. No sea considerado de conveniencia o de beneficio personal para el paciente, médico u otro proveedor de servicios de salud.

Médico - Doctor en medicina legalmente autorizado a practicar la profesión de médico.

Médico Generalista - Doctor en medicina legalmente autorizado a practicar la profesión de médico y dedicado a la práctica de medicina general.

Obesidad Mórbida - Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 35.

Per diem – pago por día a un proveedor participante.

Plan Médico – certificado, o póliza de suscripción con Humana, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual Humana se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores (si aplica), servicios dentales (si aplica), servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.

Pre-autorización - es la evaluación prospectiva de un servicio ordenado por el médico para el cual se requiere información clínica de expedientes médicos, referidos, recomendaciones de especialistas y/o evidencia de estudios previos, con el propósito de aprobar un servicio o tratamiento antes de que sea realizado el mismo. Las pre-autorizaciones se manejan de la siguiente manera: 24 horas para servicios urgentes; hasta setenta y dos (72) horas para servicios que requiere realizarse de forma expedita; quince (15) días para servicios estándar. Si un médico establece que la necesidad del servicio es urgente, Humana va a tratar la solicitud como urgente y no cuestionará la determinación de urgencia por parte del médico. En el caso que no se autorice el servicio, el asegurado tiene derecho a apelar el caso. Para más información, refiérase a la sección de Procedimientos Para Atender Quejas y Querellas.

Prevención - La medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que una enfermedad suceda.

Profesionales de la Salud – un médico u otro profesional del campo de la salud con licencia, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales y reglamentos correspondientes, incluyendo podiatra, quiropráctico y doctor en naturopatía, entre otros.

Proveedor - un profesional de la salud o una instalación de cuidado de la salud debidamente autorizada a prestar o proveer servicios de cuidado de la salud.

Proveedor Participante/ Proveedor dentro de la Red - el proveedor que, conforme a un contrato con Humana o con el contratista o subcontratista de ésta, haya acordado brindar servicios de cuidado de la salud a los asegurados con la expectativa de recibir pago, aparte del porcentaje de coaseguro, el copago o el deducible, directa o indirectamente, de parte de Humana.

Proveedor No Participante/Proveedor fuera de la Red – proveedor que no tiene contrato con Humana o con el contratista o subcontratista de ésta para brindar servicios de cuidado de salud a los asegurados.

Reclamante - el asegurado de Humana que haya recibido servicios de cuidado de la salud y cuyos costos éste, u otra persona a nombre de éste, solicita que pague Humana.

Representante Personal – significa:

1. Una persona a quien el asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente para los propósitos del plan médico.
2. Una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución del asegurado.
3. Un miembro de la familia inmediata del asegurado, o el profesional de la salud que atiende al asegurado cuando éste no tenga la capacidad de dar su consentimiento.
4. Un profesional de la salud cuando Humana requiere que un profesional de la salud solicite el beneficio.
5. En el caso de una solicitud de cuidado urgente, un profesional de la salud que tenga conocimiento sobre la condición médica del asegurado.

Servicios de Emergencia - los servicios de cuidado de la salud prestados o que se requieren para tratar una condición médica de emergencia.

Sistema 911 - significa el sistema de respuesta de llamadas de emergencias de seguridad pública vía el número 9-1-1, creado en virtud de la Ley Núm. 144 del 22 de diciembre de 1994, según enmendada, conocida como “Ley para la Atención Rápida a Llamadas de Emergencias de Seguridad Pública” o “Ley de Llamadas 9-1-1”.

Solicitud de Cuidado Urgente - significa:

- (1) Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento con respecto al cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente: (a) Podría poner en peligro la vida o la salud del asegurado o su recuperación plena; o (b) En la opinión de un médico con conocimiento de la condición de salud del asegurado, expondría al asegurado a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.
- (2) Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la aseguradora ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición de salud del asegurado determina presentar una solicitud de cuidado urgente, dentro del significado del inciso (1), la aseguradora tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

Tipos de Plan:

- a) Plan Individual - Cubierta para el empleado solamente.
- b) Plan Familiar - Cubierta para el empleado y dos o más dependientes directos.
- c) Plan Pareja - Cubierta para el empleado y esposo(a) o cohabitante.
- d) Plan empleado + Niño – Cubierta para el empleado y un dependiente niño (menor de 26 años)

Urgente / Urgencia - una condición médica suscitada, que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia.

Usted/Su - significa el empleado o dependiente asegurado.

Elegibilidad, Ingreso y Fechas de Efectividad

Suscripción garantizada

Humana ofrecerá cubierta a todo empleado(a) elegible o dependiente del empleado sin estar sujeto a evaluación de riesgo, ni a periodos de espera por condiciones preexistentes.

A. Elegibilidad

1. **Asegurado:** Para ser elegible para inscribirse como asegurado principal, es necesario que la persona:
 - a. resida o trabaje en el área de servicio; y
 - b. sea elegible para participar de beneficios médicos y de hospital dispuestos por el tenedor de la póliza en su nombre y no en virtud de los dependientes; y
 - c. cumpla con cualquier otro criterio de elegibilidad según establecido por el tenedor de la póliza, y acordado por escrito por Humana.
 - d. sea empleado regular, temporero o nuevo que interese participar de los beneficios de este plan, en armonía con los términos y condiciones en este certificado y que sea certificado elegible por el patrono.

Todo aquel empleado que al momento de ingreso del grupo no se inscribió, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción para tener derecho a ingresar y disfrutar de los beneficios de este plan.

2. **Dependiente Directo:** Para ser elegible como un dependiente directo para propósito de cubierta, la persona tiene que residir en el área de servicio y ser:
 - a. El cónyuge legal o cohabitante (con su debida evidencia)
 - b. Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de veintiséis (26) años. La cubierta para niños recién adoptados o colocados para adopción, bajo custodia o tutela estará activa en la fecha en que se colocan en el hogar del asegurado con el propósito de ser adoptados o custodiados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes del asegurado; la fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del niño al asegurado que tenga la intención de adoptarlo; o la fecha de vigencia de la adopción.
 - c. Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción, bajo custodia o tutela que independientemente de la edad, no pueda sostenerse así mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas.
 - d. Hijastros, hasta cumplir los veintiséis (26) años.
 - e. Hijos de crianza del asegurado principal hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. Deberá acreditarse el estatus de los "hijos de crianza" presentando evidencia de custodia legal o en su defecto una declaración jurada en la cual especifique desde cuando comenzó la relación y la planilla de contribución sobre ingresos de los últimos dos años. Se entenderá como hijos de crianza aquellos menores de edad que, sin ser hijos biológicos ni adoptivos del asegurado principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquél en una relación normal familiar de hijo/hija y reciben alimento según se define este término en el Artículo 142 del Código Civil de Puerto Rico;
 - f. Menor no emancipado cuya custodia haya sido adjudicada al asegurado principal, hasta cumplir los veintiséis años;
 - g. Persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al asegurado principal;
3. **Dependiente Opcional:** Dependiente opcional o colateral (a opción del Patrono): Familiar del asegurado principal o su cónyuge que viva de forma permanente con el asegurado principal y depende sustancialmente de éste para su sustento. Además, se considera un dependiente opcional o colateral el padre y la madre del asegurado principal o los de su cónyuge, aunque no vivan con el asegurado principal. El asegurado principal o su cónyuge, según aplique, deberá presentar certificado de nacimiento para validar a sus padres.

4. Si existe un evento calificador según se define en La Ley de Portabilidad y responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés):
 - a) Por pérdida de elegibilidad de cubierta o seguro médico grupal
 - b) La terminación del Patrono en la contribución al plan o seguro médico grupal
 - c) Cuando el empleado actual pierde elegibilidad de cubierta o seguro médico, Humana permite al empleado y sus dependientes a inscribirse en forma especial.
 - d) Cuando un dependiente de un empleado actual pierde la elegibilidad de cubierta o seguro médico, Humana permite que el dependiente y el empleado se inscriban en forma especial. Ejemplos pueden ser: separación legal, divorcio, muerte del empleado, terminación o reducción de horas de empleo-voluntaria o involuntaria (con o sin COBRA a elegir), se agotó COBRA, reducción de la jornada, envejecimiento (aging out), bajo la cubierta o seguro médico del otro padre o porque se mudó fuera del área de servicio de una cubierta HMO. La pérdida de elegibilidad no incluye la pérdida debido a falta de pago de la prima o cuando el asegurado realiza un acto que constituye fraude.
 - e) Cuando termina la contribución del Patrono hacia un empleado o dependiente a pesar de que el empleado o dependiente no ha perdido elegibilidad de cubierta.
 - f) Cuando se termina la cubierta de Mi Salud (Medicaid) o CHIP del empleado o dependiente.

B. Ingreso y Fechas de Efectividad

Los asegurados y dependientes de los asegurados que sean elegibles pueden ingresar en los siguientes períodos y de la siguiente forma:

1. Los asegurados, junto con los dependientes elegibles pueden ingresar sometiendo una solicitud debidamente completada durante el período anual y demás períodos de inscripción establecidos por Humana.
2. Los individuos elegibles como dependientes, y no inscrito, sólo podrán ser añadidos durante el período de inscripción o en la renovación del grupo, o si es un nuevo empleado, presentando carta de nombramiento como evidencia, dentro de un período no mayor de treinta (30) días a partir de la fecha de nombramiento del empleado.
3. Humana provee cubierta a:
 - a. Niños recién nacidos de asegurados desde el momento en que nacen o
 - b. Niños recién adoptados por asegurados a partir de la primera de las siguientes fechas:
 - 1) La fecha en que se colocan en el hogar del asegurado con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes del asegurado, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al niño del hogar donde había sido colocado;
 - 2) La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del niño al asegurado que tenga la intención de adoptarlo; o
 - 3) Menores de edad cuya custodia o tutela haya sido concedida a los abuelos u otro familiar que sea el suscriptor principal. Persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al asegurado principal.
 - 4) La fecha de vigencia de la adopción.

4. La cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción cumple con los siguientes requisitos:
 - a. Incluye servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico;
 - b. No estará sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.
5. En los casos de niños recién nacidos, Humana proveerá a los asegurados una notificación razonable sobre lo siguiente:
 - a. Si para proveer cubierta a un niño recién nacido, según se dispone en el Capítulo 54 de la Ley Núm. 194 del 2011, se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, Humana podrá exigir que el asegurado notifique a Humana del nacimiento del niño y que proporcione el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento.
 - b. Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, Humana podrá optar por no continuar proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de treinta (30) días. No obstante lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño el asegurado emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.
 - c. Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, Humana podrá solicitar que se proporcione una notificación del nacimiento del niño, pero no podrá denegar o rehusarse a continuar proveyendo la cubierta si el asegurado no proporciona dicha notificación.
6. En los casos de niños recién adoptados o niños colocados para adopción, Humana estará obligada a proveer a las personas cubiertas o asegurados una notificación razonable acerca de lo siguiente:
 - a. Si para proveer cubierta a un niño recién adoptado o un niño colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, Humana podrá exigirle al asegurado que notifique a Humana sobre la adopción o sobre la colocación en un hogar para adopción y que provea el pago de la prima o cargos requeridos a más tardar los treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience según lo dispuesto en el Artículo 54.050A(2) del Código de Seguro de Salud de Puerto Rico.
 - b. Si el asegurado no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, Humana no podrá tratar al niño adoptado o al niño colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.
7. Los asegurados y dependientes elegibles tienen que cumplir con los siguientes requisitos:
 - a. El pago adelantado correspondiente ha sido recibido previamente por Humana para cada asegurado y dependiente elegible incluido.
8. La fecha de efectividad para la cubierta de todo asegurado nuevo bajo la póliza será el primer día del mes siguiente al mes en que se cumplan los requisitos de elegibilidad, a no ser que se disponga lo contrario en la póliza.

Renovación

Humana renovará el plan médico a todos los empleados elegibles y sus dependientes, excepto en los casos siguientes:

1. Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia;
2. Cuando el asegurado realiza un acto que constituye fraude. En tal caso, Humana puede elegir no renovar el plan médico a ese asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;
3. Cuando el asegurado ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal caso, Humana puede elegir no renovar el plan médico a ese asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;

4. Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos por Humana de conformidad con las disposiciones del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico;
5. Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;
6. Cuando el Comisionado decide que la continuación del plan médico no responde a los mejores intereses de los titulares de las pólizas, o afectaría la capacidad de Humana de cumplir sus obligaciones contractuales.

Terminación y Rescisión

- A. De acuerdo a la Ley Núm. 161 del 1ro de noviembre de 2010, ningún plan de cuidado de salud podrá ser revocado o enmendado, una vez emitida la cubierta, a menos que:
 1. No se realice el pago de la prima
 2. El asegurado haya realizado un acto constitutivo de fraude
 3. El asegurado haya realizado, intencionalmente una falsa representación de un hecho material. Esto incluye, pero no se limita a, la fabricación de y/o alteración de una reclamación y tarjeta de identificación.
- B. La cubierta de un asegurado principal también puede terminar cuando:
 1. La póliza termine.
 2. El empleado cese en su empleo.
 3. El empleado cese en una clase de empleados elegibles.
 4. En la fecha de entrada al servicio militar activo, excepto por un servicio temporero de treinta (30) días o menos.
 5. La póliza cesará al terminar el período de gracia.
- C. La cubierta de los dependientes directos terminará cuando termine la del asegurado principal o cuando deje de cumplir con la definición de dependiente directo.
- D. En caso de cancelación En caso de terminación o rescisión, se le proveerá una notificación escrita al asegurado treinta (30) días antes de que su cubierta sea cancelada. Tal notificación sólo será efectiva a partir del último día del mes en que se envíe la notificación.
- E. Usted y su patrono son responsables de notificar a Humana de cualquier cambio de elegibilidad, incluyendo la falta de elegibilidad, de cualquier persona en su cubierta.

Sujeto al pago de prima y de acuerdo a la Ley Núm. 161 del 1ro de noviembre de 2010, se dispone que si el plan es terminado o cancelado, o el proveedor es terminado o cancelado, se enviará notificación al paciente, con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación. El paciente podrá continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un período de transición de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de terminación del plan o proveedor, en caso de paciente que se encuentre hospitalizado o en el segundo trimestre de embarazo o que sea diagnosticado con una condición terminal.

Actos de Discrimen Indebido

Constituye discrimen indebido:

1. Denegar, rehusar emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que el asegurado ha sufrido maltrato; o
2. Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato del asegurado.

Constituye un acto discriminatorio terminar la cubierta grupal de una víctima de maltrato por motivo de que la cubierta se hubiere emitido originalmente a nombre del maltratante y éste se haya divorciado o separado de la víctima de maltrato o haya perdido la custodia de la víctima, o porque la cubierta del maltratante haya terminado de cualquier otra manera voluntaria o involuntaria. Lo aquí dispuesto no impide que Humana requiera que la víctima de maltrato pague la prima completa de la cubierta del plan médico o que requiera, como condición de cubierta, que la víctima de maltrato resida o trabaje dentro del área de servicio del plan médico, si los requisitos se aplican igualmente a todas las personas cubiertas o asegurados, actuales o potenciales. Humana podrá dar por terminada la cubierta grupal después de que la cubierta continuada que aquí se requiere haya estado vigente durante dieciocho (18) meses, si ofrece una conversión equivalente a un plan individual. La cubierta continuada que aquí se requiere se podrá satisfacer con la cubierta que dispone la ley "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985" (COBRA) y no será adicional a la cubierta provista al amparo de dicha ley COBRA.

Cambios

Después de ser efectiva la cubierta, el asegurado será responsable de solicitar cambios por los siguientes eventos que ocurran en el grupo de asegurados:

- (a) Muerte, divorcio o matrimonio, unión o separación del cohabitante del asegurado principal;
- (b) Al cumplir un hijo dependiente directo los veintiséis (26) años de edad, excepto está incapacitado.

Toda solicitud de cambio deberá venir acompañada de documento que evidencie dicho evento. Este documento será el certificado de matrimonio, de nacimiento, de adopción, declaración jurada o cualquier otro requerido por Humana como prueba necesaria para el trámite del cambio solicitado.

Toda solicitud de cambio deberá ser sometida a partir de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia del evento.

Toda solicitud de cambio recibida durante el mes corriente será efectiva el día primero del siguiente mes.

Reglamentaciones de COBRA

Al amparo de ley federal "Consolidated Omnibus Act" del 1986, Ley Pública Núm. 99-272 (conocida comúnmente como COBRA), en algunas circunstancias, un asegurado que pudiera perder elegibilidad en el plan puede escoger continuación de cubierta temporera según se dispone a continuación.

COBRA requiere que la continuación de la cobertura se extienda a partir de la fecha del suceso calificador por un período limitado de 18 ó 36 meses. El plazo en el cual deberá estar disponible la continuación de cobertura (el "período máximo" de la continuación de cobertura) depende del tipo de evento calificador que dio lugar a los derechos bajo COBRA. Un plan, sin embargo, puede proveer períodos de cobertura más largos más allá del período máximo exigido por ley. La prima a pagar no excederá del 102% del costo actual del plan.

Cuando el evento calificador sea la terminación del empleo o una reducción de las horas de trabajo de un empleado cubierto, los beneficiarios calificados tienen el derecho a un máximo de 18 meses de continuación de cobertura.

Cuando el evento calificador es la finalización del empleo o la reducción de horas de trabajo del empleado y el empleado se hizo acreedor a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificador, la cobertura COBRA para el cónyuge del empleado y dependientes puede estar vigente hasta 36 meses después de la fecha en la que el empleado se hizo acreedor a los beneficios de Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto se hace acreedor a los beneficios de Medicare 8 meses antes de la fecha en que finaliza su empleo (la terminación del empleo es el evento calificador de COBRA) la cobertura COBRA para su cónyuge e hijos estaría vigente durante 28 meses (36 meses menos 8 meses).

Para todo otro evento calificador, los beneficiarios calificados tienen el derecho a un máximo de 36 meses de continuación de cobertura.

Cancelación temprana

Un plan de salud grupal puede cancelar la continuación de cobertura antes del final del período máximo por cualquiera de las siguientes razones:

- Las primas no se pagan en su totalidad en forma oportuna.
- El empleador deja de mantener un plan de salud grupal.
- Un beneficiario calificado empieza a recibir cobertura bajo otro plan de salud grupal luego de elegir la continuación de cobertura, siempre que tal plan no imponga una exclusión o limitación que afecte una condición preexistente del beneficiario calificado.
- Un beneficiario calificado se vuelve elegible para recibir los beneficios de Medicare luego de elegir la continuación de cobertura.
- Un beneficiario calificado participa en conducta que justificaría que el plan terminara la cobertura de un participante o beneficiario en igual situación que no esté recibiendo continuación de cobertura (tal como fraude).

Si se cancela la continuación de cobertura en forma temprana, el plan deberá proveerle al beneficiario calificado una notificación acerca de dicha cancelación.

Extensión de un período de continuación de cobertura de 18 meses

Si usted tiene el derecho a un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura, podría volverse elegible para una extensión del período máximo bajo dos circunstancias. La primera es cuando un beneficiario calificado (ya sea usted o un familiar) se vuelve incapacitado; la segunda es cuando ocurre un segundo evento calificativo.

Incapacitado

Si alguno de los beneficiarios calificados en su familia se vuelve incapacitado y reúne ciertos requisitos, todos los beneficiarios calificados que estén recibiendo continuación de cobertura debido a un único evento calificativo tienen el derecho a una extensión de 11 meses del período máximo de continuación de cobertura (por un período máximo total de 29 meses de continuación de cobertura). El plan puede cobrarles a los beneficiarios calificados una prima mayor de hasta el 150 por ciento del costo de la cobertura, durante la extensión de 11 meses por incapacidad.

Los requerimientos son, primero, que la Administración de Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) determine en algún momento antes del décimo sexto día (60) de la continuación de la cobertura, que el beneficiario calificado es una persona incapacitada, y, segundo, que la incapacidad continúe durante el resto del período inicial de 18 meses de la continuación de la cobertura.

El beneficiario calificado incapacitado o la persona que lo represente deberá asimismo notificar al plan acerca de la determinación de la SSA. El plan puede establecer un plazo límite para proporcionar esta notificación acerca del incapacitado, pero este plazo límite no podrá ser mayor de 60 días, comenzando: (1) el día en que la SSA emita la determinación de incapacidad; (2) el día en que ocurra el evento calificativo; (3) la fecha en la que el beneficiario calificado pierda (o perdería) la cobertura bajo el plan como resultado del evento calificativo; o (4) la fecha en que se le informe al beneficiario calificado.

Podrá cancelarse el derecho a la extensión por incapacidad si la SSA determina que el beneficiario calificado incapacitado ya no tiene la condición de incapacidad. El plan podrá exigir que los beneficiarios calificados que estén recibiendo la extensión por incapacitado le avisen si la SSA hace tal determinación, aunque el plan deberá darles a los beneficiarios calificados al menos 30 días luego de la determinación de la SSA para hacerlo.

Segundo evento calificativo

Si usted está recibiendo un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura, podría tener el derecho a una extensión de 18 meses (brindando un período máximo total de **36 meses** de continuación de cobertura) si experimentara un segundo evento calificativo que fuera el fallecimiento de un empleado cubierto, el divorcio o la separación legal de un empleado cubierto y su cónyuge, la elegibilidad de un empleado cubierto para recibir los beneficios de Medicare o la pérdida de la clasificación de un hijo como dependiente bajo el plan. El segundo evento puede ser un segundo evento calificativo sólo si hubiese causado que usted perdiera su cobertura bajo el plan en la ausencia del primer evento calificativo. Si ocurriera un segundo evento calificativo, usted necesitaría notificárselo al plan.

La persona elegible para beneficios de COBRA tiene derecho a recibir una notificación de parte del patrono de elegibilidad y elección. Tan pronto se notifique a la persona elegible, ésta tendrá sesenta (60) días para decidir si continúa acogida al plan.

Si el asegurado bajo COBRA se incapacita dentro de los primeros sesenta (60) días de acogerse a la cubierta y su incapacidad es certificada por el Seguro Social antes de la expiración de los 18 meses de COBRA, entonces el asegurado bajo COBRA tendrá derecho a una extensión de once (11) meses bajo COBRA. El período de la extensión está sujeto a un aumento en el pago de prima adicional de 48% ($102\% + 48\% = 150\%$) del costo total de la cubierta del plan. El asegurado tendrá un máximo de sesenta (60) días a partir de la notificación de la Administración del Seguro Social para notificarle al administrador del plan su incapacidad.

EVENTO CALIFICATIVO	BENEFICIARIOS CALIFICADOS	PERÍODO MÁXIMO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA
Cancelación (por razones que no incluyan un caso de mala conducta grave) o reducción de las horas de trabajo	Empleado Cónyuge Hijo dependiente	18 meses
Inscripción del empleado en Medicare	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Divorcio o separación legal	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Fallecimiento del empleado	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Pérdida de clasificación del hijo como dependiente bajo el plan	Hijo dependiente	36 meses

Para más información, visite www.healthcare.gov/law/features/choices y seleccione "Pre-Existing Condition Insurance Plan (PCIP)"; visite www.insurekidsnow.gov; o contacte al Comisionado de Seguros.

Reglamentaciones de la Ley Federal de Familia y Licencia Médica ("Family and Medical Leave Act")

Cuando un patrono le concede a su empleado una licencia de su trabajo según requerido por la Ley Federal de Familia y Licencia Médica, él/ella puede continuar la cubierta del plan de servicios de salud bajo las mismas condiciones que otros trabajadores actualmente empleados y cubiertos por el plan de salud. Si el empleado decide terminar la cubierta durante su licencia, o si la cubierta es terminada por falta de pago, dicha cubierta puede ser reinstalada en la fecha en que el empleado regrese a trabajar inmediatamente después de su licencia. Cargos por servicios recibidos después de la fecha de reinstalación serán pagados como si el empleado hubiese tenido cubierta continua.

Reglamentaciones USERRA

(Continuación de Cubierta por Servicio Militar Activo)

A. Cubierta y Prima

La continuación de cubierta está disponible para el empleado y sus dependientes cubiertos mientras el empleado está activo en el servicio militar o en la guardia nacional. El empleado continuará con la misma prima de cubierta en efecto para los asegurados cubiertos en la póliza.

B. Notificación

El empleado, o la autoridad militar correspondiente, deben notificar al patrono que el empleado desea continuar con su cubierta previo a que se reporte al servicio militar activo o activo en la guardia nacional.

Este aviso no es requerido si es imposible o irrazonable (tal como una llamada inmediata en una emergencia por desastre natural) o si la necesidad militar lo impide.

C. Reinstalación de la cubierta

El empleado no tiene que continuar con su cubierta si está en servicio activo militar o en la guardia nacional. Si el empleado no continúa con su cubierta, tendrá 63 días para solicitar reinstalación de cubierta cuando regrese al empleo con el mismo patrono. No existirá período de espera, ni se tomará en consideración alguna condición existente en el momento de la activación del empleado.

D. Continuación

Si el plan o seguro médico termina, el empleado:

- Puede continuar cubierta según descrito en el Acta de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA);
- Puede continuar dentro de las reglamentaciones provistas para la continuación de beneficios de la Ley COBRA.

E. Definiciones

Los siguientes términos han sido utilizados en esta sección:

1. **Servicio Activo:** Servicio a tiempo completo en el servicio militar de los Estados Unidos.
2. **Servicio Activo en la Guardia Nacional:** Períodos cuando el gobernador ordena activación de la Guardia Nacional a servicio activo, típicamente en respuesta a un desastre natural o desorden civil.

Cláusula de Conversión

1. Si el seguro, o cualquier parte de él, un asegurado bajo el plan cesa por razón de finalizar su empleo o su condición de miembro de una clase o clases elegibles para cubierta bajo este plan, dicho asegurado tiene derecho a que una aseguradora le emita, sin evidencia de asegurabilidad, una póliza individual de Seguro Médico Hospitalario. Disponiéndose, que la solicitud escrita para la póliza individual se hará, y la primera prima se pagará a Humana en o antes de treintiún (31) días después de finalizar tal cese; y disponiéndose, además, que:
 - a. La póliza individual deberá ser a opción de tal persona, de cualquiera de las formas que para esa fecha sea emitida corrientemente por el asegurador.

1. La prima sobre la póliza individual será de acuerdo a la tarifa entonces vigente de Humana, que aplique a la forma y a los beneficios de la póliza individual a la fecha de efectividad de dicha póliza. El estado de salud de la persona en el momento de la conversión no será una base aceptable para la clasificación del riesgo.
 2. La póliza individual deberá cubrir también al cónyuge, cohabitante y/o hijos dependientes de la persona suscrita si éstos estaban cubiertos a la fecha de terminación del contrato grupal. A opción de Humana, una póliza individual separada podrá ser emitida para cubrir a la esposa/esposo, cohabitante y/o hijos dependientes.
- b. La póliza individual será efectiva a la fecha de terminación del contrato grupal.
 - c. Humana no estará obligado a emitir una póliza individual cubriendo a una persona que tenga derecho a recibir beneficios similares provistos bajo cualquier otra cubierta o bajo el programa de Medicare de la Ley Federal de Seguro Social, según fuere subsiguientemente enmendada, si dichos beneficios, conjuntamente con los provistos bajo la póliza individual, resultaran en un exceso de cubierta (“over-insurance”), según las normas del asegurador.
2. Si el plan cesa o se enmienda de forma tal que termine el seguro de cualquier categoría de asegurados, toda persona incluida en este plan en la fecha de dicho cese cuyo seguro termine y que se haya mantenido así asegurada por lo menos tres años antes de la fecha de dicho cese tendrá derecho a que Humana le emita una póliza individual de Seguro Médico Hospitalario, sujeto a las mismas condiciones y limitaciones que se disponen en esta Cláusula de Conversión.
 3. Sujeto a las condiciones y limitaciones provistas por el inciso (1) de esta sección, el privilegio de conversión se otorgará:
 - a. al cónyuge, cohabitante y/o hijos dependientes del asegurado cubierta bajo la póliza grupo, cese por razón de la muerte de tal persona;
 - b. al cónyuge, cohabitante y/o hijos dependientes de la persona cuya cubierta grupal cese por razón de no cualificar como un miembro familiar bajo la póliza grupal, aunque la persona continúe asegurada en la póliza grupal.
 4. Si un asegurado bajo la póliza grupal sufre una pérdida cubierta bajo la póliza individual descrito en el inciso (1) de esta sección durante el período dentro del cual hubiese cualificado para que se le emitiera dicha póliza individual y antes que dicho póliza individual entre en vigor, los beneficios a que tuviere derecho bajo dicha póliza individual serán pagaderos como reclamación bajo la póliza grupal, aunque no se haya solicitado una póliza individual o aunque no se haya hecho el pago de prima inicial.
 5. Humana notificará a cualquier individuo asegurado bajo este plan que adquiera el derecho de obtener una póliza individual bajo los términos de este plan, sin tener que someter Evidencia de Asegurabilidad, sujeto a solicitar y a pagar la primera prima dentro del período especificado en este plan, la existencia de dicho derecho, por lo menos quince (15) días antes de la fecha de expiración de dicho período. Si a dicho individuo no se le notifica la existencia del derecho antes mencionado dentro de los quince (15) días requeridos, el asegurado tendrá un período adicional durante el cual podrá ejercer su derecho, sin que esto implique, que esta póliza continuará en vigor más allá del período que se dispone en la misma. El período adicional expirará quince (15) días después de habersele avisado al individuo, pero en ningún caso se extenderá más de sesenta (60) días después de la fecha de expiración que se dispone en la póliza. Se considerará como un aviso la notificación escrita presentada al individuo o enviada por correo, por El Tenedor de la póliza o por Humana a la última dirección conocida del individuo según la suscriba el grupo asegurado. Si se concede un período adicional para ejercer el derecho a convertir, según aquí se dispone, y si la solicitud escrita para dicha póliza individual acompañada por la primera prima se hace durante el período adicional, la efectividad de la póliza individual será la terminación del seguro bajo la póliza de grupo.

Coordinación de Beneficios

(Versión 2005 Asociación Nacional de Comisionados de Seguros)

[National Association of Insurance Commissioners -NAIC]

Cuando una persona está cubierta por dos (2) planes, las reglas para determinar el orden de los pagos de beneficios son las siguientes:

- A. (1) El plan primario pagará o proveerá sus beneficios como si el plan o los planes secundario(s) no existiera(n).
- (2) Si el plan primario es un plan de panel cerrado, y plan secundario no es un plan de panel cerrado, entonces el plan secundario pagará o proveerá beneficios tal si fuera el plan primario cuando un asegurado utilice un proveedor sin panel, a excepción de servicios de emergencia o referidos autorizados que son pagados o provistos por el plan primario.
- (3) Cuando múltiples contratos que proveen una cobertura coordinada se tratan como un solo plan bajo este reglamento, esta sección aplica sólo al plan en su totalidad y la coordinación entre los contratos que lo componen está gobernada por los términos de los contratos. Si más de un portador paga o provee beneficios bajo el plan, el portador designado como el primario será responsable porque el plan cumpla con este reglamento.
- (4) Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las reglas para determinar el orden de los beneficios de este reglamento deciden el orden en el que se determinarán los beneficios de planes secundarios relativos al uno con el otro. Cada plan secundario tomará en consideración los beneficios del plan o planes primario(s), al igual que los beneficios de cualquier otro plan, cuyos beneficios, conforme a las reglas de este reglamento, se determinarán antes de aquellos del plan secundario.
- B. (1) A excepción de lo indicado en el Párrafo (2), un plan que no provea una determinación del orden de beneficios que sea consistente con este reglamento siempre se considerará el plan primario, a menos que las provisiones de ambos planes, indistintamente de lo que estipule este párrafo, indiquen que el plan en cumplimiento es el primario.
- (2) Una cobertura obtenida a través de una membresía de grupo y que esté diseñada para suplementar una parte de un paquete básico de beneficios, podría proveer que la cobertura suplementaria sea en exceso de cualquier otra parte del plan provisto por el tenedor de la póliza. Un ejemplo de este tipo de situación son las coberturas médicas mayores, que se superponen a los beneficios de planes básicos de hospitalización y cirugía, al igual que las coberturas de seguro que se amplían con relación a planes de panel cerrado para proveer beneficios fuera de la red.
- C. Un plan puede tomar en consideración los beneficios pagados o provistos por otro plan sólo cuando, bajo las reglas de este reglamento, sea secundario a ese otro plan.
- D. Orden de la Determinación de Beneficios

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

(1) No-Dependiente o Dependiente

- (a) Sujeto al Sub-Párrafo (b) de este Párrafo, el plan que cubra a la persona como empleado, asegurado tenedor del plan o jubilado, excepto como dependiente, será el plan primario, y el plan que cubra a la persona como dependiente será el plan secundario.

(b)

- (i) Si la persona es beneficiaria del Medicare, y, como resultado de lo provisto en el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos habilitadores, Medicare es:
 - (I) Secundario al plan que cubre a la persona como dependiente; y
 - (II) Primario al plan que cubre a la persona como otra cosa que no sea dependiente (Ej. Un empleado jubilado),

- (ii) Se invierte el orden de los beneficios para que el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, subscriptor, tenedor de la póliza o jubilado sea el plan secundario y el otro plan que cubre a la persona como dependiente sea el plan primario.

(2) Niño Dependiente Cubierto por más de un Plan

A menos que exista una orden judicial que indique lo contrario, los planes que cubran a un niño dependiente determinarán el orden de beneficios de la siguiente manera:

- (a) Para un niño dependiente cuyos padres estén casados o estén viviendo juntos, aún si nunca se han casado;
 - (I) El plan del padre o madre cuyo cumpleaños llegue primero durante el año natural será el plan primario; o
 - (II) Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que haya cubierto a cualquiera de los dos padres por la mayor cantidad de tiempo será el plan primario.
- (b) Para un niño dependiente cuyos padres estén divorciados o separados, o no estén viviendo juntos, aún si nunca se han casado:
 - (i) Si una orden judicial indica que uno de los padres es el responsable de los gastos del cuidado de la salud o del seguro médico del niño, y el plan de ese padre o madre tiene conocimiento real de dichos términos, ese plan es el primario. Si el padre o madre responsable no tiene plan médico para cubrir los gastos del cuidado de la salud del niño, pero el cónyuge de ese padre o madre sí tiene un plan, el plan de ese cónyuge será el plan primario. Este punto no aplica relativo a ningún año del plan durante el cual se paguen o provean beneficios antes de que la entidad tenga conocimiento real de las provisiones de la orden judicial;
 - (ii) Si una orden judicial indica que ambos padres son responsables por los gastos del cuidado de la salud o el plan médico del niño dependiente, las provisiones del Sub-Párrafo (a) de este Párrafo determinarán el orden de los beneficios;
 - (iii) Si una orden judicial indica que los padres tienen custodia compartida sin especificar cuál de los padres es el responsable por los gastos del cuidado de la salud o el plan médico del niño dependiente, las provisiones del Sub-Párrafo (a) de este Párrafo determinarán el orden de los beneficios; o
 - (iv) Si no existe una orden judicial que adjudique la responsabilidad por los gastos del cuidado de la salud o el plan médico del niño, el orden de beneficios para el niño será como sigue:
 - (I) El plan que cubra al padre o madre con la custodia;
 - (II) El plan que cubra al cónyuge del padre o madre con la custodia;
 - (III) El plan que cubra al padre o madre que no tenga la custodia; y finalmente
 - (IV) El plan que cubra al cónyuge del padre o madre que no tenga la custodia.
- (c) Para un niño dependiente que esté cubierto por más de un plan de individuos que no sean los padres del niño, el orden de beneficios se determinará, según aplique, bajo Sub-Párrafo (a) o (b) de este Párrafo como si esos individuos fueran los padres del niño.

(3) Empleado Activo o Empleado Jubilado o Cesanteado

- (a) El plan que cubra a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no ha sido cesanteado ni esté jubilado, o como dependiente de un empleado activo, será el plan primario. El plan que cubra a esa misma persona como empleado jubilado o cesanteado, o como dependiente de un empleado jubilado o cesanteado, será el plan secundario.
- (b) Si el otro plan no tiene esta regla y, como resultado de ello, los planes no concuerdan en el orden de beneficios, se ignora esta regla.

- (c) Esta regla no aplica si la regla del Párrafo (1) puede determinar el orden de beneficios.
- (4) COBRA o Cobertura Estatal de Continuidad
- (a) Si una persona, cuya cobertura esté provista conforme a COBRA o bajo derecho de continuidad conforme a la ley estatal u otras leyes federales, está cubierta bajo otro plan, el plan que cubra a la persona como empleado, asegurado o jubilado, o cubra a la persona como dependiente de un empleado, asegurado o jubilado, será el plan primario; y el plan que cubra a esa persona conforme a COBRA o bajo derecho de continuidad conforme a la ley estatal u otras leyes federales, será el plan secundario.
 - (b) Si el otro plan no tiene esta regla y, como resultado de ello, los planes no concuerdan en el orden de beneficios, se ignora esta regla.
 - (c) Esta regla no aplica si la regla del Párrafo (1) puede determinar el orden de beneficios.
- (5) Cantidad de Tiempo de la Cobertura
- (a) Si las reglas anteriores no determinan el orden de beneficios, el plan que haya cubierto a la persona por la mayor cantidad de tiempo será el plan primario y el plan que haya cubierto a la persona por la menor cantidad de tiempo será el plan secundario.
 - (b) Para determinar la cantidad de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan, dos planes sucesivos se considerarán como uno si la persona era elegible bajo el segundo plan dentro de las veinticuatro (24) horas luego de haberse vencido el primer plan.
 - (c) El comienzo de un nuevo plan no incluye:
 - (i) Un cambio en el alcance de los beneficios de un plan;
 - (ii) Un cambio en la entidad que paga, provee o administra los beneficios del plan; o
 - (iii) Un cambio de un tipo de plan a otro, tal como cambiar de un plan de patrono sencillo a un plan de patrono múltiple.
 - (d) La cantidad de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan se mide desde la fecha en que comenzó la cobertura de la persona bajo ese plan. Si dicha fecha no está fácilmente disponible para un plan grupal, la fecha en que la persona comenzó a formar parte del grupo se utilizará como la fecha desde la cual se determinará la cantidad de tiempo que la cobertura de la persona ha estado vigente bajo el plan actual.
- (6) Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de beneficios, los gastos permitidos serán compartidos en partes iguales entre los planes.

Aviso a los asegurados:

Si usted está cubierto por más de un plan, debes radicar todas sus reclamaciones con cada uno de los planes.

Acciones de Terceros

Si por culpa o negligencia de un tercero, un asegurado sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta bajo la póliza, Humana tendrá derecho a subrogarse en los derechos del asegurado, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos que hayan sido pagados por Humana en el tratamiento del asegurado.

El asegurado estará obligado a reconocer el derecho de subrogación de Humana y por tanto, el derecho de Humana para tramitar en su nombre las acciones necesarias para recobrar los gastos incurridos como consecuencia de la culpa o negligencia del tercero.

Cuando haya un tercero responsable de la cubierta y Humana haya pagado servicios que le correspondían a este tercero, Humana tendrá derecho a recibir de este tercero una compensación por los pagos realizados. Humana no será responsable de proveer cubierta cuando haya un tercero ni de duplicar cubierta, aunque el asegurado no haya seguido los procesos de reclamación requeridos por el tercero para la cubierta de los servicios.

El asegurado es responsable de notificarle a Humana de toda acción que inicie en contra de un tercero. El asegurado deberá tener presente que en caso de que actúe en forma contraria, éste será responsable de pagar por dichos gastos a Humana.

En el caso de una reclamación contra un proveedor, Humana no estará obligada a responder al asegurado por cualquier acto u omisión, de hecho o derecho, que por la culpa o negligencia del proveedor sea motivo de reclamación por parte del asegurado, y por cuyo motivo el proveedor pudiera ser responsable.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

(Resumen de la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000)

Conoce Tus Derechos

1. Recibir servicios de salud de alta calidad.
2. Presentar querellas o reclamos ante el asegurador, llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Humana, al teléfono libre de cargos: 1-800-314-3121.
 - ⇒ Cualquier querella o apelación escrita debe ser dirigida a Humana a la atención de la División de Querellas y Apelaciones, PO Box 191920, San Juan, Puerto Rico 00918-1920.
 - ⇒ En persona en cualquier oficina de Humana en Puerto Rico (regional o central)
 - ⇒ Por Fax 1-888-595-0462 o correo electrónico a G&APuertoRicoTeam@Humana.com.
3. Recibir información de su médico, así como participar en todas las decisiones relacionadas con su cuidado médico y tratamiento.
4. Seleccionar su especialista, laboratorio, farmacia y rayos X de su preferencia de acuerdo a la lista de proveedores de salud de la aseguradora.
5. Ser atendido(a) en cualquier Sala de Emergencia las 24 horas del día, 7 días de la semana, sin necesidad de autorización de su médico primario o aseguradora.
6. Comunicarse libremente con su médico u otro proveedor de servicios de salud sin temor y en estricta confidencialidad.
7. Procurar que tu médico mantenga la información de su expediente (récord) médico en secreto.
8. Recibir trato igual y de respeto de su médico o de cualquier profesional de la salud.
9. No ser discriminado(a) por ninguna razón.
10. Recibir servicios de un(a) especialista según la lista de proveedores de la aseguradora.
11. Derechos del Paciente a la Continuación de Servicios de Cuidado de Salud: El plan de cuidado de salud no puede ser revocado o enmendado, una vez el asegurado esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, a menos que el patrono no realice el pago de la prima y no cumpla con los períodos de gracia que concede el Código de Seguros; haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya realizado, intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por el plan, sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por el plan.

Conoce Tus Responsabilidades

1. Comunicar a su médico primario o especialista todo lo relacionado sobre su condición de salud.
2. Informar a su médico cualquier cambio en su condición de salud.
3. Seguir el tratamiento que su especialista le ha recomendado.
4. Mantener un comportamiento adecuado que no perjudique, dificulte o evite que otros pacientes reciban la atención médica que necesitan.
5. Cuidar su salud y practicar estilos de vida saludables.
6. Informar al asegurador cualquier cobro indebido o violación de sus derechos como paciente.
7. Utilizar los servicios médicos, facilidades de servicios de salud y salas de emergencia sólo cuando sea necesario o porque su condición de salud así lo requiera.
8. Conocer todo lo relacionado a su plan de salud y los servicios que ofrece.
9. Reportar cualquier fraude relacionado con los servicios que recibe o las facilidades de salud que visitas.
10. Respetar a todos(a) los(as) profesionales de la salud.

Personas Elegibles

1. Plan Individual - Cubierta para el empleado solamente.
2. Plan Familiar – Cubierta para el empleado y dos o más dependientes directos.
3. Plan Pareja – Cubierta para el empleado y su esposo(a) o cohabitante.
4. Cubierta Empleado + Niño – Cubierta para el empleado y un dependiente hijo (menor de 26 años)

Procedimientos

1. Cada asegurado o empleado del grupo llenará una solicitud de ingreso.
2. Los beneficios y servicios están sujetos a los términos y condiciones incluidas en la póliza grupal y a los copagos, deducibles, coaseguros, limitaciones y exclusiones descritas en este documento.
3. Los asegurados cubiertos recibirán los servicios en proveedores participantes, con la presentación de la tarjeta de identificación que Humana le provee. El asegurado es responsable del pago de los deducibles o coaseguros correspondientes.
4. Servicios ofrecidos bajo este certificado no podrán ser cedidos o transferidos a ninguna otra persona.
5. Sujeto al pago de prima y de acuerdo a la Ley Núm. 161 del 1ro de noviembre de 2010 Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, se dispone que si el plan es terminado o cancelado, o el proveedor es terminado o cancelado, se enviará notificación al paciente, con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación. El paciente podrá continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un período de transición de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de terminación del plan o proveedor.
 - a) Si un paciente se encuentra hospitalizado al momento de terminación del plan, y a la fecha de alta de hospitalización haya sido programada antes de dicha fecha de terminación, el período de transición se extenderá desde dicha fecha hasta un máximo de noventa (90) días después de la fecha en que sea dado de alta el paciente.

- b) En caso de que una paciente se encuentre en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, de los dos, la que fuere última.
 - c) En caso de que el paciente sea diagnosticado con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con dicha condición antes de dicha fecha, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.
6. Todo asegurado viene obligado a devolver al Tenedor de la Póliza todas las tarjetas de identificación en su poder a la fecha de terminación o cancelación de su certificado. Cuando un asegurado cancele o termine su cubierta y no devolviera las tarjetas de identificación y utilizara servicios, Humana recobrará estos gastos del patrono o directamente del asegurado. La utilización indebida de estas tarjetas constituye un acto fraudulento y penalizarle por Ley.

Procedimientos Para Atender Quejas, Querellas y Apelaciones

Humana provee a los asegurados un mecanismo sistematizado para la pronta resolución de sus quejas y querellas cuando no se sienten satisfechos con los servicios, beneficios o procedimientos. El período para la resolución de una querella es de treinta (30) días, a partir de la fecha de recibida en Humana.

Por otro lado, usted tiene el derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de Paciente para obtener ayuda en todo momento.

Queja: Es una expresión oral de insatisfacción o duda de parte del asegurado relacionada con un aspecto del plan médico.

Cómo presentar una queja:

1. Llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Humana, al teléfono libre de cargos: 1-800-314-3121, o visitando una oficina de Humana.

Querella o Revisión Ordinaria: significa una queja escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por un asegurado, o a nombre de éste, con respecto a:

1. disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización*;
2. El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o
3. Asuntos relacionados con la relación contractual entre el asegurado y Humana.

***Revisión de utilización:** significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

La querella formal debe de cumplir con los siguientes requisitos:

1. Usualmente iniciada a través del Departamento de Servicio al Cliente, al teléfono libre de cargos: 1-800-314-3121 o visitando alguna de nuestras oficinas.
2. Puede ser escrita dirigida a Humana a la atención de la Unidad de Querellas y Apelaciones, a través del correo postal al PO Box 191920, San Juan, Puerto Rico 00918-1920, por fax al 1-800-595-0462 o por correo electrónico a G&APuertoRicoTeam@Humana.com

Procesos y términos establecidos en el caso de querellas:

1. Del querellante o su representante personal someter su revisión ordinaria por escrito debe presentar la razón y detalle de la querella y todos los documentos, registro y otros materiales relacionados.
2. Se acusará de recibo de su comunicación (querella) en un período no mayor de tres (3) días laborables, a partir de la fecha de recibida en Humana, incluyendo los derechos del reclamante, así como los datos de la persona designada para realizar la revisión (nombre, dirección y teléfono).
3. Se contestará la querella a usted o a su representante personal, de acuerdo como usted lo estableció, en un período no mayor de treinta (30) días calendarios, a partir de la fecha de recibida en Humana. La notificación incluirá título y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión ordinaria (revisores; declaración de la interpretación; la determinación de los revisores, en términos claros; la evidencia o la base contractual o justificación médica para que el asegurado pueda responder; declaración escrita de la descripción de cómo obtener el derecho a las revisiones voluntarias, procedimientos y el término para solicitar la revisión voluntaria.
4. En el caso que el reclamante no esté satisfecho con la respuesta de su apelación, tiene derecho a ser asistido por un funcionario del gobierno tal como:
 - a) Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, a la siguiente dirección: Oficina del Comisionado de Seguros, División de Querellas, B5 calle Tabonuco Suite 216 PMB 356, Guaynabo, Puerto Rico 00968-3069 o por teléfono al 787-304-8686;
 - b) O, Abogado de su preferencia
5. Si Humana falla en cumplir con los requisitos y tiempos establecidos en esta sección, se entenderá que el asegurado ya cumplió con los requisitos establecidos y se procede con la aprobación correspondiente.

Apelación: Una solicitud verbal o escrita para una reconsideración formal por una determinación adversa, incluyendo una denegación, reducción, eliminación o falla en proveer o hacer pago.

Cómo presentar una apelación:

1. En persona en cualquier oficina de Humana en Puerto Rico (regional o central)
2. Puede ser escrita dirigida a Humana a la atención de la Unidad de Querellas y Apelaciones, a través del correo postal al PO Box 191920, San Juan, Puerto Rico 00918-1920, por fax 1-800-595-0462 o por correo electrónico a **G&APuertoRicoTeam@Humana.com**

Procesos y términos establecidos en el caso de apelaciones:

1. El reclamante debe solicitar la apelación dentro de ciento ochenta (180) días a partir de la determinación inicial.
2. Del querellante someter su solicitud de apelación por escrito debe presentar la razón de su apelación, servicio denegado y todos los documentos, registro y otros materiales relacionados a la apelación objeto a revisión.
3. Se acusará de recibo de su comunicación en un período no mayor de tres (3) días laborables, a partir de la fecha de recibida en Humana. La notificación incluirá título y credenciales del revisor; declaración de la interpretación; la determinación, en términos claros; la evidencia o documentación usada como base de la determinación; la razón(es) de la determinación adversa; referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación; declaración de los derechos para obtener copia de los documentos; regulaciones y guías utilizados en la apelación (esta información es gratuita); orientación del proceso a seguir; explicación de la determinación médica, experimental o tratamiento investigativo (la explicación debe ser clínica o científica); declaración escrita de la descripción de cómo obtener el derecho a las revisiones voluntarias, procedimientos y el término para solicitar la revisión voluntaria. La misma se enviará por correo postal o correo electrónico, si así lo solicitara el querellante.

4. En el caso que el reclamante no esté satisfecho con la respuesta de su apelación, tiene derecho a ser asistido por un funcionario del gobierno tal como:
 - a) Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, a la siguiente dirección: Oficina del Comisionado de Seguros, División de Querellas, B5 calle Tabonuco Suite 216 PMB 356, Guaynabo, Puerto Rico 00968-3069 o por teléfono al 787-304-8686;
 - b) O, Abogado de su preferencia;
 - c) Presentar una demanda ante un tribunal competente, incluyendo el Tribunal de Puerto Rico.

5. Si Humana falla en cumplir con los requisitos y tiempos establecidos en esta sección, se entenderá que el asegurado ya cumplió con los requisitos establecidos y se procede con la aprobación correspondiente.

Apelación Externa:

Para una apelación externa, Humana está siguiendo el proceso establecido bajo la Ley Pública **11-148 conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act"**.

Luego de haber agotado todas las opciones de apelaciones disponibles con Humana, el asegurado tiene el derecho a presentar una apelación a una Organización Externa Independiente**, a través de Humana. El término para radicar la apelación es de 120 días calendario a partir de la fecha de la determinación. Puede enviar su apelación a la siguiente dirección:

Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

Panel de Revisión Externa
Unidad de Querellas y Apelaciones
PO Box 191920 San Juan, P.R. 00919-1920

Fax: 1-800-595-0462

El asegurado pagará un costo nominal de \$25.00 por cada revisión externa solicitada, disponiéndose que el costo para un mismo asegurado no podrá exceder de \$75.00 por año póliza. La cantidad pagada por el asegurado le será reembolsada si ésta obtiene opinión a su favor.

**** Organización de revisión independiente:** significa la entidad que realiza una revisión externa independiente de una determinación adversa o determinación adversa final, hecha por el asegurador, o la organización de revisión de utilización designada.

Apelación Expedita:

El asegurado tiene derecho a que se establezca un proceso de evaluación expedita en los casos de emergencia que pongan en riesgo su salud. Humana se comunicará con el asegurado o proveedor para indicar que recibió la apelación expedita dentro del período de 24 horas. En el caso de una apelación expedita el período no debe exceder 24 horas laborables.

El término de resolución de la apelación expedita se atenderá con la premura que requiere la condición médica del asegurado, pero no puede exceder 48 horas a partir de la fecha de recibida la apelación expedita en Humana. Se le informará al asegurado o proveedor del tiempo limitado disponible para someter evidencia o alegación de la apelación expedita.

Humana proveerá la notificación de la determinación adversa por correo postal o por medio electrónico no más tarde de los tres (3) días de la notificación verbal. La notificación final incluirá credenciales del revisor; declaración de la interpretación; la determinación, en términos claros; la descripción de la documentación utilizada, si aplica; las razones de la determinación adversa; las provisiones utilizadas para la determinación; declaración de cómo obtener los derechos a la revisión voluntaria.

Determinación adversa:

Una determinación hecha por un asegurador o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa.

La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte del asegurador o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad del asegurado de participar en el plan médico.

La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.

Si Humana falla en cumplir con los requisitos y tiempos establecidos en esta sección, se entenderá que el asegurado ya cumplió con los requisitos establecidos y se procede con la aprobación correspondiente.

Usted puede solicitar a Humana una copia del formulario “Autorización Para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida” para autorizar a Humana y a la entidad de revisión externa a obtener y divulgar información médica protegida por HIPAA.

Revisión Prospectiva: significa la revisión o utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito del asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

Las reclamaciones prospectivas: se relaciona con las pre-autorizaciones. Estas pueden ser para servicio urgente y la determinación inicial debe proveerse en 24 horas; servicios rutinarios y la determinación inicial debe proveerse en 72 horas.

Revisión retrospectiva: significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleve a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. “Revisión retrospectiva” no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

Las reclamaciones retrospectivas: se relaciona con solicitudes de reembolso o reclamos del asegurado con relación a servicios ya prestados, incluyendo la discontinuación o reducción de servicios.

Reglamentaciones de HIPAA

(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)

Esta reglamentación establece requisitos federales relacionados a cambios, acceso y renovación de seguros de salud grupales y a compañías que proveen seguros de salud.

Condiciones Pre-Existentes

Humana no negará cobertura médica a niños y adultos debido a una condición preexistente.

Cubierta Acreditable

Humana le proveerá un formulario de certificación de cubierta acreditable. El formulario de certificación acreditable se proveerá cuando el asegurado deje de ser cubierto por el otro plan médico o tiene cubierta por una disposición de continuación según la Ley COBRA o en el caso del asegurado por una disposición de continuación según la Ley COBRA, cuando el asegurado ya no esté cubierto por dicha disposición.

Cubierta acreditable significa, respecto a un asegurado, los beneficios de salud provistos conforme a algunos de los siguientes mecanismos:

1. Un plan médico, ya sea grupal o individual;
2. La Parte A o la Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare);
3. El Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid), aparte de la cubierta que consiste solamente de beneficios en el Artículo 1928 (el programa para la distribución de vacunas pediátricas);
4. El Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estados Unidos (cuidado médico y dental para los miembros y algunos ex-miembros de la uniformada, y para sus dependientes. Para propósitos del Título 10 U.S.C. Capítulo 55, “la uniformada” significa las Fuerzas Armadas y el Cuerpo Comisionado de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica y del Servicio Público de Salud);
5. Un fondo común de riesgos de salud estatal;
6. Un plan médico ofrecido bajo el Capítulo 89 del Título 5 del Código de Estados Unidos (Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales —FEHBP, por sus siglas en inglés—);
7. Un plan médico público que, para propósitos de este Capítulo, significa un plan establecido o mantenido por un estado, el Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero o alguna subdivisión política de un estado, del Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero que provea cubierta a las personas afiliadas en el plan;
8. Un plan médico según descrito en el Artículo 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz, 22 U.S.C. 2504(e); o
9. El Título XXI de la Ley del Seguro Social (Programa de Seguro de Salud para Niños, conocido como Children’s Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés).

No se contará un período de cubierta acreditable con respecto a la suscripción de un individuo bajo un plan médico grupal si, después de dicho período y antes de la fecha de suscripción, la persona es objeto de una interrupción sustancial de cubierta (“significant break coverage”). Se entenderá como “interrupción sustancial de cubierta” un período de sesenta y tres (63) días consecutivos durante el cual la persona no ha tenido cubierta acreditable alguna. Los períodos de espera y los períodos de inscripción no se tomarán en cuenta para efectos del cómputo de los sesenta y tres (63) días.

Anti-Discrimen

La ley prohíbe el establecimiento de reglas de elegibilidad y continuidad de elegibilidad basado en “Health Status-Related Factors”. Esto incluye: condición de salud (incluyendo ambas, física y mental), experiencia, historial médico, información genética, evidencia de pobre asegurabilidad e impedimentos. A la misma vez, no se puede excluir por género.

Nota: Como asegurado, se le entregará el Aviso sobre las Políticas, Normas y Procedimientos para el Manejo de la Información de Salud conforme al Artículo 14.060 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Si desea más información sobre la reglamentación, puede conseguirla con su patrono o a través de la compañía de seguros.

Reglamentaciones de “Women’s Health and Cancer Rights Act of 1998” (The “Act”) Enacted on October 21, 1998

Específicamente, el Acta enmienda “ERISA” para proveer que:

“un plan de salud grupal, y un asegurador que emita cubiertas de salud que provee beneficios médicos y quirúrgicos con respecto a mastectomías debe proveer en el caso de un asegurado que está recibiendo beneficios relacionados con la mastectomía y quien elige reconstrucción del seno relacionada con dicha mastectomía, cubierta para:

1. todas las fases de reconstrucción del seno en el cual la mastectomía ha sido realizada;
2. cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
3. prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema;

de una manera determinada en consulta con el médico a cargo y el paciente. Dicha cubierta puede estar sujeta a las condiciones del deducible anual y coaseguro como haya sido apropiadamente determinado y en consistencia con los establecidos para otros beneficios en el plan o cubierta.

Nota: Para más información relacionada con esta Acta puede contactar la compañía de seguros.

Reglamentaciones de la Sección 1557 de la Ley Pública 111-148 “Patient Protection and Affordable Care Act”

La ley establece que un plan de salud o asegurador no puede denegar o limitar cubierta, denegar o limitar una reclamación, o imponer coaseguros, copagos o deducibles adicionales por servicios que de ordinario se ofrecen a individuos de un género en particular, basado en el hecho de que el sexo de un individuo asignado al nacer, identidad de género, o género en registro es diferente al sexo que usualmente se le cubriría el servicio.

La regulación prohíbe cualquiera de las siguientes formas de discriminación contra individuos transgéneros:

- Denegar o limitar cubierta o reclamaciones basado exclusivamente en el status de transgénero de un individuo
- Aplicar desembolsos adicionales basado exclusivamente en el status de transgénero
- Establecer otras limitaciones y restricciones a transgéneros que de ordinario se cubrirían para individuos de un sexo particular.

Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down. Ley Núm. 97 de 15 de mayo de 2018

Aseguradora seguros de salud o asegurador, contratado o en acuerdo para proveer servicios médicos en Puerto Rico deberá incluir en su cubierta pruebas, sin limitarse a, genéticas, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición; incluirá, además, las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente y servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años.

Ningún asegurador, proveedor de beneficios, administrador de beneficios, persona o institución podrá denegar o rehusar proveer otros servicios cubiertos por razón de los efectos que pueda tener la inclusión de la cubierta por el padecimiento de Síndrome de Down.

Se prohíbe cancelar una póliza de salud existente por la razón de que uno de los beneficiarios fue diagnosticado con Síndrome de Down y al momento de obtener la póliza se desconocía de su condición.

Reembolsos

No se espera que un asegurado realice pagos, excepto los copagos, coaseguros o pagos requeridos por citas no concurridas o citas canceladas sin adecuada notificación, a ninguna persona o institución por concepto de servicios cubiertos. Sin embargo, si el asegurado presenta a Humana evidencia satisfactoria de que ha pagado a un proveedor participante o no participante cargos por servicios cubiertos, el pago por dicho cargos será hecho al asegurado pero sin perjuicio a Humana por cualquier pago hecho por Humana antes de recibir tal evidencia.

Si un asegurado utiliza servicios de un proveedor no participante en Puerto Rico (excepto en los casos de sala de emergencia), el asegurado deberá pagar por dichos servicios y será reembolsado de acuerdo a las tarifas de un proveedor participante, menos el copago, coaseguro o deducible aplicable.

Si se hace un cargo a un asegurado por servicios cubiertos, se deberá proveer a Humana evidencia escrita de tal cargo dentro del período de un (1) año posterior a la prestación del servicio para recibir un reembolso. El cargo será reembolsado sólo al recibirse evidencia escrita satisfactoria a Humana de la ocurrencia, el carácter y el alcance del evento y los servicios por los cuales se lleva a cabo la reclamación. Es importante incluir el recibo de pago en original con sello oficial del proveedor. (Toda reclamación presentada a Humana posterior al período de un (1) año será denegada, aunque es elegible para revisión a través del procedimiento de quejas de Humana.)

Toda solicitud de reembolso será presentado en el formulario (Solicitud de Reembolso) provisto por Humana.

Notificación de la reclamación: Humana, luego de notificársele una reclamación, acusará recibo del reembolso dentro de los próximos quince (15) días de haberse notificado el mismo.

Revisión de Utilización

La revisión de la utilización médica se refiere a la evaluación de la necesidad médica, eficacia y la eficiencia de la utilización de los servicios de cuidado de salud, procedimientos y facilidades bajo las provisiones de los beneficios de la cubierta del plan de salud. Estas revisiones son necesarias para asegurarnos y garantizar que la calidad, puntualidad y el cuidado ofrecido son adecuados de acuerdo a las necesidades del paciente. Uno de los elementos más importantes considerados en las evaluaciones es la necesidad médica del servicio solicitado. Dicha necesidad médica está basada en la información clínica provista por el médico tratante. Este proceso constantemente supervisa la atención ofrecida y la idoneidad de los servicios médicos.

El Departamento de Utilización es liderado por un director que está a cargo de la operación diaria del programa. Está compuesto por personal clínico y no clínico. El personal clínico está debidamente acreditado y capacitado para evaluar la información clínica presentada por el médico tratante. Las determinaciones organizacionales para medicina física no se delegan a ninguna otra entidad.

Humana sigue las leyes y reglamentos establecidos por las agencias federales y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico para asegurar la confidencialidad de la información. La confidencialidad de la información protegida se aplica a los individuos, miembros, socios, agentes, proveedores y empleados. Toda la data relacionada con la operación de la aseguradora reside en sistemas de información que están protegidos siguiendo los requisitos de seguridad y confidencialidad. Esta data está disponible por un período mínimo de seis (6) años.

Como parte del proceso del mejoramiento de la calidad, el Departamento de Utilización participa en el Comité de Utilización y en el Comité de Mejoramiento de la Calidad. Estos comités evalúan, facilitan y hacen recomendaciones a los procesos que, directa o indirectamente, afectan a la unidad. Anualmente se auditan al azar muestras representativas de los casos. Si se identifican áreas de oportunidad, se desarrollan planes de acción y corrección.

En el proceso de toma de decisiones Humana utiliza varias referencias incluyendo, pero no limitado a: guías clínicas de InterQual, políticas médicas internas (estas se establecen de acuerdo a la medicina basada en evidencia), guías médicas aprobadas y recomendadas por organizaciones nacionalmente reconocidas tales como la Red Integral Nacional del Cáncer (NCCN por sus siglas en inglés), entre otras, y los beneficios establecidos en la póliza de los asegurados. Todos ellos se revisan y actualizan periódicamente y para aquellas que así lo requieran, las licencias se renuevan anualmente. Para asegurar la uniformidad en el proceso de la toma de decisiones, el personal es capacitado periódicamente. Esto incluye adiestramientos ofrecidos por los desarrolladores de las guías y aplicaciones que utilizamos.

Las determinaciones organizacionales se manejan de acuerdo a los plazos de tiempo establecidos por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Todas las solicitudes se documentan continuamente para asegurar que se gestionan en el tiempo adecuado de acuerdo a los plazos establecidos. Las determinaciones son notificadas a los asegurados y al proveedor de servicios.

Las determinaciones prospectivas se realizan dentro de un plazo no mayor de quince (15) días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud. Si por razones ajenas a la voluntad de la aseguradora una determinación no se puede hacer en ese período de tiempo, se podrá extender el mismo por quince (15) días adicionales. De ser necesaria una extensión, la aseguradora notificará al asegurado antes que termine el plazo inicial de quince (15) días con una justificación y le indicará la fecha en que se espera se haga la determinación. Si una determinación no se puede realizar debido a falta de información clínica, el asegurado será notificado, verbalmente o por escrito, de la información específica necesaria y se proveerá un periodo de cuarenta y cinco (45) días desde la fecha de notificación para proporcionarla. Si una solicitud de determinación no cumple con los requisitos establecidos por la aseguradora para la radicación de solicitudes, la aseguradora notificará al asegurado y proporcionará información sobre los procedimientos a seguir para la presentación de la solicitud correctamente. Esta notificación se proveerá a la mayor brevedad posible, pero en un plazo no mayor de cinco (5) días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud deficiente.

Si una determinación de revisión concurrente ha sido certificada previamente, se considerará una determinación adversa el reducir o terminar el tratamiento antes de finalizar el plazo autorizado salvo a que se deba a una enmienda en los beneficios del plan o a la terminación del mismo. La aseguradora notificará al asegurado con antelación a la reducción o terminación. El asegurado tendrá la oportunidad de presentar una querrela antes de que se reduzca o termine el beneficio. El servicio se continuará hasta que el asegurado sea notificado de la determinación relacionada a su querrela.

Las determinaciones retrospectivas se realizan en un plazo no mayor de treinta (30) días a partir del día en que se recibe la solicitud. Si por razones ajenas a la voluntad de la aseguradora una determinación no se puede hacer en ese período de tiempo, se podrá extender el mismo por quince (15) días adicionales. De ser necesaria una extensión, la aseguradora notificará al asegurado antes que termine el plazo inicial de treinta (30) días con una justificación y le indicará la fecha en que se espera se haga la determinación. Si una determinación no se puede realizar debido a falta de información clínica, el asegurado será notificado, verbalmente o por escrito, de la información específica necesaria y se proveerá un periodo de cuarenta y cinco (45) días desde la fecha de notificación para proporcionarla.

Si un periodo para determinación es extendido debido a falta de información, el plazo se interrumpirá a partir de la fecha en que la aseguradora envíe la notificación de prórroga al asegurado hasta la que ocurra primero de las siguientes fechas: (a) la fecha en que el asegurado responde a la solicitud de información o, (b) la fecha para la cual se debió haber presentado la información. Si el asegurado no proporciona la información adicional solicitada antes que finalice el tiempo de expiración de la prórroga, la aseguradora podrá denegar el beneficio solicitado.

Las determinaciones de revisiones urgentes serán notificadas a la mayor brevedad posible tomando en consideración la condición de salud del asegurado, pero en un período no mayor de veinticuatro (24) horas desde el momento en que se recibe la solicitud, a menos que haya falta de información y la aseguradora no pueda tomar una determinación. Si una determinación no se puede realizar debido a falta de información clínica, la aseguradora notificará al asegurado tan pronto como sea posible, pero no más tarde de veinticuatro (24) horas a partir del momento en que se recibió la solicitud. Se proveerá un período no menor de cuarenta y ocho (48) horas a partir de la fecha de notificación para presentar la información específica solicitada. La notificación será verbal, o si el asegurado así lo solicita, por escrito. La aseguradora notificará la determinación lo antes posible, pero a no más tardar de cuarenta y ocho (48) horas a partir de cualquiera de estas fechas que ocurra primero: (a) la fecha en que la aseguradora recibe la información adicional o, (b) la fecha para la cual se debió haber presentado la información. Si el asegurado no proporciona la información adicional solicitada antes que finalice el tiempo de expiración de la prórroga, la aseguradora podrá denegar el beneficio solicitado.

En cuanto a las revisiones concurrentes urgentes, si un asegurado solicita una extensión de un tratamiento previamente aprobado por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo aprobado originalmente, la aseguradora hará una determinación y la notificará al asegurado a la mayor brevedad posible teniendo en consideración su condición de salud, pero en un periodo no mayor de veinticuatro (24) horas a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

Todas las determinaciones adversas serán enviadas por escrito detalladamente. La notificación incluirá información sobre el beneficio solicitado, las razones específicas para la determinación, una descripción de la información adicional necesaria para completar la solicitud, el derecho del asegurado a apelar y una descripción de este proceso. Se proporcionará libre de costo cualquier guía, criterio clínico o racional que haya sido tomado en consideración para tomar la determinación.

Los servicios de emergencia serán cubiertos sin necesidad de autorización previa. No habrá límites de cobertura más restrictivos si los servicios son prestados por un proveedor no participante que los límites aplicables si el servicio es prestado por proveedores participantes. Copagos, coaseguros o deducibles tanto para proveedores participantes como no participantes podrían aplicar.

Cubierta Médica

Deducible

Deducible	Individual	Familiar
Deducible Dentro de la Red	\$0	\$0
Deducible Fuera de la Red	\$0	\$0

Desembolso Máximo

Límite de Desembolso Máximo	Individual	Familiar
Límite de Desembolso Máximo ("MOOP") proveedor dentro de la red	\$6,350	\$12,700
Límite de Desembolso Máximo ("MOOP") proveedor fuera de la red	\$19,050	\$38,100

Una vez se acumule el desembolso máximo en una cubierta individual o en una cubierta familiar dentro de la red de proveedores, Humana pagará el 100% de los gastos de los beneficios cubiertos para el resto del año póliza, sujeto a los términos, limitaciones y exclusiones de la póliza.

Todos los gastos incurridos de los beneficios cubiertos proporcionados por proveedores dentro de la red se aplicarán al desembolso máximo de proveedores dentro de la red. Todos los gastos incurridos de los beneficios cubiertos proporcionados por proveedores fuera de la red se aplicarán al desembolso máximo de proveedores fuera de la red.

Para el desembolso máximo se acumulan los gastos de copagos, coaseguros y deducible de su cubierta.

El período de acumulación comenzará a la fecha de efectividad de la póliza y terminará al vencimiento de la misma, y de ahí en adelante desde la fecha de renovación hasta el aniversario.

El desembolso máximo seleccionado está de acuerdo a la cantidad permitida por La Oficina del Comisionado Seguros de Puerto Rico.

Servicios Médico-Ambulatorios

A continuación los servicios cubiertos, menos el copago o coaseguro aplicable:

1. Visitas a oficinas de médicos en forma ilimitada, menos copago aplicable.
2. Servicios quiroprácticos, está cubierta una (1) visita inicial, una (1) visita de seguimiento, menos copago aplicable; y diez (10) manipulaciones por asegurado por año póliza. [Menos copago de visita.]
3. Visitas a podiatras para evaluación y tratamiento de enfermedades y desórdenes de los pies y tobillos, incluyendo inyecciones y procedimientos quirúrgicos, menos copago de visita o copago de facilidad.
4. Seis (6) consultas con nutricionista por año póliza, menos copago aplicable por visita.
5. Una (1) prueba de refracción, por asegurado por año póliza, realizada por un oftalmólogo u optómetra dentro de la red de Humana Insurance of Puerto Rico, Inc., menos copago o coaseguro por visita.

6. Laboratorios clínicos y radiografías ilimitadas, menos coaseguro aplicable. Estudios genéticos se requiere pre-autorización.
7. Electrocardiogramas ilimitados, menos coaseguro aplicable.
8. Sonograma, uno (1) por región anatómica, por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable.
9. Tomografía Computarizada, una (1) por región anatómica, por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable. Se requiere pre-autorización.
10. Electroencefalograma, uno (1) por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable.
11. Electromiograma, uno (1) por asegurado por año póliza menos coaseguro aplicable.
12. Resonancia Magnética (MRA o MRI), uno (1) por región anatómica, por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable. Se requiere pre-autorización.
13. Pruebas neurológicas ilimitadas, menos coaseguro aplicable.
14. Un (1) estudio del sueño o polisomnografía por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable.
15. Pruebas de Medicina Nuclear ilimitadas, menos coaseguro aplicable.
16. Aparatos ortopédicos: yesos, entablillados, abrazaderas y muletas, menos coaseguro aplicable.
17. Fisioterapias según ordenado y bajo la supervisión médica de un ortopeda o fisiatra, hasta un máximo de quince (15) sesiones de terapias por año póliza por asegurado, menos copago aplicable.
18. Terapia respiratoria, hasta un máximo de quince (15) sesiones de terapias por asegurado por año póliza.
19. Cirugía ambulatoria en facilidades de cirugía ambulatoria, menos copago aplicable.
20. Laparoscopia cubierta en facilidades ambulatorias o en hospital, menos copago aplicable por servicio.
21. Endoscopías, diagnósticas y terapéuticas, ilimitadas, menos copago aplicable de oficina o facilidad.
22. Litotricia, una (1) por asegurado por año póliza, [menos copago de facilidad o coaseguro aplicable.]
23. Vasectomía en la oficina del médico, menos copago aplicable.
24. Circuncisión en adultos, menos copago aplicable de facilidad.
25. Esterilización ambulatoria o en hospital concurrente con el parto.
26. Servicios de diálisis, hemodiálisis y complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad estarán cubiertos hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad renal, tanto en facilidad ambulatoria como en hospital.
27. Biopsias del seno, menos copago aplicable.
28. Servicios para el tratamiento de la obesidad mórbida, cuando sea médicamente necesario y autorizado por Humana. Una (1) cirugía de por vida utilizando una de las siguientes técnicas: *bypass* gástrico, banda ajustable, gastrectomía en manga, de acuerdo a la Ley 212 del 9 de agosto de 2008.
29. Cuando un asegurado se matricula voluntariamente en un programa de investigación clínica (Clinical Trial), Humana cubrirá las pruebas diagnósticas corrientes asociadas a su condición, siempre y cuando estén cubiertas como beneficios en su póliza, menos copago o coaseguro aplicable. Las pruebas no incluidas dentro de su póliza y que estén estrictamente ligadas al objetivo de la investigación, no estarán cubiertas por Humana. El proceso y el resultado del programa de investigación será responsabilidad del asegurado y del investigador.
30. Visitas y consultas a doctor en naturopatía ilimitadas, cubiertas conforme a Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007, menos copago o coaseguro aplicable.
31. Pruebas diagnósticas oftalmológicas.
32. Mamografías, cuando no sean prestadas como prueba preventiva requerida por ACA, sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición, menos coaseguro aplicable.
33. Cirugía cervical (Cryosurgery), menos copago aplicable.
34. "Nerve Conduction Velocity", ilimitado.
35. Parafernalia de diabetes: lancetas, jeringuillas para la administración de insulina y tirillas para el equipo de medir azúcar hasta un máximo de 150 de cada uno por mes, menos coaseguro aplicable.
36. Glucómetro y la bomba de infusión de insulina que sean aprobados por la "Food and Drug Administration" (FDA) conforme a la Ley Núm. 177 de 13 de agosto de 2016, menos coaseguro aplicable. Requiere pre-autorización.
Si el endocrinólogo recomienda un glucómetro en particular debido al tratamiento que el asegurado utiliza, u ordena una bomba de insulina en particular por la necesidad del asegurado, éste someterá una justificación a Humana. Humana cubrirá el equipo específicamente ordenado por el endocrinólogo, sea un glucómetro o bomba de insulina en particular. Requiere pre-autorización.

37. Humana cubrirá el “Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético con fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines recomendados diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo, conforme a la Ley Núm. 139 del 8 de agosto de 2016.
38. Asistente quirúrgico cuando sea medicamente necesario; se requiere pre-autorización, menos coaseguro aplicable.
39. Servicios de anestesia y servicios de hospitalización, ilimitados, conforme a la Ley Núm. 352 del año 1999; requieren pre-autorización. Estos servicios estarán disponibles cuando el asegurado tenga cubierta dental con Humana y cuando ocurra al menos uno de los siguientes escenarios:
- cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica.
 - cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;
 - cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;
 - cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;
 - cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;
 - cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.
- Para evaluar los servicios, se deberá enviar orden médica con el diagnóstico del asegurado, así como las razones que justifican el uso de anestesia general y hospital. Humana aprobará o denegará la solicitud, conforme a los criterios previamente establecidos, en un término no mayor de dos (2) días contados a partir de la fecha en que el asegurado someta toda la documentación requerida.
- Los documentos a ser requeridos serán:
- orden médica con diagnóstico(s) de asegurado,
 - condición médica del asegurado,
 - razones que justifiquen que el asegurado reciba anestesia general para realizarse el tratamiento dental de acuerdo a los criterios establecidos previamente.

40. Medicamentos en oficina médica, incluyendo los obtenidos por farmacias especializadas, menos coaseguro aplicables. Sujeto a necesidad médica.
41. Aparatos auditivos, hasta \$250.00 por reembolso, por asegurado, por año póliza.
42. Beneficios de espejuelos – lentes y monturas o lentes de contacto, hasta un máximo de \$100.00 por asegurado, por año póliza

Servicios Preventivos

1. Servicios preventivos anuales **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) cuando sea provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico Inc. y recomendado por el *US Preventive Task Force (USPSTF) Advisory Committee Immunization Practices of Centers for Disease Control and Prevention* y el *Health Resources and Services Administration*. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.
 - a) Examen físico de rutina (medición de estatura, peso e índice de masa corporal) para niños y adultos.
 - b) El USPSTF recomienda exámenes de cernimiento de presión arterial alta en adultos mayores de 18 años. Se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
 - c) Cernimiento para niveles de colesterol para niños y adultos.
 - d) Cernimiento sobre cáncer colorectal; prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia o colonoscopia (adultos mayores de 40 años). Los riesgos y beneficios de estos métodos varían.
 - e) El USPSTF recomienda el cernimiento de obesidad en todos los adultos. Los médicos deben ofrecer o referir a pacientes con un índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) de (30) kg / m² o superior a intervenciones conductuales intensivas.
 - f) Cernimiento sobre el uso de tabaco para todos los adultos. El USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todos los adultos sobre el consumo de tabaco, les aconseje que dejen de usar tabaco y proporcionen intervenciones conductuales y medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) para dejar de fumar a los adultos que consumen tabaco.

Los medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar están cubiertos por (90) días consecutivos por despacho y hasta (2) despachos por año.
 - g) Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores de edad y adolescentes para cesar el uso de tabaco.
 - h) Cernimiento de diabetes mellitus gestacional en mujeres embarazadas asintomáticas después de las (24) semanas de gestación y en personas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
 - i) Los médicos deben ofrecer o referir pacientes con niveles anormales de glucosa en sangre a intervenciones intensivas de consejería conductual para promover una dieta saludable y actividad física.

Además, se recomienda el cernimiento de diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con presión arterial sostenida (ya sea tratada o no) mayores de (135/80) mm Hg.
 - j) Cernimiento y consejería conductual de abuso de alcohol. Se recomienda que los médicos evalúen a los adultos de edad (18) años o más por el uso indebido de alcohol y proporcionen a las personas involucradas en el consumo de alimentos riesgosos o peligrosos con intervenciones breves de asesoramiento conductual para reducir el consumo indebido de alcohol.
 - k) Cernimiento sobre el uso de tabaco, alcohol y sustancias controladas para niños entre 11 a 21 años de edad.
 - l) Vacunas para infantes, niños y adultos, según la edad del paciente, conforme a las prácticas médicas y según recomendadas por el *Advisory Committee Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention* / Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (CDC), la Academia Americana de Pediatría y el Departamento de Salud de Puerto Rico mientras continúe como asegurado bajo este plan. Incluyendo las de seguimiento.
 - o Vacunas para adultos 21 años o más, incluyendo sus dosis/actualización (*catch-ups*), si aplica: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu shot), Measles/Mumps/Rubella, Meningococcal (según la Carta Normativa Núm. 2011-131AV), Pneumococcal, Tetanus/Diphtheria/Pertussis, Varicella.

- Vacunas para niños hasta cumplir los 21 años, incluyendo sus dosis/actualización (*catch-ups*), si aplica: Haemophilus influenza type b, Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu shot), Measles/Mumps/Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Rotavirus, Tetanus/Diphtheria/Pertussis, Varicella, inactivated poliovirus.
- m) El USPSTF recomienda la prueba de detección de cáncer cervical cada 3 años con citología cervical sola en mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, el USPSTF recomienda la detección cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con pruebas de riesgo de papiloma humano (hrHPV) solas, o cada 5 años con pruebas de hrHPV en combinación con citología (análisis).
- n) Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita *Well-woman, Health and Human Services (HHS*, por sus siglas en inglés) reconoce que varias visitas pueden ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.
- o) Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para asegurados sobre 40 años de edad; bianual para asegurados entre 50 y 74 años de edad. Esto incluye el asesoramiento sobre quimio prevención y quimio prevención de cáncer de mamas. El USPSTF recomienda que los médicos participen en la toma de decisiones compartida e informada con mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama con respecto a los medicamentos para reducir su riesgo.
- Para las mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama y bajo riesgo de efectos adversos de los medicamentos, los médicos deben ofrecer medicamentos recetados que reducen el riesgo, como el tamoxifeno o el raloxifeno.hxgh.
- p) Papanicolaou.
- q) Examen de la próstata (PSA).
- r) Consejería conductual sobre enfermedades de transmisión sexual para todos los adolescentes y adultos que estén a mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual.
- s) Cernimiento sobre la violencia en la pareja (IPV), incluyendo violencia doméstica, para mujeres en edad de procreación. Los médicos también proporcionarán o referirán a mujeres que muestren resultados positivos a los servicios de intervención. Esta recomendación se aplica a las mujeres que no tienen signos o síntomas de abuso
- t) Cernimiento sobre el Autismo para niños hasta 36 meses de edad.
- u) El cernimiento de osteoporosis se recomienda en mujeres posmenopáusicas menores de (65) años con mayor riesgo de osteoporosis, según determinado por una evaluación de riesgo clínico. Para mujeres de 65 años o más, el USPSTF recomienda la detección de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas por osteoporosis en mujeres de 65 años y mayores.
- El cernimiento de osteoporosis se recomienda en mujeres posmenopáusicas menores de (65) años con mayor riesgo de osteoporosis, según determinado por una evaluación de riesgo clínico. Para mujeres de (65) años o más, el USPSTF recomienda la detección de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas.
- v) Cernimiento para pérdida de audición en recién nacidos.
- w) Cernimiento de niveles elevados de plomo en la sangre en niños de entre 1 y 6 años que tienen un riesgo promedio y mayor, y en mujeres embarazadas asintomáticas.
- x) Un (1) cernimiento de por vida sobre aneurisma aórtico abdominal (AAA) para hombres entre 65 – 75 años fumadores o ex fumadores.
- y) El USPSTF recomienda iniciar el uso de aspirina en dosis bajas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares (CVD) y cáncer colorectal en adultos de 50 a 59 años que tienen un 10% o más de riesgo en años de CVD, no tienen un mayor riesgo de hemorragia, tienen una expectativa de vida de al menos (10) años y están dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina diariamente durante al menos (10) años. Aspirina requiere receta médica.

- z) El USPSTF recomienda que todas las mujeres que planean o son capaces de embarazarse tomen un suplemento diario que contenga (0.4) a (0.8) mg de ácido fólico. El suplemento de ácido fólico requiere receta médica.
- aa) Hipotiroidismo: cernimiento sobre hipotiroidismo congénito en recién nacidos.
- bb) Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.
- cc) Cernimiento de la enfermedad de anemia falciforme en recién nacidos.
- dd) Examen de la vista para todos los niños al menos una vez en todos los niños entre las edades de 3 y 5 años, para detectar la presencia de ambliopía o sus factores de riesgo.
- ee) Cernimiento para el trastorno depresivo mayor (mdd) en adolescentes de 12 a 18 años de edad. El examen debe implementarse con los sistemas adecuados para asegurar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento adecuado.
- ff) Historial médico: para todos los niños a lo largo de su desarrollo.
- gg) Evaluación del comportamiento para niños de todas las edades. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
- hh) Cernimiento de Fenilcetonuria (PKU) en recién nacidos.
- ii) Obesidad en niños y adolescentes: el USPSTF recomienda que los médicos evalúen la obesidad en niños y adolescentes (6) años y mayores y les ofrezca o les refiera a intervenciones conductuales integrales e intensivas para promover mejoras en el estado del peso.
- jj) Cernimiento de depresión en la población adulta en general, incluyendo mujeres embarazadas y postparto. El cernimiento debe implementarse con sistemas adecuados para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.
- kk) Tipificación de sangre Rh (D) y pruebas de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita para la atención relacionada con el embarazo. Además, se recomiendan las pruebas repetidas de detección de anticuerpos Rh (D) para todas las mujeres Rh (D) negativas no sensibilizadas a las (24) - (28) semanas de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) –negativo.
- ll) BRCA: Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determina si la asegurada amerita hacerse una prueba de BRCA.
- mm) Cernimiento de bacteriuria asintomática con cultivo de orina para mujeres embarazadas de (12) a (16) semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si es posterior.
- nn) Examen de sífilis para mujeres embarazadas y para adolescente y adultos o si contienen factores de riesgo a infección.
- oo) Cernimiento de clamidia y gonorrea en mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y en mujeres mayores que tienen un mayor riesgo de infección.
- pp) Medicamento preventivo para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de la gonorrea.
- qq) Consejería sobre cáncer de piel para niños y adultos entre los 6 meses a 24 años sobre minimizar exposición a rayos ultravioletas para reducir el riesgo de cáncer de la piel.
- rr) Prevención de la pre-eclampsia: aspirina, se recomienda el uso de dosis bajas de aspirina (81 mg / d) como medicación preventiva después de 12 semanas de gestación en mujeres que están en alto riesgo de pre-eclampsia. Aspirina requiere receta médica.
- ss) La dieta sana y la consejería sobre actividad física para prevenir las enfermedades cardiovasculares: adultos con factores de riesgo cardiovascular, se recomienda ofrecer o referir a los adultos que están sobrepeso y tienen factores de alto riesgo de enfermedades cardiovasculares a intervenciones intensivas de orientación conductual para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

- tt) Prevención de caries dentales: El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria receten suplementos orales de flúor a partir de los 6 meses para los niños cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro.
- Se recomienda que los médicos de atención primaria apliquen barniz de flúor a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir de la edad de la erupción de los dientes primarios.
- uu) Salud oral: evaluación de riesgos para niños pequeños. Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años
- vv) Cernimiento de cáncer del pulmón, se recomienda la prueba de cernimiento anual para el cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis, en adultos de 55 a 80 años de edad que tienen historial de fumar 30 paquetes al año y en la actualidad fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años. El cernimiento debe discontinuarse una vez que la persona no ha fumado durante 15 años o desarrolla un problema de salud que limita considerablemente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación de pulmón curativa.
- ww) Cernimiento para adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas, se recomienda ejercicio, terapia física y el uso de vitamina D como suplemento para prevenir el riesgo de caídas.
- xx) El cernimiento de Hepatitis B también está cubierto para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.
- yy) Cernimiento para el virus de Hepatitis C (HVC) en personas de alto riesgo de infección. Se recomienda un cernimiento para adultos nacidos entre 1945 y 1965.
- zz) Tuberculosis: pruebas para niños con mayor riesgo de tuberculosis. Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (21) años.
- aaa) Prevención de enfermedades cardiovasculares: Se recomienda iniciar el uso de estatinas en dosis baja a moderada en adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares pero con riesgo cardiovascular a 10 años de 10% o mayor. La USPSTF recomienda que se ofrezca selectivamente estatinas en dosis baja a moderada a adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares que tengan uno o más factores de riesgo de estas enfermedades y un riesgo calculado a 10 años de 7.5% a 10%.
- bbb) Cernimiento de preclamsia en mujeres embarazadas con mediciones de presión arterial durante el embarazo.
- ccc) Cesación de fumar: el USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de tabaco, aconsejarles que dejen de usar tabaco y proporcionen intervenciones conductuales para dejar de fumar a mujeres embarazadas que consumen tabaco.
- ddd) Detección y vigilancia del desarrollo: detección de niños menores de 3 años y vigilancia durante la infancia.
- eee) Dislipidemia: cernimiento para niños con mayor riesgo de trastornos de los lípidos. Edades: (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (16) años.
- fff) Cernimiento para el virus de Hepatitis B para adolescentes y adultos no embarazadas. El USPSTF recomienda el cernimiento para el virus Hepatitis B para personas de alto riesgo de infección.
- ggg) Cernimiento para la detección de infecciones por tuberculosis. El USPSTF recomienda el cernimiento para la detección latente para personas de alto riesgo.
2. Servicios preventivos **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) para la mujer cuando sean provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. y recomendados por el *US Preventive Task Force* (USPSTF) y el *Health Resources and Services Administration*. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.
- Anticonceptivos para la mujer y su asesoramiento: Todo método anticonceptivo para la mujer aprobado por la FDA, con receta médica, y su consejería, colocación, remoción o administración de aparatos intrauterinos, incluyendo la esterilización.

3. Servicios preventivos **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) cuando sean provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. y recomendados por el *US Preventive Task Force* (USPSTF) y el *Health Resources and Services Administration*. Para obtener este servicio, favor llamar a la línea de Humana Beginning al teléfono 1-866-488-5992, para el proceso de cernimiento. Recomendamos que se suscriba al programa de Humana Beginnings desde su primer trimestre de gestación. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.
 - Apoyo integral a la lactancia materna con orientación y asesoramiento, durante el embarazo y después del parto, y el equipo y los suministros necesarios para la lactancia, incluido la bomba de lactancia con receta médica.
4. Cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) cubierto al 100% (sin copago o coaseguro), según las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (“CDC”, por sus siglas en inglés) y conforme a la Ley 45 del 16 de mayo de 2016, como parte de las pruebas de rutina de una evaluación médica al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad en bajo riesgo. Para personas de alto riesgo entre las edades de trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad se cubre anualmente.
 - Los médicos deben evaluar a todas las mujeres embarazadas para detectar el VIH, incluyendo las que se presentan al parto que no han sido examinadas y cuyo status de VIH es desconocido. Para las mujeres embarazadas, se cubren dos exámenes: 1) Una primera prueba de VIH durante el primer trimestre del embarazo en la primera visita prenatal, y 2) Una segunda prueba durante el tercer trimestre del embarazo entre las (28) y (34) semanas del embarazo.

Servicios de Hospitalización

Las admisiones a los hospitales deben ser autorizadas por Humana y provistas bajo la dirección del médico de consulta, menos el copago de admisión correspondiente. El asegurado o su tutor son responsables por el copago predeterminado para cualquier admisión específica.

Los servicios cubiertos están sujetos a lo siguiente:

Atención hospitalaria:	Menos copago de admisión aplicable.
Cirugía ambulatoria:	Menos copago aplicable por servicio.

1. Servicios de hospital incluidos en el per diem contratado con el hospital:
 - Habitación semi-privada o facilidad similar adecuada, ilimitada. En aquellos casos en que un asegurado utilice los servicios de una habitación privada, es responsabilidad de éste el pago de la diferencia entre el costo por servicios médicos facturados y las tarifas contratadas;
 - Uso de unidades especializadas para el servicio de cuidado crítico incluyendo: unidad de cuidado intensivo (ICU), cuidado intermedio y cuidado coronario (CCU); cuidado intensivo neonatal (NICU) y cuidado intensivo pediátrico (PICU).
 - Uso de las salas de operaciones y recuperación.
 - Medicinas ordenadas por el médico durante la estadía en hospital y que estén incluidas en el per diem.
 - Oxígeno y su administración.
 - Laboratorios y radiografías.
 - Dietas regulares y especiales.
 - Servicio regular de enfermeras.
 - Materiales desechables y suero.

2. Servicios de hiperalimentación, ilimitados.
3. Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal conforme a la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003, incluyendo evaluaciones audiológicas dentro del cuidado de seguimiento relacionado al cernimiento auditivo.
4. Intervenciones quirúrgicas para los beneficios incluidos en la cubierta médica.
5. Agentes anestésicos y su administración, incluyendo sedación.
6. Sonogramas, tomografías computarizadas (CT) y resonancia magnética, ilimitadas cualquiera de ellos, cuando sea médicamente necesario.
7. Electrocardiogramas, ilimitadas según médicamente necesario.
8. Estudios de medicina nuclear y angiografía digital, ilimitadas.
9. Transfusiones de sangre, incluyendo el proceso autólogo, con todos sus componentes de sangre, plasma y elementos celulares, y pruebas de compatibilidad.
10. Terapias respiratorias, ilimitadas.
11. Terapia física hasta un máximo de diez (10) sesiones de terapia por estadía en hospital.
12. Servicios de diálisis, hemodiálisis y complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad estarán cubiertos hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad renal, tanto en facilidad ambulatoria como en hospital.
13. Servicios para el tratamiento de la obesidad mórbida, cuando sea médicamente necesario y autorizado por Humana. Una (1) cirugía de por vida utilizando una de las siguientes técnicas: *bypass* gástrico, banda ajustable, gastrectomía en manga, de acuerdo a la Ley 212 del 9 de agosto de 2008.
14. Procedimientos quirúrgicos en centros de cirugía ambulatorio de hospital, menos copago o coaseguro aplicable.
15. Servicio de Salud en el Hogar, en el hogar del asegurado, autorizado por médico de cabecera y Humana.

El cuidado de salud en el hogar debe estar provisto por una agencia dedicada, licenciada y administrada de acuerdo a las reglas establecidas por un grupo de profesionales de la medicina que mantiene expedientes médicos de todos sus pacientes y que opera de acuerdo a las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los primeros catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital o facilidad de enfermería diestra debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.

Los servicios de salud en el hogar deben ser solicitados por el médico de cabecera del asegurado. El médico debe someter un plan de cuidado y tiempo esperado de duración de los servicios de acuerdo a las necesidades individuales del paciente. El programa proveerá educación al paciente y familiares responsables del cuidado de su salud. Este beneficio se cubrirá por treinta (30) días inicialmente y treinta (30) días adicionales sujeto a certificación de necesidad médica.

Los servicios de salud en el hogar incluyen:

1. Cuidados de enfermería por o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a).
2. Cuidado de terapia respiratoria, hasta un máximo de diez (10) sesiones de terapias respiratorias bajo la sección Servicios Médicos-Ambulatorios, menos copago aplicable.
3. Cuidado de terapia física, hasta un máximo de quince (15) sesiones de terapias físicas bajo la sección Servicios Médicos-Ambulatorios, menos copago aplicable.
4. Servicios médicos, menos copago aplicable.
5. Recolección de muestras para estudios de laboratorios, menos coaseguro aplicable.
6. Cuidado y mantenimiento de catéter.
7. Administración intravenosa de antibióticos, sujeto al programa de manejo de casos de Humana.
8. Cuidado de úlceras a través del programa de manejo de casos de Humana.
9. Servicios de hiperalimentación, ilimitado, menos coaseguro aplicable.

16. Programa de Cuidado de Hospicio, significa un programa interdisciplinario coordinado y diseñado para cumplir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de una persona con una enfermedad terminal y a los miembros de su familia. Proveyendo apoyo médico de enfermería y otros servicios en su hogar u hospitalizado. La facilidad de hospicio debe estar licenciada de acuerdo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Debe proveer un programa de tratamiento a un asegurado que ha sido diagnosticado con no probabilidad de cura de su enfermedad, según establecido por su médico de cabecera, con una expectativa de vida de menos de seis (6) meses como resultado de su enfermedad.

Humana pagará los beneficios por cargos de un programa de cuidado de hospicio que sea sometido por escrito y aprobado por nosotros. El asegurado deberá someter por escrito su intención de matricularse en el programa de cuidado de hospicio aprobado por nosotros. Todos los servicios de hospicio están sujetos al copago o coaseguro de admisión aplicable. Todos los servicios deberán ser recibidos dentro de un período de doce (12) meses. Requiere pre-autorización.

Servicios de Ambulancias

Emergencias manejadas a través del Sistema 9-1-1 - significa el sistema de respuesta de llamadas de emergencias de seguridad pública vía el número 9-1-1, creado en virtud de la Ley Núm. 144 de 22 de diciembre de 1994, según enmendada, conocida como "Ley para la Atención Rápida a Llamadas de Emergencias de Seguridad Pública" o "Ley de Llamadas 9-1-1".

1. Transportación terrestre por ambulancia certificada por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008, según enmendada, a un hospital o entre facilidades de salud, ejemplo: entre un hospital y un instituto radiológico o entre una facilidad de enfermería diestra y un hospital, incluyendo emergencias psiquiátricas. Los servicios de ambulancia terrestre por emergencias psiquiátricas y médicas a través del 9-1-1, serán pagados en su totalidad directamente al proveedor.
2. Transportación en ambulancia terrestre por ambulancia certificada por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008, según enmendada, incluyendo emergencias psiquiátricas, menos copago o coaseguro por viaje.
3. Los servicios de ambulancia terrestre por emergencias psiquiátricas y médicas a través del 9-1-1, serán pagados en su totalidad directamente al proveedor. El servicio solo tendrá cubierta si el asegurado cumple con los siguientes requisitos:
 - a. El/La paciente sufrió una enfermedad o lesión para la cual no se recomiendan otros tipos de transportación;
 - b. Emergencias psiquiátricas conforme a la Ley Núm. 183 del 6 de agosto de 2008;
 - c. La condición de salud del pacientes no permite el uso de otros medios de transportación;
 - d. No es un caso cubierto por la Administración de Compensación de Accidentes de Automóviles (ACAA), la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) o cualquier otro seguro con responsabilidad primaria.
4. Tanto el hospital general como el hospital psiquiátrico cumplirán con todas las regulaciones de la EMTALA en los procesos establecidos para la redacción y la preparación del Protocolo para el Proceso de Traslado de Pacientes que aquí se exige y requiere."
5. Servicios de transportación aérea y marítima por ambulancia en Puerto Rico sujeto a la necesidad médica del mismo, menos copago o coaseguro aplicable. Pre-autorización es requerida a menos que se trate de una emergencia de vida o muerte.

Servicios para Cáncer

1. Servicios ambulatorios para tratamientos de cáncer tales como de radioterapia y quimioterapia, incluyendo los medicamentos por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según sea la orden médica del médico especialista u oncólogo según la Ley Núm. 107 del 5 de junio de 2012. Menos coaseguro aplicable.
2. Tratamiento médicamente necesario y procedimientos inyectables para el manejo del dolor de pacientes que sufren de cáncer terminal, menos coaseguro aplicable.
3. Todos los beneficios incluidos en los servicios de hospitalización.
4. Cuidado de estomas: colostomía, gastrostomía y cistostomía.
5. Para la asegurada que esté recibiendo beneficios relacionados con la mastectomía y quien elige reconstrucción del seno relacionada con dicha mastectomía, la cubierta incluirá:
 - a) todas las fases de reconstrucción del seno en el cual la mastectomía ha sido realizada
 - b) cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica
 - c) prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema
6. Vacunas contra el virus del Papiloma Humano (VPH) según recomendado por la Ley Num. 255 del 15 de septiembre de 2012.

De acuerdo con la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012, todo paciente de cáncer tendrá derecho a:

- Conocer y entender el plan de tratamiento, rehabilitación y el protocolo de manejo del dolor apropiado para su caso. El paciente tendrá derecho a que su dolor sea tratado como una propiedad de tratamiento. Tendrá derecho a la aplicación de técnicas agresivas de manejo de dolor aprobadas por el Food and Drug Administration (FDA) y basadas en evidencia científica.
- Recibir de forma expedita copia de su expediente cuando desee una segunda opinión médica o desee consultar con otro proveedor.
- Información y asesoramiento sobre los efectos a corto y largo plazo que pueda tener sobre la fertilidad, tanto el cáncer que lo está afectando como las pruebas de detección y el tratamiento para el mismo.
- La continuidad de todos los servicios médicos y de cuidado como pruebas de detección temprana, garantizar el acceso a oncólogos, radio oncólogos y especialidades quirúrgicas involucradas en el diagnóstico inicial y tratamiento del paciente una vez se le considere sobreviviente, para la vigilancia cercana contra recurrencia y efectos secundarios de los tratamientos y el mantenimiento de la salud física y emocional del paciente sobreviviente.
- A ser incluidos en los planes de cuidado de salud grupal de su patrono, sin aumento en su aportación en comparación a todos los integrantes del grupo sin que sean excluidos de la cubierta general debido al diagnóstico previo de cáncer.
- Ninguna aseguradora privada podrá restarle beneficios o terminar la póliza de un paciente o sobreviviente pediátrico con cáncer mientras dure la emergencia de salud.
- Para los pacientes y sobrevivientes geriátricos con cáncer, se le ofrecerá información actualizada y clara acerca de la prevención, detección y tratamiento del cáncer tomando en cuenta posibles condiciones que afecten con la comunicación, las capacidades sensoriales, de movilidad o cognitivas. Tendrán el apoyo apropiado para la edad, incluyendo, pero no limitado, a servicios de apoyo comunitario, psicosocial y paliativos.
- Se incluirán como parte de las cubiertas los exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical.

- Proveer cubierta ampliada para el pago de estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sono-mamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

Servicios de Maternidad

Toda asegurada tiene cubierta, incluyendo la esposa o cohabitante e hija dependiente del asegurado principal. La estadía mínima para la paciente y su hijo recién nacido ha sido establecida por la Ley 248 del 15 de agosto de 1999 en 48 horas para parto natural sin complicaciones, y 96 horas para nacimiento por cesárea. Altas anteriores a lo estipulado por ley tendrán que tener el visto bueno de la paciente. La cubierta cubre una visita de seguimiento a las 48 horas del alta, en cuya visita se puede examinar al recién nacido también. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas, tanto para el infante como para la madre.

Los servicios cubiertos por concepto de maternidad son los siguientes:

1. Visitas prenatales y postnatales ilimitadas, menos copago aplicable por visita.
2. Hospitalización, menos copago de admisión aplicable.
3. Parto natural o por cesárea.
4. Salas de parto y recuperación.
5. Sala de recién-nacido ("nursery") e incubadora.
6. Cuidado intensivo neonatal ("NICU").
7. Monitoria fetal durante el parto.
8. Vacuna RhoGam con coaseguro aplicable.
9. Amniocentésis genética, menos coaseguro aplicable.
10. Esterilización ambulatoria o en hospital concurrente con el parto.
11. Aborto espontáneo, menos copago aplicable.
12. Sonogramas, dos (2) por asegurado, menos coaseguro aplicable.
13. Perfil biofísico cubierto en embarazos de alto riesgo, dos (2) sin autorización, cualquier otro requiere autorización de Humana.
14. Vacuna Synagis, conforme a la Ley 165 del 30 de agosto de 2006 y de acuerdo al protocolo aprobado por el Departamento de Salud de Puerto Rico para el tratamiento del Virus Syncytial Respiratorio.

Servicios de Pediatría

Los servicios cubiertos por concepto de pediatría son los siguientes:

1. Visitas ilimitadas, menos copago aplicable por visita.
2. Cuidado del bebé sano ("Well Child Care"), menos copago por visita.
3. Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal conforme a la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003, incluyendo evaluaciones audiológicas dentro del cuidado de seguimiento relacionado al cernimiento auditivo.

4. Examen anual de acuerdo a las disposiciones de la Ley 296 del 1ro de septiembre de 2000, que incluye: evaluación física, mental, salud oral, pruebas de audición y visión y pruebas recomendadas por la Academia Americana de Pediatría.
5. Circuncisión y dilatación, durante hospitalización o en una facilidad ambulatoria, menos copago aplicable.
6. Vacunas conforme a las prácticas médicas y según recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (CDC) y la Academia Americana de Pediatría, mientras continúe como asegurado bajo este plan. Incluyendo la vacuna contra el virus del Papiloma Humano (VPH) según recomendado por la Ley Num. 255 del 15 de septiembre de 2012. Para los casos de niñas y niños que han sido objeto de abuso sexual, la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) se cubre desde los 9 años de edad.
7. Vacuna Synagis, conforme a la Ley 165 del 30 de agosto de 2006 y de acuerdo al protocolo aprobado por el Departamento de Salud de Puerto Rico para el tratamiento del Virus Syncytial Respiratorio.
8. Cubierta para uso de equipo de alta tecnología de ventiladores para niños que sea necesario para el mantenimiento de la vida, incluyendo niños que dependen de equipo médico como ventiladores u oxígeno suplementario. La cubierta contempla un turno diario de 8 horas de servicios de enfermería diestra con conocimientos de terapia respiratoria o terapeutas respiratorios con conocimientos de enfermería, los suplidos necesarios para el manejo del equipo tecnológico, la terapia física y ocupacional, laboratorios y radiología, así como medicamentos recetados, que deben ser despachados por una farmacia participante de nuestra red de proveedores y debidamente autorizada bajo las leyes de Puerto Rico, según lo establece la Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015, y que sea libremente seleccionada por nuestro asegurado, menos el copago correspondiente. Para aquellos que han comenzado con el tratamiento como menores de edad y cumplen los 21 años, los servicios señalados continuarán sin interrupción. Este beneficio aplica a niños que han necesitado una traqueotomía para respirar, que requieran servicios en el hogar por el riesgo de obstrucción de la vía aérea. Esto requiere una orden médica.
9. Cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico sin exclusión por condición preexistente. Esto cubre los niños recién nacidos; niños recién nacidos recién adoptados o niños recién nacidos recién colocados para adopción. Menos copago o coaseguro aplicable.
10. Pruebas diagnósticas y tratamiento asociado con Hemofilia. Esto cubre los niños recién nacidos; niños recién nacidos recién adoptados o niños recién nacidos recién colocados para adopción Menos copago o coaseguro aplicable.

Servicios en Sala de Urgencias / Emergencias

Los servicios en sala de urgencia / emergencia serán provistos sin la necesidad de autorización previa, ni períodos de espera; serán provistos, además, independientemente de que el proveedor de tales servicios de urgencia / emergencia, sea un proveedor participante de la red de Humana, conforme a la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000. Los servicios en sala de urgencia / emergencia en Proveedores No Participantes el asegurado pagará al proveedor la misma cantidad que le paga a un Proveedor Participante; siempre que exista una razón médica de peso por la cual el paciente no pueda ser transferido a un proveedor participante.

En caso de que los servicios de urgencia / emergencia sean provistos a un paciente por un proveedor no participante de la red de Humana, el paciente no será responsable del pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor participante de la red de Humana. Humana compensará al proveedor que ofrezca los servicios y éste vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la de los proveedores participante de la red de Humana para ofrecer los mismos servicios. Además, bajo estas circunstancias, tales servicios de urgencia / emergencia serán provistos independientemente de las condiciones del seguro médico que tiene con Humana.

En el caso de que el paciente reciba servicios de cuidado de salud posteriores a los servicios de urgencia / emergencia, o de post-estabilización, que estarían cubiertos bajo el plan de cuidado de salud, excepto por el hecho de que se trata de un proveedor no participante, Humana reembolsará al paciente por aquella parte de los costos con respecto a dichos servicios recibidos que se hubiese pagado con arreglo al plan, siempre que exista una razón médica de peso por la cual el paciente no pueda ser transferido a un proveedor participante.

Urgencias / Emergencias manejadas a través del Sistema 911 - significa el sistema de respuesta de llamadas de emergencias de seguridad pública vía el número 9-1-1.

La facilidad solicitará servicio de traslado a la unidad que estime conveniente de acuerdo a la orden médica emitida por el médico tratante para trasladar al asegurado luego de completar servicios de urgencia / emergencia o servicios de estabilización a una facilidad de Humana o ChoiceCare tan pronto sea médicamente posible. Dicho traslado no deberá en forma alguna comprometer o perjudicar la salud o tratamiento médico del asegurado. Humana asistirá en la coordinación de dicho traslado según estipulado en la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000.

1. Urgencias / Emergencias ocasionadas por accidentes están cubiertas, menos copago aplicable.
2. Urgencias ocasionadas por enfermedad están cubiertas, menos copago aplicable.
3. Emergencias ocasionadas por enfermedad están cubiertas, menos copago aplicable.
4. El copago de sala de urgencia / emergencia no aplica si el asegurado es admitido; aplica entonces el copago de admisión.

Protocolo para el Proceso de Traslados de Pacientes

De encontrarse un paciente hospitalizado en una Institución general o en una Sala de Urgencia / Emergencia y presentar algún disturbio emocional.

1. Se hará el cernimiento y evaluación del paciente según las disposiciones de la Ley Núm. 35 de 1994 y la Ley EMTALA, incluyendo los estudios correspondientes para establecer el diagnóstico.
2. Se deberá descartar el origen orgánico del cuadro que presenta antes de remitir el diagnóstico psiquiátrico.
3. Durante la evaluación, el hospital general decidirá tomar en consideración y descartar que los síntomas presentes en el momento de la emergencia tienen su etiología en una condición orgánica que provocan agitación en el paciente.
4. El personal del hospital general consultará con un profesional de la salud mental, en aras de establecer un plan de continuidad de cuidado, así como para obtener la autorización de los familiares o la persona autorizada para el traslado.
5. Se estabilizará al paciente de acuerdo a su condición física o disturbio. El requerimiento de tiempo de espera dependerá de la evaluación para condiciones orgánicas que se efectúe del estado de salud individual del paciente. En caso de envenenamiento, el hospital general será responsable de contactar el Centro de Envenenamiento para obtener de esta dependencia el tiempo que el potencial agente tóxico ingerido tomará en eliminarse del cuerpo. Dicho periodo será el tiempo mínimo a retener un paciente en sala de urgencia / emergencia antes de ser trasladado al hospital psiquiátrico.
6. Una vez se establezca la condición física del paciente, éste será trasladado al hospital psiquiátrico. Conjuntamente, se remitirá un expediente en el cual se proveerá un resumen de lo que se hizo, el resumen de los resultados en instrucciones claras de seguimiento de acuerdo al caso y la información del médico que atendió al paciente.
7. Será responsabilidad del médico del hospital general el comunicarse vía telefónica con el hospital psiquiátrico escogido en aras de presentar y explicar con detalles el caso y los síntomas de la condición que afectan al paciente. De igual manera, se coordinará la transferencia del paciente al hospital psiquiátrico.
8. El hospital psiquiátrico se comprometerá a aceptar el traslado del paciente y a atender el mismo.

En el caso en que la persona disponga de recursos económicos, incluyendo una cubierta por un plan de seguro de salud para sufragar los gastos de transportación, estos deberán ser sufragados por el paciente o su cubierta médica. En estos casos, se le pagará directamente al hospital, si fue que éste pago por dicho servicio, siendo responsabilidad del plan de seguro de salud el reembolsar dicho pago a la institución hospitalaria. De ser necesario, y en ausencia de otras alternativas, la transportación deberá ser provista por las ambulancias que prestan servicios a través del Servicio de Emergencia 9-1-1. La transportación cubrirá desde donde se encuentre la persona que necesita el servicio y hasta cualquier otra institución proveedora de los servicios hospitalarios necesarios. La transportación en ambulancia deberá cumplir con los requisitos de la Ley Núm. 35 de 1994 y de la Ley EMTALA.

Tanto el hospital general como el hospital psiquiátrico cumplirán con todas las regulaciones de la Ley EMTALA en los procesos establecidos para la redacción y la preparación del Protocolo para el Proceso de Traslado de Pacientes que aquí se exige y requiere.

Nota: Las urgencias / emergencias ocasionadas por accidentes son cubiertas al 100%. El copago de sala de urgencia / emergencia no aplica si el asegurado es admitido; aplica entonces el copago de admisión. Las urgencias / emergencias siquiátricas estarán cubiertas con el copago correspondiente.

Servicios de Salud Mental

1. Visitas a profesionales, doctores en psicología y capacitados/as por educación, adiestramiento y experiencia con las competencias necesarias para el ofrecimiento en servicios de salud en psicología, ilimitados, menos copago aplicable por visita..
2. Visitas al psiquiatra y/o psicólogos para niños y adolescentes / adultos, ilimitadas, menos copago aplicable por visita.
3. Terapias de grupo, menos copago o coaseguro aplicable por terapia.
4. Visitas colaterales, menos copago o coaseguro aplicable por visita.
5. Servicios de hospitalización, ilimitados, menos copago de admisión. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un (1) día de hospitalización regular.

Este servicio incluye la transportación de emergencia psiquiátrica por ambulancia autorizada por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008. Los servicios de ambulancia terrestre por emergencias siquiátricas a través del 9-1-1, serán pagados en su totalidad directamente al proveedor.

Servicios de Alcoholismo y Dependencia de Sustancias

1. Visitas a profesionales, doctores en psicología y capacitados/as por educación, adiestramiento y experiencia con las competencias necesarias para el ofrecimiento en servicios de salud en abusos de sustancias, ilimitados, menos copago aplicable por visita.
2. Visitas al psiquiatra y/o psicólogo de niños y adolescentes / adultos, ilimitadas, menos copago aplicable por visita.
3. Terapias, tratamiento y seguimiento en uno o más niveles de servicio, que puede combinar múltiples tipos de terapia, ilimitados, menos copago aplicable.
4. Tratamiento residencial, ilimitado, menos copago aplicable.
5. Servicios de hospitalización, ilimitado, menos copago de admisión. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un (1) día de hospitalización regular.

Autismo

Se reconoce el Autismo como una condición de salud. De acuerdo a la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, el Departamento de Salud y utilizando las Guías de la Academia Americana de Pediatría, se cubren servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo.

Estos beneficios se concentran, pero no se limitan a: genética, neurología, inmunología, gastroenterología, nutrición, terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas, que incluirán las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente. Estos servicios están sujetos a los copagos o coaseguros aplicables, si alguno, en este Certificado, excepto para el cernimiento de autismo en niños hasta 36 meses de edad.

Servicios de Emergencia Fuera de Puerto Rico

I. Servicios de Emergencia en los Estados Unidos:

A. Servicios recibidos en un proveedor participante de la red de Humana o ChoiceCare:

1. Siempre que sea posible los servicios de emergencia deben ser recibidos en un proveedor participante de la red de Humana o ChoiceCare.
2. Humana en Puerto Rico tiene que recibir notificación de todos los servicios de emergencia dentro de las setenta y dos (72) horas del asegurado haber recibido los servicios.
3. Los pagos por servicios de sala de emergencia y admisiones posteriores provistas por un proveedor participante se pagarán de acuerdo a la Sección Servicios en Sala de Urgencia/Emergencia de este Certificado, menos copago o coaseguro aplicable.

B. Servicios recibidos en un proveedor no participante de la red de Humana o ChoiceCare:

1. Los pagos por servicios de sala de emergencia y provistas por un proveedor no participante se pagarán de acuerdo a la cubierta de beneficios de la póliza para servicios de emergencia, menos copago o coaseguro que aparece descrito en la póliza.
2. Humana tiene que recibir notificación de todos los servicios de emergencia dentro de las setenta y dos (72) horas del asegurado haber recibido los servicios.

Humana transferirá al asegurado luego de completar servicios de emergencia o servicios de estabilización a una facilidad de Humana o ChoiceCare tan pronto sea médicamente posible. Dicho traslado no deberá en forma alguna comprometer o perjudicar la salud o tratamiento médico del asegurado. Humana asistirá en la coordinación de dicho traslado.

II. Servicios de Emergencia Rendidos Fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico

- A. Se reembolsará al asegurado el 100% de la tarifa contratada para unos servicios similares por un proveedor en Puerto Rico o los cargos facturados, lo que sea menor, menos los copagos, coaseguros y deducibles que aparecen descritos en la póliza.
1. Si el asegurado requiere ser hospitalizado y no puede ser trasladado a un proveedor participante en Puerto Rico o en los Estados Unidos, Humana tratará de negociar la mejor tarifa posible con la de un proveedor no participante, para beneficio del asegurado.
 2. Si el asegurado puede ser transportado sin riesgo alguno a un proveedor participante en los Estados Unidos o en Puerto Rico, entonces sólo el copago de admisión aplicará o el deducible correspondiente.

Nota: Todas las reclamaciones por servicios provistos fuera de Puerto Rico o de los Estados Unidos tienen que ser sometidas a Humana con toda la evidencia de los servicios médicos rendidos, dentro de un periodo de un (1) año a partir de la fecha en que fueron provistos o a la fecha de alta, lo que ocurra después, para asegurar reembolso cuando aplicable.

Servicios Fuera de Puerto Rico

Servicios Rendidos en los Estados Unidos

Si un asegurado necesita someterse a un procedimiento, tratamiento, prueba o visita médica en los Estados Unidos como segunda opinión, seguimiento, podrá someter evidencia del gasto y le reembolsaremos de acuerdo a las tarifas establecidas para dicho tratamiento en Puerto Rico. Aplica el copago o coaseguro del beneficio que se describe en esta cubierta médica. Se requiere pre-autorización en los servicios que así lo requiera este Certificado.

Servicios Ambulatorios Para Dependientes Estudiantes Universitarios en los Estados Unidos de América

Dependiente estudiando en una universidad en los Estados Unidos de América, como se incluye en la definición de dependiente, incisos (b) al (g), puede recibir cubierta para los servicios médicos ambulatorios brindados por proveedores participantes en los Estados Unidos de América. Para recibir cubierta, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- El dependiente cursando estudios universitarios, conforme a la definición de dependiente, incisos (b) al (g), debe ser elegible para recibir cubierta bajo este Plan y los servicios ambulatorios recibidos en los Estados Unidos deben ser servicios cubiertos en este Certificado.
- El estudiante universitario asegurado deberá ser estudiante a tiempo completo en una universidad acreditada en los Estados Unidos. Para efectos de este requisito, se entenderá que el estudiante está a tiempo completo si cursa doce (12) créditos; seis (6) créditos en el caso de estudiantes que cursan estudios graduados. Cualquier excepción a esta presunción, deberá ser certificada por la institución universitaria.
- Para recibir servicios, el asegurado deberá coordinar y obtener pre-autorización de Humana para los servicios que así lo requiera este Certificado, a menos que los servicios cumplan con los criterios de urgencia o emergencias establecidos en este Certificado.
- Los servicios brindados por un proveedor de la red de proveedores de Humana o *Choice Care* se pagarán conforme a los beneficios establecidos en este Certificado. Aplicará cualquier copago, coaseguro y/o deducible establecido en este Certificado.
- Si el servicio es brindado por un proveedor no participante de la red de Humana o *ChoiceCare*, el servicio se pagará conforme a las tarifas contratadas para servicios similares en Puerto Rico, menos el copago, coaseguro y/o deducible que aplique. El asegurado será responsable de la diferencia entre la tarifa contratada de Humana en Puerto Rico y los cargos que facture la facilidad médica.

Importante:

1. *ChoiceCare* es una red de proveedores, incluyendo médicos y hospitales, participantes de la red de Humana en los Estados Unidos. El asegurado no tiene que contactar a *ChoiceCare* para acceder un servicio cubierto. El logotipo en la tarjeta será el identificador para el proveedor. Debido a que los servicios requieren pre-autorización y coordinación, Humana ayudará al estudiante asegurado a identificar la instalación o el proveedor más apropiado. El directorio completo de *ChoiceCare* está disponible por Internet en www.humana.com.
2. Para coordinar servicios o recibir pre-autorización, el estudiante asegurado debe comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de Humana al 1-800-314-3121.

Exclusiones de la Cubierta Médica

1. Procedimientos y/o servicios experimentales o investigativos no aprobados por el plan, excepto de que se trate de una condición que amenaza la vida del asegurado para la cual no exista un tratamiento efectivo. Humana pagará por los gastos médicos rutinarios ordenados que no sean pagados por la entidad que llevará a cabo el estudio.
2. Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras o condiciones de motín.
3. Enfermedades o accidentes que sean elegibles para ser cubiertos bajo la Ley del Fondo del Seguro del Estado (FSE) , incluyendo los casos en que no se haya cumplido con el proceso de reclamación establecido bajo dicha legislación. En el caso que Humana determine ha hecho pagos de reclamaciones de estas enfermedades o accidentes que debieron ser elegible para cubierta alterna, Humana podrá recobrar la totalidad de la cantidad pagada al asegurado o a la parte que se le hizo el pago por la enfermedad o accidente.
4. Accidentes de automóvil, incluyendo los cubiertos por la Administración de Compensación por Accidentes de Automóviles (ACAA).
5. Gastos ocasionados por servicio militar, guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado; excepto en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que el asegurado estuvo activo en el ejército (service connected), en cuyo caso Humana recobrará a la Administración de Veteranos.
6. Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre participando en algún tipo de carrera, como automóviles, motoras, "four track", o botes; o en otras pruebas de velocidad en áreas preparadas para dicho tipo de actividad o en cualquier otro lugar.
7. Servicios provistos o cubiertos por alguna legislación estatal o federal, por lo cual el asegurado no está legalmente obligado a pagar.
8. Servicios gratuitos, rendidos por esposo(a), padres, familiares o hijos del asegurado.
9. Hospitalizaciones para procedimientos que pueden realizarse de forma ambulatoria.
10. Hospitalización para fines puramente diagnósticos; servicios de custodia, y servicios relacionados a convalecencia o descanso.
11. Servicios que se presten mientras la póliza no esté en vigor.
12. Todo tipo de prótesis, incluyendo prótesis electrónicas como el "myoelectric arm" y el implante coclear, y la remoción o inserción de cualquier dispositivo, excepto la prótesis en caso de mastectomía y las descritas como cubiertas.
13. Gastos por servicios de convalecencia (asilo) o comodidad personal, o por servicios de custodia durante una hospitalización o enfermera privada, excepto en los casos de servicios de salud en el hogar autorizados por Humana. Artículos de uso personal tales como teléfono, televisión y "admission kit".
14. Servicios de rehabilitación, terapias del habla (excepto para los casos con diagnóstico de Autismo como condiciones de salud. De acuerdo a la Ley. Núm. 220-2012 del 4 septiembre de 2012 y música terapia.
15. Cirugía cosmética, excepto "septoplasty" cuando médicamente justificada y con previa autorización.
16. Cirugía estética del seno (mamoplastía), excepto la aplicable de acuerdo al "Woman's Rights Cancer Act" y la cirugía estética del seno aplicable de acuerdo con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012.
17. Cirugía cosmética, excepto septoplastía cuando médicamente justificada y con previa autorización.
18. Reparación o reemplazo de instrumentos o aparatos prostéticos debido al uso y deterioro normal.
19. Calzado correctivo.
20. Servicios, tratamientos y terapias de medicina alternativa por médicos u otro profesional certificado, excepto visitas a doctores en naturopatía.
21. Servicios de acupuntura por médicos u otro profesional certificado.
22. Medicina deportiva.
23. Deformidades congénitas genéticas y deformidades congénitas metabólicas excepto en recién nacidos, niños recién nacidos recién adoptados o niños recién nacidos recién colocados para adopción.
24. Tratamientos relacionados con infertilidad o impotencia. Excepto pruebas para detectar infertilidad.
25. Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos a adultos por el patrono, o para certificados médicos para cualquier tipo de licencia, y todos los exámenes diagnósticos o servicios relacionados con estos propósitos. Excepto el examen anual de acuerdo a las disposiciones de la Ley 296 del 1ro de septiembre de 2000, que incluye: evaluación física, mental, salud oral, pruebas de audición y visión y pruebas recomendadas por la Academia Americana de Pediatría.
26. Gastos por servicios de "multiphasic screenings".

28. Abortos electivos.
29. Cirugía de acné y tratamiento de acné, incluyendo medicamentos.
30. Hormonas de crecimiento y todo tratamiento relacionado.
31. Tratamiento asociado con Hepatitis C. Excepto el cernimiento para el virus de Hepatitis C (HVC) en personas de alto riesgo de infección que se recomienda para adultos nacidos entre 1945 y 1965 incluido en la sección de Servicios Preventivos.
32. Pruebas diagnósticas y tratamiento asociado con Hemofilia excepto en recién nacidos, niños recién nacidos recién adoptados o niños recién nacidos recién colocados para adopción.
33. Medicamentos recetados y no recetados; suplementos dietéticos y otros suplementos; y artículos y materiales provistos en forma ambulatoria que no han sido identificados específicamente como servicios cubiertos en la póliza.
34. Trasplante de embrión.
35. Inyecciones de gonadotropina coriónica humana (HCG).
36. Vacunas requeridas para viajar.
37. Tuboplastías, vasostomías o cualquier procedimiento o servicio cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
38. Enfermedades o lesiones provocadas en el asegurado mientras se desempeña una ocupación ilegal; o mientras comete o intenta cometer un acto criminal. Excepto si la lesión o enfermedad surge como resultado de un acto de violencia doméstica o una condición médica.
39. Matrícula en un club de salud, o club atlético; programas para pérdida de peso o similares.
40. La compra o renta de equipo médico duradero médicamente necesario. Excepto para el uso de equipo tecnológico que provea ventiladores para niños, según lo establece la Ley 125 del 21 de septiembre de 2007 y enmendada por la Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015.
41. Compra o renta de materiales relacionados al mantenimiento de la salud de uso común en el hogar como: bicicletas de ejercicios, purificadores de aire, aire acondicionado central o de unidad individual, purificadores de agua, almohadas o colchones anti alérgicos; o camas de agua. Excepto para el uso de equipo tecnológico que provea ventiladores para niños o para aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años, según lo establece la Ley Núm. 62 de 4 de mayo de 2015.
42. Compra o renta de transportes motorizados; incluyendo sillas motorizadas o "scooters", elevadores o escaleras eléctricas; saunas o piscinas; equipo médico profesional como el medir la tensión arterial; y materiales o accesorios para cualquiera de estos artículos.
43. Testigos expertos requeridos por una Corte que no estén incluidos en los beneficios o requisitos de la ley de salud mental.
44. Servicios y materiales para el tratamiento del desorden o mal funcionamiento de la articulación temporomaxilar (TMJ) y desórdenes craniomaxilares de la quijada (CMJ), considerados procedimientos dentales. Esto incluye, pero no está limitado a, la extracción de dientes y la aplicación de aparatos de ortodoncia y ganchos dentales ("braces").
45. Servicios por profesionales de la salud para el manejo del dolor, incluyendo equipo y tratamiento, excepto para los pacientes que sufren cáncer terminal.
46. Nuevos servicios o procedimientos de diagnóstico o terapéuticos que están aprobados por FDA y equipos o aparatos que aparecen disponibles luego de la fecha de efectividad de este certificado. Excepto de que se trate de una condición que amenaza la vida del asegurado para la cual no exista un tratamiento efectivo. Humana pagará por los gastos médicos rutinarios ordenados que no sean pagados por la entidad que llevará a cabo el estudio.
47. Cualquier y todos los servicios o tratamientos que no están descritos específicamente como beneficios cubiertos, excepto por los servicios y beneficios incluidos en una ley que son requeridos ofrecer en la cubierta de salud.
48. Monitoreo fetal ambulatorio.
49. Pruebas de audiometría y timpanometría para adultos.
50. Anestesia epidural durante el parto.
51. Ambulancia aérea y marítima fuera de la isla de Puerto Rico excepto en los casos de emergencia para las islas municipios de Vieques y Culebra.
52. Trasplante de órganos y tejidos, y tratamientos relacionados.
53. Cirugía cardiovascular, tratamiento o rehabilitación cardiovascular.
54. Cirugías neurológicas.
55. Pruebas SPECT.
56. Pruebas de alergias, incluyendo extractos alérgenos, biológicos, drogas, parchos y estudios provocativos.
57. Tomografías por Emisión de Positrones (PET = "Positron Emission Tomography").

Cubierta Opcional Gastos Médicos Mayores (Major Medical)

Esta cubierta opcional de Gastos Médicos Mayores forma parte y se aneja al Certificado de Beneficios PPOProgram-HumanaMax1000MM-SPD-122013 Rev 010120.

Si como resultado de un accidente o enfermedad, un asegurado incurre en gastos cubiertos y especificados aquí, que no estén cubiertos en la Cubierta Médica y mientras este seguro esté en vigor para dicha persona, Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. le reembolsará el porcentaje aplicable de los gastos incurridos en exceso del deducible. El pago por los servicios también podrá ser dirigido directamente al proveedor que ofreció los servicios, siempre y cuando se coordine de esta manera.

Deducibles

El deducible por persona por año póliza es \$300.00

El deducible por familia por año póliza es \$600.00

La Compañía pagará 20% de los gastos elegibles, luego de aplicar el deducible.

Período de Acumulación de Deducible

Todos los años cada asegurado cubrirá el deducible de aplicable antes de tener derecho al reembolso de gastos cubiertos por el "Major Medical". El período de acumulación comenzará a la fecha de efectividad de la póliza y terminará al vencimiento de la misma, y de ahí en adelante desde la fecha de renovación hasta el aniversario. Los gastos elegibles para acumular el deducible serán aquellos incurridos para el tratamiento de los gastos cubiertos por el "Major Medical".

Desembolso Máximo

El máximo de "out of pocket" por persona cubierta será \$6,350 individual y \$12,700 familiar

Beneficios:

Los gastos cubiertos incluirán solamente los cargos por los servicios y materiales listados a continuación y se requiere pre-notificación a Humana:

1. Los servicios de facilidad de enfermería diestra debes ser provistos por una agencia dedicada, licenciada y administrada de acuerdo a las reglas establecidas por un grupo de profesionales de la medicina que mantiene expedientes médicos de todos sus pacientes y que opera de acuerdo a las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Facilidad de enfermería diestra hasta un máximo de treinta (30) días por asegurado año póliza, menos copago de admisión. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.

Se requiere pre-autorización. Las pre-autorizaciones se manejan de la siguiente manera: Veinticuatro (24) horas para servicios urgentes, setenta y dos (72) horas para servicios que requiere realizarse de forma expedita; catorce (14) días para servicios estándar. En el caso que no se autorice el servicio, el asegurado tiene derecho a apelar el caso. Para más referencia refiérase a la sección de “Procedimientos Para Atender Quejas, Querellas y Apelaciones”.

2. La compra o renta de equipo médico duradero médicamente necesario. A nuestra opción, se cubre el costo o el alquiler del equipo médico. Si el costo por el alquiler del equipo es mayor a la compra del equipo, Humana cubrirá hasta el costo de la compra del equipo. No se cubrirán equipos o aparatos no específicamente diseñados y dirigidos al tratamiento de una lesión o enfermedad.
3. Procedimientos neurológicos, incluyendo tratamiento, servicios médicos, procedimientos quirúrgicos incluyendo neurocardiovasculares, reparación o reemplazo de válvulas y cualquier otro dispositivo médicamente necesario.
4. La inserción inicial de prótesis médicamente necesaria y sus aparatos de apoyo. También se cubrirá el reemplazo de dicha prótesis si es determinado por el médico del asegurado por motivo de cambio o crecimiento.
5. Procedimientos cardiovasculares, incluyendo pruebas de diagnóstico, tratamiento, servicios médicos, servicios quirúrgicos y reparación y/o reemplazo de válvulas del corazón, marcapasos y algún otro aparato aplicable. Marcapaso desfibrilador requiere pre-autorización.
6. Estudios cardiovasculares tales como: doppler de ultrasonido y periferovascular.
7. Resonancia magnética, se cubren los excesos de lo cubierto en la Cubierta Médica.
8. Tomografías computarizadas, se cubren los excesos de lo cubierto en la Cubierta Médica.
9. Sonogramas, se cubren los excesos de lo cubierto en la Cubierta Médica.
10. Terapia respiratoria, su cubren los excesos del cubierto en la Cubierta Médica.
11. Terapia física, se cubren los excesos de lo cubierto en la Cubierta Médica.
12. Servicios No disponibles en Puerto Rico, Disponibles en los Estados Unidos:

A) Humana cubrirá los servicios solamente si las siguientes cinco condiciones se cumplen.

Este beneficio es para servicios no disponibles en Puerto Rico, disponibles en Estados Unidos de América, incluyendo equipo, tratamiento y facilidades, entre otros. El servicio tiene que ser coordinado y pre-autorizado con Humana en Puerto Rico.

1. El asegurado debe estar cubierto por el plan, y los servicios solicitados deben estar cubiertos dentro de los beneficios de la póliza.
2. El proveedor que refiere tiene que demostrar que el equipo, tratamiento o facilidades médicas requeridas para proveer el tratamiento necesario al asegurado no están disponibles en Puerto Rico. Un servicio no se determinará no disponible en Puerto Rico si la petición para el servicio provisto fuera de Puerto Rico envuelve una modificación al equipo, técnica o procedimiento quirúrgico disponible en Puerto Rico o está basado en la reputación o reconocimiento de un proveedor en específico.
3. El servicio tiene que ser coordinado y pre-autorizado con Humana en Puerto Rico con por lo menos cinco días laborables de anticipación a la fecha del servicio.’
4. Los servicios tienen que ser provistos por proveedores/facilidades participantes por la red de Humana o ChoiceCare.
5. Los servicios en esta sección están sujetos a los copagos, coaseguros y deducibles aplicables en la Cubierta Médica. A estos servicios, no les aplica el deducible, coaseguro ni desembolso máximo de la Cubierta Opcional de Gastos Médicos Mayores.

B) Si el servicio o tratamiento no es autorizado ni coordinado con Humana en Puerto Rico, el asegurado será responsable por la totalidad del pago del servicio o tratamiento. Humana reembolsará al asegurado basado en las tarifas contratadas en Puerto Rico, menos copagos, coaseguros y deducibles aplicables; solamente si las condiciones A1 y A2 se cumplen. Para recibir reembolso, el asegurado debe proveer a Humana toda la evidencia médica y financiera necesaria dentro del periodo de un (1) año desde la fecha del servicio o del alta.

Importante:

1. ChoiceCare es una red de proveedores, que incluye médicos y hospitales, contratada por Humana en los Estados Unidos. El asegurado no tiene que contactar a ChoiceCare para acceder un servicio cubierto. El logo en la tarjeta será el indicador para el proveedor. Además, por cuanto los servicios requieren coordinación y pre-autorización, Humana ayudará al asegurado a identificar el proveedor o facilidad apropiada. Un directorio completo de ChoiceCare está disponible en el Internet en: www.humana.com
2. El proceso de coordinación o pre-autorización es simple, sólo tiene que llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Humana al 1-800-314-3121.

Exclusiones de la Cubierta Gastos Médicos Mayores (Major Medical)

1. Todas las exclusiones contenidas en la Cubierta Médica que no estén específicamente cubiertas bajo "Major Medical".
2. Cualquier tipo de prótesis electrónica, incluyendo el brazo electrónico ("myoelectric arm"); y el implante coclear.
3. Cargos por hospitalizaciones, procedimientos, tratamientos y condiciones no cubiertas específicamente bajo los beneficios descritos en el "Major Medical".
4. Los deducibles y/o coaseguros aplicables a la Cubierta Médica, así como aquellos aplicables a Cubiertas Opcionales.