



GUÍA DEL SUScriptor

2009

RESUMEN
DE
BENEFICIOS



RESUMEN DE BENEFICIOS

National Life Insurance Company, empresa que por más de cuatro décadas, ha brindado servicios de seguros en Puerto Rico, ofrece a los servidores públicos y pensionados una amplia gama de beneficios y servicios para satisfacer las necesidades de nuestra gente. En este documento recogemos los detalles más importantes de nuestro producto, el cual ofrecemos a través de la red de proveedores de Option Health Care Network.

- Servicios de hospitalización.
- Servicios médico- quirúrgicos.
- Uso de unidad de cuidado intensivo y coronaria, Intensivo pediátrico y neonatal.
- Servicio para emergencias médicas o quirúrgicas.
- Servicios para la maternidad y cuidados pediátricos para recién nacidos.
- Servicios médico-quirúrgico y diagnóstico en forma ambulatoria.
- Pruebas de laboratorios clínicos y rayos X.
- Pruebas diagnósticas especializadas (sonogramas, CT Scan, MRI, endoscopias digestivas).
- Pruebas nucleares.
- Cubierta para el cáncer.
- Terapias físicas y respiratorias.
- Servicios para emergencias fuera de PR.
- Servicios de salud mental
 - Psicológicos y psiquiatras
- Trasplante de órganos.
- Plan dental (diagnóstico, preventivo, restaurativo).
- Servicios de ambulancia terrestre y aérea.
- Medicinas en farmacia:
 - 9.1 Cubierta básica de medicamentos (\$1,500.00).
 - 9.2 Cubierta opcional de medicamentos sin límite

Estos beneficios tienen ciertas limitaciones, las cuales aparecen más adelante.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Servicios médicos generalistas, especialistas y sub-especialistas.
- Programa de orientación e información de salud las 24 horas del día.
- Servicios médico-quirúrgicos y hospitalarios.
- Consultas, servicios de diagnóstico y de tratamiento.
- Plan dental, con servicios diagnósticos, preventivos y restaurativos.

CUBIERTAS OPCIONALES

National Life Insurance Company, a través de nuestro producto Option Health Care Network, ofrece además, cubiertas opcionales para el beneficio de los asegurados. Estos son:

- Cubierta de gastos médicos mayores.
- Plan de visión.
- Cubierta opcional de medicamentos sin límites (9.2).
- Seguro de vida, muerte accidental e Incapacidad y funeraria.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Cubierta Básica

Los beneficios de esta cubierta no están sujetos a períodos de espera.

Estos servicios serán cubiertos según se describen a continuación, siempre que los mismos sean médicamente necesarios, sujeto a los términos y condiciones de la cubierta.

Servicios de hospitalización:

- Habitación semi-privada durante 365 días por año contratado, (con \$75.00 de deducible de hospitalización por admisión)
- Uso de unidades de cuidado intensivo y coronaria.
- Habitación de aislamiento.
- Uso de sala de operaciones y recuperación, oxígeno, yeso y materiales quirúrgicos u ortopédicos como clavos, placas, tornillos o cualquier otro material o aditamentos necesarios para el procedimiento.
- Asistente quirúrgico cuando el protocolo de cirugía lo requiera.
- Hospitalización por condiciones mentales.
- Medicamentos y alimentos incluyendo dietas regulares y especiales.
- Atención general de enfermeras.
- Uso de sala de parto y anteparto.
- Esterilización y vasectomía.
- Uso de la sala de recién nacidos (nursery) , incluyendo circuncisión y dilatación e incubadora.
- Anestesia y su administración.
- Sangre y plasma.
- Exámenes patológicos
- Uso de unidad de Intensivo y Coronaria.
- Pruebas de laboratorio clínico y radiografías.
- Rayos X, sonogramas, electrocardiogramas y electroencefalogramas.
- Tomografía computarizada - sin límite.
- Pruebas de medicina nuclear - 1 por región anatómica por año.

- Prueba de gases arteriales.
- Terapias respiratorias y oxígeno.
- Marcapasos, válvulas, Stent.
- Tratamientos para el cáncer como: radioterapia, cobalto y radioisótopos, sin límite
- Transfusiones de sangre o plasma.
- Procedimientos diagnósticos cardiovasculares Invasivos.
- Tratamientos por condiciones mentales por trastornos relacionados a sustancias controladas. Un (1) detox completo por año.
- Servicios para la condición de tuberculosis.
- Servicios para diagnósticos y tratamiento del SIDA/HIV.
- Servicios de ambulancia aérea, de acuerdo a los protocolos. Una (1) por año por asegurado.
- Servicios de ambulancia terrestre.
- Medicamento para el virus sincital respiratorio (RSV). Aplican protocolos.
- Reconstrucción del seno, en el cual se llevará a cabo la mastectomía, así como cubierta para la reconstrucción del otro seno, para producir una apariencia simétrica, las prótesis y las complicaciones físicas que surjan en todas las etapas de la mastectomía. Cubierto con pre-autorización y orden médica.
- Cirugías cerebrovasculares, neurológicas y cardiovasculares.
- Cinecomastía.
- Prueba camineto auditivo neonatal (Ley 311).
- Trasplante de órganos. \$500,000.00 por persona, por año contrato.

Servicios médico-quirúrgicos durante periodos de hospitalización:

- Servicios de médicos especialistas y sub-especialistas.
- Servicios de diagnósticos, tratamientos y cirugías.
- Servicios de administración de anestesia.
- Servicios de atención obstétrica durante el parto.
- Servicios de atención pediátrica en "nursery".
- Circuncisión y dilatación.
- Estenilización y vasectomía.
- Procedimientos cardiovasculares, Invasivos (cateterismo cardíaco)
- Válvulas, marcapasos y stent.
- Cirugía maxilo facial.
- Trasplante de órganos - \$500,000.00 por persona por vida.
- Consultas a médicos especialistas y sub-especialistas requeridas por el médico de cabecera.
- Cirugía cerebrovasculares, neurológicas y cardiovasculares.
- Uso de sala de operaciones y recuperación; oxígeno, yeso, material quirúrgico y cualquier otro material curativo.

- Servicios y Tratamientos para la bulimia, anorexia, síndrome metabólico y obesidad mórbida.

Servicios médico-quirúrgicos de forma ambulatoria:

Visitas ambulatorias a oficinas de médicos generalistas, especialistas y sub-especialistas para consultas, tratamientos y/o procedimientos. Incluye los servicios de consulta profesional, servicios de curaciones y cirugía menor.

Deducibles por visita:

- | | |
|---------------------|---------|
| • Generalista | \$ 8.00 |
| • Especialista | \$10.00 |
| • Médico de familia | \$10.00 |
| • Sub-especialista | \$15.00 |
| • Psicólogos | \$10.00 |
| • Siquiátras | \$10.00 |
| • Trabajador Social | \$ 7.00 |
- Maternidad, los servicios pre y post natales.
 - Visitas pediátricas para el cuidado preventivo del recién nacido. Una (1) visita por mes.
 - Vacunas hasta los 18 años. Deducibles \$5.00 por vacuna. Según itinerarios y protocolos de vacunación.
 - Pruebas audiológicas dentro del cuidado de seguimiento del niño (Según Ley 311).
 - Medicamentos para el virus sincital respiratorio (RSV) - aplican protocolos.
 - Servicios de nutricionistas - seis(6) visitas por año - \$7.00 copago.
 - Servicios de quiropráctico y podiatra. \$15.00 por visita. 30 sesiones por condición, \$5.00 co-pago.
 - Cirugías por podiatras.
 - Cirugía ambulatoria – puede incluir hasta un día de hospitalización. 365 días. \$50.00 deducible
 - Terapias respiratorias – \$5.00 co-pago
 - Procedimientos cardiovasculares no invasivos, con 20% de coaseguro.
 - Tomografía computarizada. Tales como: MRI, PET, SPECT, EEG. Pre-autorización. 30% coaseguro.
 - Electroencefalogramas. 30% coaseguro.
 - Tratamiento para cáncer incluyendo radioterapia, cobalto, quimioterapia, radio-isótopo, braquiterapia. 10% coaseguro por visita.
 - Pruebas de esfuerzo físico, electromiogramas. 30% coaseguro.
 - Fisioterapia, si está relacionada con alguna condición médica, enfermedad o lesión cubierta por este contrato (30 sesiones por condición) \$5.00 copago por terapia.
 - Cirugías y servicios con rayos laser. Excepto los servicios de cirugía para corregir la condición de miopía, astigmatismo, hipermetropía o queratoplastia lamelar.
 - Pruebas de alergias y vacunas, con 30% de coaseguro.
 - Examen de la vista, incluye refracción con \$10.00 copago.

- Pruebas de medicina nuclear. Una por región anatómica. 30% coaseguro. Pre-autorización.
- Endoscopia, laparoscopia, colonoscopia. 20% coaseguro.
- Sonogramas. 20% co-seguro.
- Servicios para el diagnóstico y tratamiento del HIV/Sida.
- Litotripija extracorporeal renal (Uno por año) 20% de coaseguro. Pre-autorización.
- Examen físico por médico primario para fines preventivos.
- Vasectomía y esterilizaciones.
- Ambulancia terrestre. \$80.00 por viaje.
- Ambulancia aérea. Una por año por asegurado. Según protocolo.
- Uso de sala de emergencia en hospitales.

Servicios para condiciones mentales:

- Servicio de hospitalización - 365 días por año contrato. \$75.00 deducible. Pre-autorización.
- Hospitalización parcial (diurno). \$50.00 co-pago.
- Hospitalización hasta 45 días por año contrato.
- Hospitalización parcial (diurno), hasta 90 días por año contrato. Pre-autorización.
- Tratamientos por condiciones mentales por trastornos relacionados a sustancias. Un (1) detox completo por año contrato.
- Visitas y servicio por trastornos relacionados al uso de sustancias. 20 por año de contrato según servicio prestado. Este servicio está sujeto a previa autorización de **National Life Insurance Company** através de la red de proveedores de **Option Health Care Network**. Se provee sujeto a los límites establecidos cuando sea para tratar la condición de alcoholismo y/o la adicción a las drogas.

Servicios de pruebas diagnósticas:

Las siguientes pruebas diagnósticas estarán cubiertas cuando sean ordenadas por médicos especialistas.

- A. Las siguientes pruebas se proveen sin límite, con 20% de coaseguro.
- Electrocardiogramas
 - Sonogramas
 - Endoscopías digestivas
- B. Las siguientes pruebas se proveen sin límite, con 30% de coaseguro.
- Electroencefalogramas
 - Electromiogramas
- C. Las siguientes pruebas se proveen a base de una región anatómica, con 30% de coaseguro.
- Pruebas de medicina nuclear

D. Las siguientes pruebas se proveen a base de una por año, con 30% de coaseguro:

- Holter*,
- Stress test*,
- Ecocardiograma*,
- Doppler*,
- Tomografía computarizada*,
- Resonancia magnética (MRI)*,
- Nuclear Magnetic Resonance*,
- Positron Emission Tomography (PET)*,
- Ambulatory blood pressure monitoring,
- Esophageal ph monitoring*,
- Topographic brain mapping*,
- Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)*,
- Estereotatic breast biopsy*,
- 24 hours EEG monitoring*,
- Esophagic manometry*,
- Color Flow Doppler*

* Pruebas están sujetas a previa autorización por parte del plan.

Servicios de emergencia:

Los servicios de emergencia están cubiertos para el suscriptor y sus dependientes elegibles en salas de emergencia de los hospitales participantes.

Este servicio incluye:

- Atención médica por el médico de turno, servicios de consulta, tratamiento por médicos especialistas y sub-especialistas, pruebas de laboratorio, radiografías, electrocardiogramas y medicamentos y soluciones intravenosas aplicadas en sala.
- \$80.00 por servicios de ambulancia por cada emergencia médica.
- Ambulancia aérea - dentro del territorio de PR, una por persona cubierta por año contrato.

Hospitalización y emergencias médicas fuera de PR:

Esta cubierta provee los beneficios a base de reembolso, por concepto de servicios de hospitales y/o salas de emergencia recibidos por un suscriptor fuera del territorio de PR en una verdadera emergencia, siempre y cuando tal servicio hubiese estado cubierto bajo este contrato de haberse prestado en PR.

- Servicios de hospitalización a base del costo incurrido, hasta el "per-diem" promedio pagado por el plan en hospitales generales participantes en Puerto Rico a la fecha de comienzo de este contrato.
- Servicios Médico-Quirúrgicos, pruebas diagnósticas especializadas y terapias especializadas cubiertas por este contrato, se pagarán en adición al per-diem, según las tarifas de **Option Health Care Network, Inc.**, para tales servicios en Puerto Rico.

- Servicios de cirugía a base de \$10.00 la unidad, según la tabla de Valores Relativos que Option Health Care Network, Inc., tenga vigente a la fecha de los servicios, para cirugías cubiertas por el contrato.
- Servicios de Anestesia administrados por un anestesiólogo, en casos de cirugías cubiertas por el contrato, a base del 40% de los cargos de cirugía arriba indicados.
- Vistas médicas al hospital por médicos especialistas y sub-especialistas (que no sean el cirujano) a razón de \$20.00 diarios.
- Sangre y plasma, a base de las tarifas de Option Health Care Network.
- Servicios de Sala de Emergencia a base de gastos realmente incurridos por el suscriptor, hasta un máximo de \$150.00 en caso de emergencias quirúrgicas, incluyendo todos los servicios (uso de sala, servicios médicos, medicinas, laboratorios, rayos x, etc.).

Para el procesamiento de la reclamación de reembolso, será necesario que el suscriptor someta a Option Health Care Network, Inc. los recibos oficiales que evidencien el pago y copia del expediente médico del caso (o la documentación médica o informes médicos que validen los servicios brindados), no más tarde de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de alta del paciente. **National Life Insurance Company** proveerá las solicitudes de reembolso, la cual será completada por el suscriptor y éste la someterá a la oficina de Option Health Care Network. Esta solicitud deberá acompañarse con el recibo del pago y códigos de procedimiento en original.

Servicios para el cuidado dental y la salud oral:

NIVEL A – Servicios de Diagnóstico y Preventivos (sin copago):

- Examen oral inicial.
- Exámenes orales periódicos dos - 1 cada 6 meses.
- Examen oral de emergencia.
- Limpiezas dentales adultos y niños - dos (2) por año.
- Tratamiento de fluoruro - menores de 19 años, uno cada 6 meses.
- Sellantes de fisura por diente - hasta los 14 años no mayor de 20% copago.
- Radiografías de mordidas - un (1) set por año.
- Radiografías periapicales Intraoral - una (1) por año.
- Radiografías periapical adicional - hasta 5 por año contrato.
- Radiografías Intraorales de toda la boca o panorámicas - una (1) cada tres (3) años.
- Radiografía panorámica. Examen de detección de cáncer de la cavidad oral - Uno (1) cada seis (6) meses. Pacientes mayores de 30 años.
- Profilaxis adultos - Una (1) cada seis (6) meses. Mayores de 12 años de edad.
- Profilaxis niños - Una (1) cada seis (6) meses, hasta 12 años de edad.

NIVEL B - SERVICIOS RESTAURATIVOS (20% de co-pago):

- Restauración en amalgama y composite (resinas y/o plásticos).
- Extracciones no-quirúrgicas, quirúrgicas y raíces y su tratamiento posterior.
- Remoción quirúrgica de dientes erupciones o impactados.
- Remoción quirúrgica de dientes residuales.
- Endodoncia en dientes anteriores, premolares y molares.
- Tratamiento paliativo.
- Sellantes de fisura (hasta los 14 años).
- Curstaje gingival (por cuadrante).
- Drenaje en tejidos blandos.
- Aplicación de desensitizante.
- Complicación post-cirugía.
- Pulpotomía.
- Limpieza Periodontal.
- Mantenedores de espacio - 20% co-pago. Unos (1) por área por vida. Sólo para molares desciudos que se pierdan prematuramente.
- Restauración sedativa.

NIVEL C - SERVICIOS DE PROSTODONCIA (40% COPAGO):

- Dentadura completa maxilar.
- Dentadura completa mandibular.
- Dentadura parcial maxilar.
- Dentadura parcial mandibular.
- Reparaciones completas o parciales y ajustes.
- Otros servicios necesarios relacionados a los antes indicados, con previa autorización del plan.

Los servicios de Prostdoncia (nivel C) requieren previa autorización del plan y tendrán un beneficio máximo de \$1,000.00 por asegurado o suscriptor por año contrato, 40% de co-pago.

Exclusiones:

Este plan dental no provee cubierta para ningún beneficio o servicio para el cuidado de la salud oral que no esté expresado como cubierto.

Normas Generales:

Los beneficios y servicios de este plan están diseñados para obtenerse principalmente a través de proveedores participantes.

Trasplantes de órganos:

National Life Insurance Company a través de la red de proveedores de Option Health Care Network, cubrirá los trasplantes de órganos y tejidos que se detallan a continuación, cuando éstos sean médicamente necesarios y médicamente apropiados para la condición del paciente. Siempre y cuando se realicen en las facilidades de trasplantes designadas por el plan para ese propósito.

Para estar cubiertos los servicios relacionados al trasplante, incluyendo la evaluación del paciente, tienen que ser

previamente coordinados y pre-autorizados por el plan.
Beneficios Máximos por Vida por Persona Cubierta, hasta \$500,000.00.

(a través de la cubierta de Trasplantes de Órganos de National Life Insurance Company)

Tipo de trasplantes y servicios relacionados:

- Órganos: piel, tejido, huesos, córnea, entre otros
- Corazón
- Corazón-pulmón
- Pulmón (unilateral o bilateral)
- Hígado
- Riñón
- Páncreas-riñón
- Páncreas
- Médula ósea
- Arterias o venas

Los beneficios cubiertos en relación a estos trasplantes se cubren de la siguiente manera:

- Recipiente - se cubrirán los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluyendo el cuidado post-quirúrgico y las drogas inmunosupresoras.
- Obtención de órganos - se cubrirán los gastos relacionados a la obtención de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto.
- Transportación, gastos de comida y alojamiento - se cubrirán los gastos de transportación desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante (dos acompañantes en caso de un menor de edad) y los gastos de comida y alojamiento a razón de \$150.00 diarios para el paciente y un acompañante y \$200.00 diarios para el paciente y dos acompañantes, en el caso de un menor de edad. Se establece un máximo de \$10,000.00 para cubrir todos los gastos.

II. Médula ósea:

- Se cubren los trasplantes mediante donación o auto-donación (allogénicos, autólogos y singénicos). Los gastos cubiertos para este trasplante son:
- Donación y almacenaje de la médula ósea.
- Tratamiento de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante.
- Cuidado ambulatorio posterior al trasplante.
- Transportación, gastos de comida y alojamiento - se cubrirán los gastos desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante, dos acompañantes en caso de un menor de edad, y los gastos de comida a razón de \$150.00 diarios para el paciente y un acompañante y \$200.00 diarios para el paciente y dos acompañantes en el caso de un menor de edad. Se establece un máximo de \$10,000.00 para cubrir todos los gastos.

Limitaciones y exclusiones en Trasplantes:

- Trasplantes experimentales o investigativos o que no sean de efectividad médica comprobada.
- Todos aquellos servicios y beneficios excluidos de la cubierta básica o de la cubierta de gastos médicos

mayores aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.

- Trasplantes realizados fuera de las facilidades designadas por el plan para ese propósito.

Exclusiones Generales:

Este contrato no cubre los siguientes gastos o servicios:

- Servicios que se presten mientras el contrato no está en vigor.
- Tratamientos que los hospitales se nieguen a ofrecer de acuerdo con los reglamentos sanitarios.
- Servicios que se puedan cubrir bajo leyes de compensaciones por accidente del trabajo o gastos por accidentes de automóviles (según definido en seguro de automóvil).
- Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
- Servicios que sean recibidos gratuitamente. Servicios no solicitados por el suscriptor.
- Servicios prestados a la persona asegurada por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.
- Servicios no requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica.
- Servicios que no sean razonables ni médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.
- Hospitalizaciones por procedimientos que se pueden practicar en forma ambulatoria.
- Servicios de hospitalización (incluyendo servicios ancillares) para realizar procedimientos y/o cirugías que están excluidos de esta cubierta.
- Procedimientos o servicios experimentales o investigativos no aprobados por el Plan, excepto el artículo 9.6 de la Ley 194 de 25 de agosto de 2000.
- Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos que surjan durante el año contrato no considerados experimentales o investigativos y no determinadas su inclusión en la cubierta vigente, excepto en aquellos casos en que el suscriptor opte por utilizar tal metodología o servicio nuevo, en cuyo caso el plan reembolsará el equivalente de lo que hubiese costado el servicio o procedimiento bajo el método convencional existente, según las tarifas vigentes en este momento.
- Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto los especificados en el contrato.
- Gastos por cuidados intensivos en hospitales no participantes, salvo en casos de emergencias, sólo en planes tipo centro.
- Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos por el patrono o para certificados, excepto el requerido por la Ley 296 del 1ro de septiembre del 2000.
- Gastos por cuidado personal, teléfono, "Admission Kits" y otros similares.
- Hospitalizaciones para fines puramente diagnósticos.
- Servicios, tratamientos y cirugía para aumentar o bajar de peso o liposucción, excepto servicios y tratamientos para la bulimia y anorexia.

- Cirugía para aumento del seno.
- Tratamiento con fines estéticos de celulitis.
- Cirugía para corregir condiciones, deformidades o enfermedades y tratamiento de acné con fines estéticos.
- Servicios necesarios para el tratamiento de la disfunción temporomandibular(TMJ).
- Servicios de escalonotomía.
- Exámenes de laboratorios realizados fuera de Puerto Rico, excepto en condiciones presentadas en casos de emergencias mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje. En caso de emergencia fuera de Puerto Rico, si el Asegurado cuenta con el acceso a facilidades o redes fuera de Puerto Rico, aplicará el cargo usual y acostumbrado del área donde se prestó el servicio. De lo contrario, aplicará lo dispuesto en el documento de la Cubierta Uniforme.
- Servicios de hospitalización en Estados Unidos para tratamientos por condiciones neurológicas, cardiovasculares y cerebrovasculares, excepto en condiciones presentadas en casos de emergencias mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje. En caso de emergencia fuera de Puerto Rico, si el Asegurado cuenta con el acceso a facilidades o redes fuera de Puerto Rico, aplicará el cargo usual y acostumbrado del área donde se prestó el servicio. De lo contrario, aplicará lo dispuesto en el documento de la Cubierta Uniforme.
- Servicios fuera de Puerto Rico excepto tratamientos de emergencia mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje. En caso de emergencia fuera de Puerto Rico, si el Asegurado cuenta con el acceso a facilidades o redes fuera de Puerto Rico, aplicará el cargo usual y acostumbrado del área donde se prestó el servicio. De lo contrario, aplicará lo dispuesto en el documento de la Cubierta Uniforme.
- Servicios contra el Sida prestados fuera de Puerto Rico, excepto en condiciones presentadas en casos de emergencias mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje. En caso de emergencia fuera de Puerto Rico, si el asegurado cuenta con el acceso a facilidades o redes fuera de Puerto Rico, aplicará el cargo usual y acostumbrado del área donde se prestó el servicio. De lo contrario aplicará lo dispuesto en la sección 4.9 de este Contrato. Gastos por servicios de descanso, convalecencia y cuidado custodial. Gastos por servicios de cuidado de enfermería diestro, servicios de custodia, auspicios y visitas médicas y cuidado en el hogar.
- Exámenes de laboratorio que requieren inoculación animal.
- Gastos por aparatos ortopédicos y órganos artificiales, excepto marcapasos y válvulas.
- Gastoplastias.
- Audiogramas, timpanometría y audiometría, excepto lo requerido por la Ley 311 del 9 de diciembre de 2003.
- Tratamiento de diálisis o hemodiálisis y procedimientos relacionados, después de los primeros 90 días.
- Terapia ocupacional rehabilitadora y del habla.
- Gastos por servicios de insertar o remover aparatos intrauterinos. Tratamientos y suplidos con propósitos

- anticonceptivos. Servicios de planificación familiar.
- Tratamientos de fertilidad.
- Tuboplastias, vasectomías, vasovasostomía y otras operaciones y tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear y todo tipo de tratamientos para la condición de infertilidad. Inseminación artificial y fertilización "in vitro".
- Cirugías para cambio de sexo.
- Hiperalimentación. Alimentación enteral y servicios que sirven o actúan como suplementos nutricionales.
- Estudios genéticos.
- Rinoplastias.
- Microcirugía, con fines estéticos.
- Gastos de enfermeras especiales.
- Espejuelos, lentes de contacto o intraoculares y aparatos auditivos.
- Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías de refracción, estarán cubiertos en la cubierta de gastos mayores.
- Crioterapia.
- Medicina deportiva, musicoterapia, medicina natural, homeopática, acupuntura, acupresión, hipnotismo, aromaterapia, masajes, psicocirugía, y otras formas de medicina alternativa.
- Servicios y tratamientos para eliminar el hábito de fumar.
- Medicamentos que no sean recetados como medicina terapéutica. Medicinas de leyenda y "over the counter" a nivel ambulatorio, excepto como se provee bajo la cubierta de medicinas. Suplidos tales como jeringuillas, vendajes, medias elásticas y suplidos para diabéticos a nivel ambulatorio.
- Gastos por compra y alquiler de equipo médico.
- Vacunas para viajar, excepto las requeridas por el patrono.
- Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras o condiciones de motín. Condiciones que resulten de daños recibidos mientras la persona cubierta participe de manifestaciones o conmociones civiles. Servicios para personas en servicio militar activo o servicios que se reciben como resultado de guerras (declaradas o no declaradas) en cualquier país.
- Servicios necesarios para atender condiciones que surjan a raíz de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes de Puerto Rico o de cualquier otro país por parte del asegurado o suscriptor.
- Servicios de visitas a domicilio.
- Servicio de "Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation (TENS)".
- Gastos por servicios cubiertos por pólizas de seguros misceláneos.
- Gastos ocasionales por pagos que una persona cubierta por este contrato haga a un proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlo.
- Los implantes y prótesis en casos de impotencia.
- La Entidad Contratante pagará cualquier otro servicio

que no esté expresamente excluido del Plan y que estén incluidos en la Cubierta Uniforme.

- La Entidad Contratante debe proveer el endoso de cualquier otro beneficio adicional a este plan y se hará formar parte de esta Cubierta.
- Para detalles adicionales sobre las exclusiones, favor de referirse al Contrato Uniforme.

Cubierta de Medicamentos:

El plan provee este beneficio mediante el pago de medicinas recetadas por un médico, que estén aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), por sus siglas en Inglés) y adquiridas por una persona cubierta y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado en una farmacia participante. El plan se reserva el derecho a requerir pre-autorización para algunos medicamentos para los cuales se requiere evaluar necesidad médica. Además, se reserva el derecho de limitar el despacho de algunos medicamentos conforme a las recomendaciones del manufacturero y siguiendo las precauciones de la FDA.

La cubierta de medicinas requiere que la persona cubierta reciba los medicamentos bioequivalentes como primera opción. Si el medicamento no tiene bioequivalente o el médico requiere en la receta el de marca, a la persona asegurada se le despacha el medicamento de marca y pagará el copago del medicamento indicado para éste. Si habiendo un medicamento bioequivalente disponible en el mercado, la persona cubierta prefiere que se le despache el medicamento de marca, la misma será responsable de pagar la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el bioequivalente, además del copago del medicamento de marca.

Medicamentos Cubiertos:

- Medicamentos que posean la leyenda federal: "CAUTION: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription"
- Medicinas compuestas en las cuales, por lo menos, un ingrediente posee la leyenda federal.
- Medicamentos de mantenimiento.
- Insulina.
- Medicamentos inyectables.
- Quimioterapias inyectables y agentes inmunosupresores requieren preautorización previo al despacho.
- Quimioterapias orales.
- Vacunas y agentes inmunizantes con leyenda federal.
- Drogas psicoterapéuticas (tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos, productos de litio, otros) recetadas por un síquiatra, preautorizados por el plan.
- Medicamentos bioequivalentes aceptados por la FDA, se cubrirán bajo los mismos términos y condiciones de la categoría terapéutica a la cual responda.

Limitaciones en el despacho:

La cantidad que prescriba un médico autorizado, que no exceda la cantidad máxima de 15 días de medicación por vez, para medicamentos agudos y de dolor.

Treinta (30) días de medicación para drogas psicoterapéuticas.

Treinta (30) días de medicación para las vitaminas prenatales con leyenda, no tiene repeticiones.

En los medicamentos de mantenimiento el despacho será de 30 días de medicación por vez y para éstos se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito hasta tres (3).

Los medicamentos cubiertos:

- Antiparkinson
- Antidepresivos
- Antimicrobicos
- Estabilizadores de ánimo y ansiolíticos
- Alzheimers
- Terapia respiratoria (Beta agonista, anticolinérgicos, xantinas, cromolyn, esteroides inhalados, simpatomiméticos)
- Cardiovascular (digital y derivados, vasodilatadores, agentes, anti-arrítmicos, beta-bloqueadores del canal de calcio, ect.)
- Diuréticos
- Agentes hipoglucémicos
- Medicamentos para diabetes
- Hormonas sexuales (ej: estrógeno, progestinas)
- Tiroides y sus derivados
- Antitiroideos
- Sinusitis y asma.
- Osteoporosis (Evista, Fosamax, o relacionado)
- Antihiperlipidémicos
- Reguladores de Calcio (Calcitonina, Etidronate)
- Nitroglicerina
- Anticonvulsivos
- Antiarrítmicos
- Medicamentos para condiciones de gastritis, úlcera y hernia
- Medicamentos para el tratamiento de adicción a sustancias controladas y alcoholismo
- Medicamentos para HIV/ SIDA
- Glaucoma
- Anticoagulantes
- Antiplaquetarios
- Anti-inflamatorios no esteroides
- Agentes gastrointestinales para condiciones inflamatorias del colon
- Agentes y tratamientos para cáncer en la oficina del médico.
- Antimoféticos (en hospitalización)
- Tratamiento para anemia
- Tratamientos nuevos que no son experimentales
- Anti Rho (D)
- Vitaminas prenatales con leyenda federal
- Medicamentos de mantenimiento

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Insulina • Medicamentos inyectables • Vacunas y agentes inmunizantes con leyenda federal para usar en la oficina de médico. • Medicamentos bioequivalentes aceptados por la FDA, se cubrirán bajo los mismos términos y condiciones de la categoría terapéutica a la cual correspondan. <p>Copagos a la cubierta de medicinas 9.1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% en medicamento bioequivalente. • 20 % en medicamento de marca multi source. • 30% de de medicamento single source. • Máximo anual de \$1,500.00 por persona cubierta. <p>Medicamentos que requieren previa autorización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos medicamentos requieren ser previamente autorizados por el plan antes de su despacho. Ejemplos: quimioterapias inyectables y agentes inmunosupresores, quimioterapias orales, las drogas scioterapéuticas. El suscriptor debe proveerle al plan con la receta una certificación médica escrita que le atienda en un sobre cerrado rotulado "CONFIDENCIAL", PARA EL TRÁMITE DE LA AUTORIZACIÓN. <p>Exclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos sin leyenda federal (over the counter), excepto insulina. • Contraceptivos, sea medicación o dispositivos, sin importar su uso, ni Levonorgestrel. • Globulina Inmune, vacunas hipoalérgicas, suero biológico, sangre, plasma sanguíneo o sustancia relacionadas (esto se cubre en Hospitalización). • Dispositivos o aparatos terapéuticos, incluye agujas, jeringuillas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, indistintivamente de su uso. • Vitaminas y suplementos vitamínicos, que no sean vitaminas pre-natales. • Drogas anabólicas. • Medicamentos para eliminar el hábito de fumar. • Cargos por la administración de drogas recetadas o inyección de un medicamento. • Repeticiones de recetas, excepto para las drogas de mantenimiento especificadas. • Medicamento para el tratamiento de impotencia. • Medicinas para la infertilidad, no importa el uso. • Anoréxicos (cualquier medicamento utilizado con el propósito de bajar de peso). • Agentes esclerosantes. Medicamento para el tratamiento de acné, no importa su uso. • Minoxidil en todas sus formas, incluyendo Rogaine. • Medicinas con fines de embellecimiento o cosmético. • Escabicitas y peclulicidas sin leyenda federal CAUTION. • Hormonas de crecimiento. • Drogas recetadas que pueden ser obtenidas sin costo | <p>bajo programas locales, estatales, federales u otro programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drogas o tratamientos experimentales o drogas con leyenda: "PRECAUCIÓN – limitada por la ley federal para usos de investigación". No obstante, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida para la cual no exista un tratamiento efectivo, aprobado por las agencias estatales y federal correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar en un estudio de tratamiento autorizado y brindado por una entidad o profesional de la salud bonafide. De acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a éste un beneficio potencial y se entienda que la participación del paciente es apropiada o el médico que refiere el estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o que el paciente provea al plan médico evidencia de que su participación es apropiada. El plan médico costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. No serán gastos médicos rutinarios los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados para hacer utilizados como parte del estudio, ni lo gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. • Medicinas que tienen que ser tomadas o administradas en dosis completas o parciales, mientras el asegurado esté hospitalizado o en un hogar de convalecencia, sanatorio, facilidad de cuidado extendido o cualquier institución similar, en la cual en sus premisas se le permite operar una facilidad para dar medicinas o productos farmacéuticos o en el lugar que se prescriba u ordene. <p>Cubierta de medicamentos 9.2 (opcional):</p> <ul style="list-style-type: none"> • La misma cubierta 9.1 sin tope. <p>Copagos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% en medicamentos bioequivalentes hasta un máximo de \$5.00 por medicamento. • 20% en medicamentos marca multi source con un máximo de \$15.00 por medicamento. • 30% en medicamentos de marca single source con un máximo de \$20.00 por medicamento. <p>Salud Total</p> <p>National Life Insurance Company a través de la red de proveedores de Option Health Care Network, le ofrece el servicio de consultas de salud mediante llamadas telefónicas. Este servicio está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana para proteger su salud en todo momento.</p> <p>Seguro de vida, muerte accidental, desmembramiento (opcional):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los suscriptores que se acojan al plan de salud de National Life Insurance Company a través de la red de proveedores de Option Health Care Network, si lo desean podrán adquirir una cubierta de un seguro de vida sin prueba de aseguralidad, por la cantidad de \$14,000.00 con doble indemnización por muerte accidental (\$28,000) y hasta triple indemnización en transporte público (\$42,000) y beneficios por desmembramientos. Además, se incluyen beneficios |
|--|---|

por Incapacidad accidental no ocupacional, hasta \$75.00 semanales por hasta 26 semanas y beneficios por Incapacidad accidental ocupacional, hasta \$37.50 semanales por hasta 13 semanas. Gastos funerales hasta \$4,000.00.

- **Beneficio de Indemnización por el uso del Cinturón de Seguridad** – Si ocurriera una muerte mientras el asegurado maneja o es pasajero en un automóvil privado con "airbags" en condiciones operacionales y con el cinturón de seguridad debidamente ajustado, sus beneficios automáticamente aumentarán un 25%.
- **Beneficios de Educación** – Si el asegurado pierde la vida en un accidente cubierto, **National Life Insurance Company** pagará al beneficiario por cada dependiente que sea estudiante universitario a tiempo completo, así como por aquel dependiente que al momento del accidente se encuentre cursando cuarto (4to) año de escuela superior y prosiga estudios universitarios a tiempo completo. El beneficio será del 2% de la cubierta correspondiente para cada dependiente.
- **Asistencia Servicio de Cuido de Niños** – Si el asegurado pierde la vida en un accidente cubierto, **National Life Insurance Company** pagará al beneficiario por los sub-siguientes veinticuatro (24) meses para que sus dependientes entre las edades de tres (3) meses a catorce (14) años puedan asistir a una institución licenciada de cuido de niños. El beneficio total será el 2% de su prima o \$2,000.00 lo que sea menor.
- **Regreso a Casa** – Si la muerte del asegurado ocurriera en un radio de más de 100 millas del lugar de su residencia principal, **National Life Insurance Company** cubrirá los gastos de regreso a casa hasta un máximo de \$5,000.00.
- **Beneficio de Re-adiestramiento para la Pareja** - Si el asegurado pierde la vida en un accidente cubierto, **National Life Insurance Company** pagará al esposo/a que al momento de la muerte no se encontrara a trabajado y que debido a la pérdida de vida necesite buscar empleo el beneficio de estudio para adiestramiento al trabajo. El beneficio total será del 5% del beneficio o \$5,000.00 y se pagará si:
 - La persona se matricula a tiempo completo con el único propósito de adiestrarse para conseguir empleo.
 - Sea estudios universitarios o vacacionales.
- Este seguro se ofrecerá a través de **National Life Insurance Company**. La cubierta del seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento es únicamente para el suscriptor principal.
- Gastos funerales están cubiertos hasta \$4,000.00

GASTOS MEDICOS MAYORES (OPCIONAL):

Esta cubierta complementa o amplía los beneficios cubiertos en la cubierta básica de los servicios de salud de **National Life Insurance Company** a través de la red de proveedores de **Option Health Care Network**. Estarán cubiertos aquellos gastos por servicios que sean médicamente necesarios que excedan el límite de los servicios cubiertos en la cubierta básica, según se describen en la sección de beneficios cubiertos.

Este programa re-embolsará directamente al suscriptor el 80% de los gastos médicos cubiertos del suscriptor principal o sus dependientes cubiertos, cuando excedan del total del deducible en beneficios básicos y luego de cubierto el deducible en efectivo y disponiéndose que dichos gastos estarán cubiertos hasta que alcancen los límites máximos por renglón de beneficio y/o el beneficio máximo por vida.

Todos los máximos por renglón de beneficio aplicarán por año de contrato y se acumularán a base de las cantidades pagadas bajo el beneficio de gastos médicos mayores. Ningún servicio no utilizado en un año podrá ser acumulado para el próximo año de contrato.

Sea el servicio prestado en PR o fuera de PR, el pago se hará a base de la lista de tarifas establecidas por **Option Health Care Network**, para tales propósitos.

Beneficios Cubiertos a través de Gastos Médicos Mayores:

- 1- Los servicios de cirugía para corregir la condición de miopía, astigmatismo o hipermetría o la queratomiía radial o queratoplastia lamelar con rayos láser, que sea médicamente recomendable con más de 4 dioptrías e intolerancia a lentes de contactos, serán incluidos en esta cubierta. Los servicios se limitarán a una cantidad no mayor de \$1,250.00 por cada ojo, con un coaseguro no mayor de un 20% del gasto incurrido por el asegurado, y se requiere pre-autorización del plan.
- 2- Servicios de compra o alquiler de oxígeno y equipo necesario para su administración, sillones de rueda o camas de posición y equipo de parálisis respiratoria, se requiere pre autorización.
- 3- Servicios post hospitalarios.
- 4- Todos los servicios relacionados en las cirugías cardiovasculares, neurológicas y cerebrovasculares no cubiertos en la básica.
- 5- Prótesis o implantes, se requiere pre-autorización.
- 6- Servicios médicos y hospitalarios de emergencia en los Estados Unidos y a través del mundo.
- 7- Servicios para aquellos casos donde se requiere tratamiento o estar en facilidades que no están disponibles en Puerto Rico. Es necesario obtener la pre-autorización de la entidad proveedora antes de la prestación de los servicios.
- 8- Mastoplastias cuando sean médicamente necesarias y luego de pre-autorización del plan, hasta un máximo \$5,000.00 por vida, por persona.
- 9- Trasplante de Órganos en exceso de los \$500,000.00 cubierta es la básica.
- 10- Tratamiento dental de quijada fracturada o por daños a dientes naturales, incluyendo reemplazo de los mismos

| | |
|--|---|
| <p>dentro de los seis meses siguientes a un accidente.</p> <p>11-Aparatos ortopédicos cubiertos con pre autorización.</p> <p>12- Terapia física en exceso de la cubierta básica.</p> <p>13-Facilidades de enfermería diestra hasta un máximo de sesenta (60) días por año póliza, se requiere pre autorización.</p> <p>14- Litotripsia en exceso básica hasta un máximo de \$5,000.00 por ocurrencia.</p> <p>15-Servicios de Hiperalimentación hasta un máximo de \$5,000.00 por año contrato por persona asegurada.</p> <p>16-Pruebas de audiometría y timpanometría por indicación médica.</p> <p>17-Enfermeras privadas, en casos de pacientes hospitalizados cuya complejidad en el tratamiento no puede ser provista por el hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios y por recomendación del médico de cabecera. Este servicio pagado no puede ser ofrecido por un miembro de la familia. Se requiere autorización del plan. Beneficio máximo de \$100.00 diarios, por 45 días, por año contrato.</p> <p>18-Terapia del habla, cuando es ordenada por el médico de cabecera y prestados los servicios por un terapeuta del habla licenciado. Hasta un máximo de treinta (30) terapias o \$ 1,000.00, lo que sea menor, por año contrato.</p> <p>19-Asistente quirúrgico, de ser médicamente necesario; con pre autorización.</p> <p>20-Cirugía cosmética debido a lesiones sufridas en un accidente mientras está asegurado bajo este beneficio, pero sólo si el cuidado o tratamiento médico es prestado durante los primeros seis (6) meses siguientes al accidente.</p> <p>21-Deducibles de hospitalización.</p> <p>22-Terapias de rehabilitación, hasta un máximo de cien (100) días.</p> <p>23-Cualquier otro beneficio adicional a esta cubierta, la Entidad Contratante proveerá el endoso y se hará formar parte de esta Cubierta.</p> <p>24-Medicina alternativa, a través de proveedores participantes. Pre-autorización.</p> <p>Limitaciones y exclusiones de Gastos Médicos Mayores</p> <p>No se cubren bajo esta cubierta de Gastos Médicos Mayores:</p> <p>Todos aquellos beneficios o en las Exclusiones y Limitaciones de la Cubierta Básica o de cualquier cubierta opcional de National Life Insurance Company a través de la red de proveedores de Option Health Care Network, no mencionados como gastos médicos en esta descripción de Gastos Médicos Mayores continuarán excluido lo que no esté mencionado en esta cubierta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastos por deducibles y coaseguros aplicables a la cubierta básica o cualquier cubierta opcional de National Life Insurance Company a través de la red de proveedores de Option Health Care Network, y gastos que excedan de beneficios máximos previstos por este contrato. • Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de, o en el curso del empleo, por la | <p>persona asegurada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que se puedan cubrir bajo leyes de compensaciones por accidente del trabajo o gastos por accidentes de automóviles (según definido en seguro de automóvil). • Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado. • Servicios que sean recibidos gratuitamente. • Servicios no solicitados por el suscriptor. • Servicios prestados a la persona asegurada por el cónyuge, padres, hermanos o hijos. • Los que resulten de una condición preexistente, excepto que el período previo de la cubierta será tomado en consideración de acuerdo con las regulaciones de la HIPAA. • Los que se incurran por refracciones visuales o para el ajuste de espejuelos. • Los que sean incurridos en artículos de comodidad personal. • Los que sean incurridos por tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular. • Los deducibles y/o coaseguros aplicables a la Cubierta Básica, así como aquellos aplicables a cubiertas opcionales, excepto los que estén expresamente cubiertos en esta cubierta. <p>Beneficios máximos por vida y deducibles aplicables:</p> <p>El beneficio máximo es de \$500,000.00 por vida por cada persona asegurada. Esta cantidad es el máximo a ser pagado por servicio, durante su vida, mientras siga acogido a este beneficio con National Life Insurance Company a través de la red de proveedores de Option Health Care Network.</p> <p>Aplican los siguientes deducibles y coaseguros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible por persona - \$50 por año contrato. • Deducible por familia - \$150 por año contrato. <p>Cada persona o familia cubierta será responsable del pago del 20% por los servicios cubiertos luego de acumulado el deducible anual.</p> <p>Plan de visión (opcional):</p> <p>Al suscribirse al plan de salud de National Life Insurance Company a través de la red de proveedores de Option Health Care Network usted podrá disfrutar de los beneficios de este novedoso programa a través de las ópticas contratadas por Option. Requiere pre autorización del plan para elegibilidad.</p> <p>Este programa incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen completo de la vista y refracción - \$10.00 copago. • Monturas – Una (1) de cualquier montura de diseñador. Tendrá una aportación de \$100.00, con co-pago del 20%. • Lentes- Un (1) par al año: <ul style="list-style-type: none"> - Lentes de visión sencilla - \$20.00 copago - Lentes bifocales - \$20.00 copago - Lentes trifocales - \$20.00 copago • Programa de descuentos en opciones de lentes y |
|--|---|

- servicios. (No disponible en todas las localidades)
- Examen de la vista -El suscriptor y sus dependientes directos son elegibles para un examen anual incluyendo los servicios de examen completo, diagnósticos y el servicio de recetas para espejuelos o lentes de contacto, según sea necesario.
 - Lentes de contacto: en vez de los espejuelos puede escoger lentes de contacto con un beneficio máximo de \$65.00 al año por asegurado, con 15% co-aseguro:
 - Blandos diarios
 - Blandos extendidos
 - Desechables – Dos (2) cajas al año
 - Médicamente necesarios
 - Tóricos o de color

NOTAS:

Este folleto representa un resumen de los beneficios y condiciones del plan para los empleados del Estado Libre asociado de PR. Todo su contenido está sujeto a los términos y condiciones del Contrato Uniforme, para los funcionarios, pensionados y empleados del gobierno del Estado Libre Asociado de PR, sus municipios e instrumentalidades. Para mayor información puede consultar a la Guía del Suscriptor en nuestras oficinas o hacer referencia al Contrato en poder del área de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda. Este contrato tendrá vigencia del 1ro de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2009.

Consúltenos acerca de posibles nuevos proveedores en su área. Option Health Care Network revisa regularmente el Directorio de Proveedores para proveerle a usted más y mejores accesos a los servicios.

Si usted paga por algún servicio cubierto, envíe el original del recibo para que el mismo sea considerado para reembolso. Asegúrese de que el servicio incluye una descripción del servicio prestado y los correspondientes códigos CPT / ICD 9, según sea el caso. Incluya su número de seguro social. Usted tiene 6 meses a partir de la fecha del servicio para reclamar.

Si usted no estuviese conforme con alguna determinación del plan, puede solicitar por escrito una revisión de su caso; también puede escribirnos a

National Life Insurance Co.
a través de su red
Option Health Care Network
Att.: Comité de Quejas
400 Calaf St. Suite 361
Hato Rey PR 00918-1314