

SUBASTA NÚM. : 07-05

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN CENTRAL
OFICINA DE FINANZAS
DIVISIÓN DE SEGUROS

Las propuestas se entregarán en sobres sellados y/o lacrados no más tarde de las 9:15am del 16 de junio de 2006, en la División de Compras de la Administración Central en la siguiente dirección:

Física

Universidad de Puerto Rico
Administración Central
División de Compras
Jardín Botánico Sur #1187
Calle Flamboyán
Carretera de Río Piedras a Caguas
Terrenos de Estación Experimental
Río Piedras, Puerto Rico

El sobre debe contener nombre y dirección del licitador y número de la subasta. No se considerará ninguna oferta que se reciba posterior a la hora y fecha indicada en el aviso de convocatoria a Subasta. Los sobres con las ofertas radicadas se marcarán con el sello oficial de la División de Compras, indicando la fecha y hora en que se recibieron.

Serán consideradas propuestas de los aseguradores u organizaciones de cuidado de salud autorizadas por la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS) a realizar este tipo de negocio en Puerto Rico (para lo cual se someterá una Certificación al respecto), y organizaciones o entidades administradoras de componentes de programas de salud requisados en este documento. Se considerará la solvencia económica de las compañías para responder por los servicios y que no se encuentren bajo orden de menoscabo, por lo que acompañarán una Certificación de la Oficina del Comisionado de Seguros (si aplica). Además, deberá incluir copia certificada del último Estado Financiero auditado (2005) que fue sometido a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, conforme a la reglamentación establecida por OCS.

Se aceptarán propuestas sometidas a través de Agentes y Agentes Generales debidamente designados y reconocidos por la compañía que representen.

Los participantes del proceso de Subasta Formal serán exclusivamente licitadores con autoridad para presentar propuestas ante la consideración de la Junta de Subastas de la Universidad de Puerto Rico.

Los licitadores acompañarán en su propuesta una fianza de licitación ("Bid Bond") o cheque certificado a favor de la Universidad de Puerto Rico por una cantidad no menor del cinco por ciento (5%) del monto de la oferta. La fianza deberá ser emitida por una compañía de seguros reconocida y autorizada por la Oficina del Comisionado de Seguros para hacer esta clase de negocio en Puerto Rico. El(los) licitador(es) agraciado(s) con la(s) adjudicación(es) de la Subasta proveerá(n) una fianza de cumplimiento ("Performance Bond") la cual será el veinticinco por ciento 25% del monto total anual o \$6,000,000 de dólares, lo que sea menor. Cuando la cotización presentada sea mediante el mecanismo de financiamiento conocido como "*Cosi Plus*" (*Año-Seguro*), el cómputo que se utilizará como base para el monto de la fianza será el total de las reclamaciones pagadas y los gastos administrativos resultantes de los últimos doce (12) meses contemplados en las especificaciones de los informes de utilización. Toda subasta que se adjudique por más de un (1) año, utilizará para el cómputo de la fianza la cuantía anual más alta cotizada. Esta(s) fianza(s) deberá(n) ser emitida(s) por una compañía de seguros reconocida y autorizada por la Oficina del Comisionado de Seguros a hacer negocios en Puerto Rico y que sea aceptable para la Universidad. La fianza cubrirá el periodo del contrato resultante de la adjudicación.

Las licitaciones deben estar firmadas en tinta azul por el representante autorizado, señalando la relación con el licitador. Las licitaciones que no cumplan con este requisito no serán consideradas.

Las cotizaciones deben ser radicadas a maquinita o tinta. Cualquier corrección debe estar iniciada por el representante autorizado del asegurador/administrador. Los licitadores asumen toda la responsabilidad de sus errores en las ofertas presentadas.

Es requisito que los licitadores coticen para todos los beneficios descritos conforme al área de manejo, ya sea administrativo (auto seguro) y/o prima suscrita.

Las cotizaciones deben ser radicadas estrictamente para lo establecido en las especificaciones sometidas. Una vez el licitador cumpla con el requisito antes indicado, podrá someter conjuntamente con su cotización y en un documento aparte, cualquier otra alternativa o propuesta adicional, para lo cual la Universidad se reserva el derecho a considerarla.

Especificarán en el lugar provisto (Hoja de Cotización), los costos, primas o tarifas cotizadas por renglón, según indicado. Estos deben presentar sus cotizaciones por medio del mecanismo electrónico que forma parte de este documento. Todas las cotizaciones deben ser radicadas en original y firmadas en tinta azul por un representante autorizado.

El contrato de administración (auto seguro)/prima suscrita se otorgará(n) al(os) administrador(es)/asegurador(es) tomando en cuenta todos aquellos requisitos cuantitativos y cualitativos que se mencionan en este documento. Cualquier desviación a los requisitos que se disponen en estas especificaciones podrá ser causal de descalificación. Además del precio cotizado para los programas requeridos en esta propuesta, deberán cumplir con todas y cada una de las disposiciones técnicas-administrativas solicitadas con el diseño de beneficios sin que se afecte el nivel de calidad en los servicios, según se detalla a continuación.

Criterios Evaluativos de Adjudicación

La Universidad de Puerto Rico evaluará fielmente los siguientes factores al momento de considerar y asignar al administrador/asegurador del programa de salud:

1. Capacidad financiera
2. Capacidad de cumplimiento para con las especificaciones
3. Costos y Adecuación de la estructura tarifaria
4. Descuentos en las Redes de Medicamentos
5. Distribución y alcance de la Red de Proveedores contratados

6. Recursos disponibles para ofrecer un montaje de servicio óptimo (unidad dedicada)
7. Referencias de Clientes
8. Programas de Administración de Riesgos dirigidos a la contención de costos/utilización
9. Disponibilidad de Programa Contención de Costos y programas de salud con las garantías de calidad en los servicios
10. Procedimiento para el manejo y el reembolso de las reclamaciones
11. Capacidad del sistema tecnológico utilizado para la adjudicación de las reclamaciones
12. Plataformas para brindar apoyo administrativo e informativos por medio de la "Internet"
13. Programas internos de auditoría para los servicios prestados por los proveedores bajo contrato

Aclaración de algunos criterios

- a. Adecuación de la Red de Proveedores
Sólo se considerarán los licitadores que cumplan con las expectativas de la Universidad de Puerto Rico con respecto a la Red de Proveedores. Este factor estará considerado como prioritario y de gran atención en el proceso de evaluación por la Universidad.

Los beneficiarios del programa tendrán derecho a seleccionar libremente cualquier proveedor contratado por el licitador. Para verificar la adecuación de la Red de Proveedores y compararla entre los demás licitadores, es requisito indispensable de esta Subasta que el licitador en su propuesta provea la información exactamente igual, según se solicita, por medio magnético y en armonía con la estructura de datos que se acompaña.

Una vez constatada la adecuación, y de ser necesario requerir al licitador agraciado una mayor contratación de proveedores en alguna región en específico, la Universidad exigirá garantías del 100% de los proveedores y de mantener su contratación durante la vigencia del contrato. De mediar alguna cancelación con cualquier proveedor previamente contratado durante el término del contrato de

administración/autoseguro con la Universidad, el licitador está obligado a reembolsar al suscriptor el 100% y asumir el costo de los gastos de los servicios incurridos sin transferir dicho costo a la Universidad. La División de Seguros de la Administración Central se encargará de solicitar el reembolso y de recopilar toda la información para efectuar la auditoría.

De existir alguna discrepancia entre el licitador agraciado y la Universidad sobre la cantidad de proveedores y el derecho al reembolso del 100% al suscriptor por no disponer de suficientes proveedores bajo contrato, se activará el comité permanente durante la vigencia del contrato que revisará los reclamos de los suscriptores y por consenso dará la determinación final. Dicho Comité estará constituido por cuatro (4) miembros, de los cuales dos (2) representarán a la compañía administradora/aseguradora y dos (2) representarán a la Universidad. Las partes por consenso deben nombrar un árbitro, el cual determinará si procede o no reembolsar al suscriptor bajo esta cláusula especial, si los miembros del comité no se ponen de acuerdo en un caso en particular. Todos los casos bajo esta consideración especial deben ser resueltos en treinta (30) días a partir de la fecha que fue sometido al administrador/asegurador. En los casos que proceda el reembolso al suscriptor queda entendido que el pago del reembolso constituye la resolución del mismo.

Es requisito que toda información de la Red de Proveedores sea provista en el disco compacto y codificada exactamente en el formato que se especifica. De mediar inconvenientes legales producto de la naturaleza de la relación contractual entre el licitador y el proveedor, la Universidad podrá considerar mecanismos alternos de comparación y validación. De no proveer esta información en la forma solicitada, la propuesta del licitador será descalificada. La información que se provea es para el uso exclusivo de la Universidad de Puerto Rico, quien garantiza al licitador el manejo confidencial de dicha información.

b. Capacidad Financiera

Para evaluar la capacidad financiera del licitador y la de asumir el riesgo que representa el Plan Médico de los Empleados de la Universidad de Puerto Rico, se

requiere que el licitador provea los Estados Financieros auditados (GAAP) no menor de los últimos tres (3) años y el Estado Financiero auditado 2005 sometido a la Oficina del Comisionado de Seguros. Ambos estados deberán ser certificados por un Contador Público Autorizado. De otorgarse un contrato al licitador bajo esta Subasta, cada vez que el licitador obtenga un nuevo estado Estado Financiero o revise los sometidos con su licitación, deberá remitir copia del nuevo o el revisado a la Oficina de Finanzas de la Administración Central de la Universidad.

c.

Capacidad de Procesar Información

La Universidad debe ser autorizada para verificar la capacidad del licitador para procesar datos, incluyendo las facilidades físicas, así como la capacidad de su sistema y los controles con que cuenta para brindar los servicios ofrecidos a la Universidad. Es de suma importancia para la Universidad determinar la capacidad y adecuación de los sistemas de información del licitador para poder ajustar y pagar reclamaciones por servicios, así como para capturar los datos relevantes y necesarios para producir los informes de utilización y costos requeridos por la Universidad.

d.

Autorización para Verificar Servicios

Como parte de su propuesta, el licitador deberá suministrar a la Universidad una lista de todos sus clientes (incluyendo contacto y número de teléfono) y una autorización para que la Universidad tenga la facultad de verificar los servicios ofrecidos a éstos directamente con los oficiales y/o encargados de administrar sus programas de salud y otros factores y/o elementos que a juicio de la Universidad puedan afectar el costo y/o calidad de los servicios brindados por el licitador. La Universidad se reserva el derecho de considerar las experiencias de los licitadores con sus relaciones con la Universidad de Puerto Rico y otras Agencias del Gobierno y de rechazar cualquier licitador por ineficiencia o incapacidad para cumplir con el contrato resultante de esta Subasta. Igualmente, la Universidad se reserva el derecho de no considerar aquellos licitadores que no tengan la experiencia con contratos de

planes médicos con características similares de la población de participantes de la Universidad de Puerto Rico y el diseño del Plan Médico.

Queda entendido que las cotizaciones sometidas no serán invalidadas o afectadas por errores u omisiones que a juicio de la Universidad no sean esenciales. La Universidad, además del costo, podrá considerar otras condiciones al hacer la adjudicación. Al momento de adjudicar la Subasta, la Universidad de Puerto Rico considerará las cotizaciones que cumplan con las especificaciones requeridas y se reserva el derecho de considerar cualquier otra alternativa que el licitador haya sometido. La Universidad se reserva el derecho de adjudicar la Subasta que a su juicio sea la más favorable o de no adjudicar Subasta alguna al evaluar las cotizaciones presentadas y recibidas para tal propósito. De igual forma la Universidad se reserva el derecho de adjudicar la administración y/o suscripción de las cubiertas que se definen en las secciones correspondientes del documento, independientemente de la Cubierta Básica. Además, la Universidad se reserva el derecho de adjudicar el contrato por el término de tiempo que estime conveniente para la Institución.

El administrador/asegurador designado, tendrá la responsabilidad de incorporar nuevas disposiciones reglamentarias tanto de legislación local o federal, que de tiempo en tiempo se establezca(n) y que requiera(n) al patrono modificar y/o cambiar aspectos de las cubiertas de beneficio previamente establecidos en este documento. Será deber del administrador/asegurador de notificar a la División de Seguros de la Administración Central sobre el alcance e impacto de las nuevas reglamentaciones y obtener una autorización expresa de la Universidad previo a la efectividad de la misma.

Las propuestas deben incluir la Cláusula de Conversión y la de Coordinación de Beneficios. Será responsabilidad del licitador designado, el Coordinar Beneficios con otras compañías administradoras/aseguradoras de acuerdo a la última regla adoptada por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC). La Universidad de Puerto Rico se reserva el derecho de auditar al licitador agraciado para asegurarse que cumple con la regla de Coordinación de Beneficios.

Los licitadores deben someter toda la información y los documentos requeridos, incluyendo un borrador de contrato con los correspondientes endosos, junto con la cotización y la fianza. Las propuestas deben responder exactamente a las especificaciones establecidas en el documento con los términos y condiciones. Si el licitador deja de someter alguna información, la Universidad de Puerto Rico entenderá que la cubierta y servicios sometidos por el licitador son exactamente como lo especificó la Universidad.

El borrador de contrato que debe ser incluido con la licitación, contendrá entre otras cosas, toda aquella información relacionada con los servicios y beneficios que ha de tener derecho el suscriptor y según fueron especificados para propósito de la Subasta. Debe incluir, sin limitarse a:

- a) Procedimientos establecidos para el disfrute de los servicios y beneficios de salud
- b) Límites máximos de cubierta
- c) Exclusiones y limitaciones de la cubierta
- d) Proceso y condiciones para el reembolso
- e) Sistema / procedimiento de querellas
- f) Mecanismo utilizado para la identificación de los suscriptores

Las propuestas que contengan cualquier condición y/o limitación añadida por el licitador en la descripción de las cubiertas, serán consideradas informal y estarán sujetas a ser rechazadas. La Universidad de Puerto Rico se reserva el derecho de rechazar cualquiera o todas las propuestas, así como de obviar cualquier informalidad en las mismas, si es en su mejor interés. La Universidad tiene el derecho de adjudicar el contrato bajo otras consideraciones aunque no sea el menor posterior.

El contrato y/o póliza deberá contener un endoso en el cual se estipule que en dicha póliza/contrato no podrá efectuarse ningún cambio, restringiendo, reduciendo, o cancelando el riesgo asumido por parte del asegurador o compañía administradora sin previo aviso y consentimiento escrito de la Universidad. De igual forma no podrá cambiarse o transferirse la responsabilidad original contrada sin que medie aviso y consentimiento escrito por parte de la Universidad con no menos de noventa (90) días de antelación al cambio propuesto.

El programa de salud extensivo a todos los empleados elegibles de la Universidad de Puerto Rico, dispone de una aportación patronal para el empaque de beneficios en la sección que se identifica como Composición del Programa en este documento. Los empleados y los dependientes opcionales, podrán seleccionar cubiertas de beneficios opcionales. Todas las cantidades cotizadas serán consideradas final y firme. Ninguna información adicional en relación a precios, costos o tarifas, que no esté en las Hojas de Cotización provista por la Universidad de Puerto Rico, serán consideradas, excepto la cotización identificada como alternativa, a opción del licitador.

Se advierte a los licitadores que propuestas que restrinjan el tiempo de aceptación de las propuestas a menos de noventa (90) días calendario estarán sujetas a rechazo. La expiración del término para aceptar una propuesta no invalidará la oferta, a menos que así sea expresado por escrito por el licitador con por lo menos diez (10) días de antelación a la finalización del término de aceptación establecido.

Cualquier solicitud para aclarar dudas en cuanto a la interpretación de las especificaciones generales y documentos incluidos como anejos será sometida por escrito, con no menos de setenta y dos (72) horas antes de la fecha de apertura de la Subasta, al Director de la Oficina de Finanzas de la Administración Central de la Universidad de Puerto Rico. La respuesta y clarificación se efectuará por escrito al licitador que solicitó la aclaración, con copia a todos los licitadores participantes. La Universidad de Puerto Rico no es responsable por cualquier otra explicación e interpretación que no sea remitida de la forma anteriormente descrita.

Aquellos licitadores que deseen retirar sus propuestas previo a la fecha de otorgación, deberán hacerlo por escrito mediante carta certificada dirigida a la División de Compras de la Universidad. Las propuestas retiradas no serán devueltas al licitador.

La Universidad de Puerto Rico podrá considerar la postposición de las fechas de radicación mandatoria siempre y cuando el licitador lo solicite por escrito estableciendo las bases para tal petición. La Universidad de Puerto Rico tendrá total discreción para evaluar los méritos de la petición y notificará por escrito su determinación.

A esta Subasta le son aplicables las disposiciones contenidas en el Reglamento General para la adquisición de equipo, materiales y servicios no personales de la Universidad de Puerto Rico. Certificación de la Junta de Síndicos Número 022. Serie 1995-96, según enmendadas.

Todas las transacciones y/o trámites necesarios entre el administrador/asegurador y la Universidad de Puerto Rico serán canalizadas a través de uno (1) o dos (2) oficiales de cada organización. La Universidad se reserva el derecho de designar en cualquier momento un tercero para el manejo y/o supervisión de las transacciones y/o trámites con el administrador/asegurador.

En la Unidad Dedicada el administrador/asegurador deberá asignar no menos de 4 oficiales de su organización para realizar las transacciones diarias con la Universidad. Este personal se ubicará donde designe la Universidad y estará adscrito a la División de Seguros de la Administración Central.

Los documentos oficialmente recibidos en la División de Seguros de la Administración Central de la Universidad de Puerto Rico, serán considerados como recibidos por el administrador/asegurador. La Universidad proveerá el espacio para el área de trabajo de los oficiales y el administrador/asegurador deberá proveer todos los demás recursos necesarios para servir eficientemente a la Universidad (terminal conectado a la red del administrador/asegurador, teléfono, fax, fotocopiadora y/o cualquier equipo necesario). Los oficiales del administrador/asegurador deberán cumplir con el horario regular de trabajo de la Universidad de Puerto Rico. Además, deberán estar disponible para visitar las diferentes Unidades del Sistema Universitario, según se le requiera por la Universidad. Estos podrán utilizar un día de la semana, que no sea lunes o viernes, para visitar las oficinas del administrador/asegurador.

Durante el término del contrato, la Universidad llevará a cabo auditorías electrónicas de todas las reclamaciones adjudicadas y pagadas por el administrador/asegurador del programa de salud. La Universidad rechazará toda aquella reclamación que no se ajuste a los términos y condiciones del contrato ya sea por ineligibilidad del participante, beneficio no cubierto o cualquier desviación a

los requisitos legales/administrativos dispuestos en este documento. Los resultados de estas auditorías serán compartidas y discutidas al finalizar cada auditoría. Dentro de los siguientes noventa (90) días luego de haber recibido el informe, el administrador/asegurador podrá cuestionar los resultados de la auditoría ante la Oficina de Seguros de la Universidad, cuya determinación será final. Es requisito indispensable de esta Subasta que todo licitador confirmará por escrito su capacidad para facilitar los datos necesarios para conducir estas auditorías. Bajo un contrato de administración (auto seguro), la Universidad retendrá la mitad del uno por ciento (.50%) del gasto administrativo cotizado expresado como una base exponencial de las reclamaciones pagadas o su equivalente del capitado por contrato por mes, para cubrir aquellas reclamaciones que se rechacen en las auditorías retrospectivas.

Las primas, tarifas u otras cotizaciones sometidas por el licitador incluirán todos los servicios enumerados y contemplados en las especificaciones. Toda propuesta y cotización sometida para la administración de la cubierta de medicinas deberá indicar los servicios de control de costos y utilización de carácter operacionales/administrativos extensivos a la Universidad, al igual que todo tipo de descuento en la adquisición de medicamentos. Estos factores de crédito serán esenciales para la Universidad al momento de otorgar la administración/suscripción a el(los) licitador(es). No se harán cargos adicionales a la Universidad por razón de ley, reglamentación, ordenanza, aumento en el costo de vida, experiencia resultante, aumento en tarifas negociadas u honorarios de los proveedores, etc., excepto según se establezca específicamente en este documento.

Cualquier propuesta que contenga literatura impresa o manuscrita, comentarios, expresiones o apéndices que modifiquen cualquier cláusula de la Invitación a Subasta con el propósito de reducir la responsabilidad legal (contractual o no contractual) de los licitadores, aumentando la responsabilidad de la Universidad o imponiendo los términos y condiciones de venta del licitador, se declarará no responsiva.

El contrato resultante de este proceso de subasta será por el término de tres (3) años, a partir de la fecha de efectividad del contrato adjudicado. Además, la Universidad se reserva el derecho de adjudicar el contrato por el término de tiempo que estime conveniente.

CONDICIONES E INSTRUCCIONES GENERALES

1. El licitador deberá indicar en su cotización el Número de Seguro de Seguro Social Patronal. La División de Compras y Suministros se reserva el derecho de excluir de su Registro de Licitadores por el término que estime razonable a los licitadores o contratistas que no cumplan con sus contratos.

2. La Subasta se adjudicará de acuerdo a los mejores intereses de la Universidad de Puerto Rico.

3. Los licitadores asumen la responsabilidad de sus errores en las ofertas. Favor de verificar las mismas.

4. En la adjudicación de subastas, se considerará el derecho que dispone la Ley de Preferencia para las compras del gobierno que establece como política pública favorecer la compra de equipos, materiales o servicios no personales producidos, manufacturados, ensamblados o mercaderados en Puerto Rico. Dicha preferencia se hará constar en la invitación a subasta. El licitador deberá someter junto a su oferta copia de la Resolución de la Junta de Preferencia donde se le concede el por ciento correspondiente.

5. La Junta de Subasta podrá adjudicar una subasta por renglón, grupos de renglones o en su totalidad, conforme resulte conveniente a los mejores intereses de la Universidad de Puerto Rico.

6. Si el licitador es una corporación, deberá cumplir con los requisitos de la Ley General de Corporaciones. Se acompañará con la cotización una Certificación del Departamento de Estado acreditando que se ha cumplido con los requisitos para hacer negocios en Puerto Rico.

7. La Universidad de Puerto Rico podrá rechazar cualquier o todas las proposiciones y/o tomar en cuenta al hacer la adjudicación otras condiciones además del montante de la cotización y de pasar por alto cualquier defecto menor en una, varias o todas las cotizaciones, cuando a juicio de la Universidad de Puerto Rico tal defecto o defectos no afecten sustancialmente sus méritos.
8. La Universidad de Puerto Rico se reserva el derecho de cancelar una subasta o parte de la misma antes o después de su adjudicación cuando así lo estime necesario para proteger los mejores intereses de la institución.
9. La Administración Central de la Universidad de Puerto Rico no se responsabiliza por pagos por conceptos de fletes y arbitrios. Los mismos deben contemplarse en el costo total de su licitación.
10. La Universidad de Puerto Rico se reservará el derecho de obviar cualquier informalidad o diferencia de menor importancia relacionada con las especificaciones, términos y condiciones, siempre que ello no tenga efectos sustanciales sobre la calidad, capacidad o características esenciales de los artículos o servicios a prestarse.

1. **Directorio de Proveedores Contratados**

los siguientes campos de datos en orden secuencial:

- | | |
|---|------------------------------------|
| ✓ | numero de licencia (codigo) |
| ✓ | nombre corporativo |
| ✓ | apellido paterno (si aplica) |
| ✓ | apellido materno (si aplica) |
| ✓ | nombre (si aplica) |
| ✓ | municipio |
| ✓ | tipo de proveedor |
| ✓ | especialidad (si aplica) |
| ✓ | direccion fisica/postal y telefono |

Es necesario que se incluya una explicación/descripción de los campos de información contenidos en el disco compacto.

2. Informes

Con el propósito de que la Universidad de Puerto Rico mantenga un control del costo del Programa de Beneficios del Plan Médico, y hasta donde le sea posible, establecer un programa interno de Manejo de Riesgo y de Contención de Costos, se hace necesario que el administrador suministre mensualmente información sobre el costo y la utilización de los servicios. El licitador garantizará que le es posible cumplir con los informes requeridos antes de someter su licitación. El costo de producir estos informes será incluido en los costos administrativos cotizados.

Todos los formatos y los medios en que se presentarán los informes deberán ser aprobados previamente por la Universidad y ésta se reserva el derecho de modificar en cualquier momento, los informes y los medios en que éstos se suministran.

a. Informe de Datos de Reclamaciones Pagadas

Todos los meses el administrador deberá remitir a la Universidad o su representante autorizado un informe que incluirá todas las reclamaciones pagadas en el periodo que cubre el mismo a la Universidad, clasificadas por grupo y un número de control o referencia (en sustitución del seguro social y sin divulgación del nombre de los suscriptores). Los datos serán suministrados en medio magnético, en formato ASCII, en disco compacto o mediante protocolo de transferencia electrónica. Las especificaciones de los campos de datos necesarios serán coordinadas durante el proceso de implantación del programa de salud. Los licitadores deberán confirmar su capacidad para generar y producir esta información según se define.

b. Archivo e Informe de Elegibilidad

El administrador mantendrá un archivo computadorizado de datos personales de los suscriptores y sus familiares elegibles incluyendo la identificación por separado de los estudiantes mayores de 19 años que sean estudiantes elegibles. La Universidad suministrará diariamente la información necesaria al administrador y éste le dará mantenimiento diario al archivo. El administrador proveerá una copia del archivo de elegibilidad en medio magnético mensualmente a la Universidad durante la vigencia del contrato. Este Archivo de Elegibilidad será propiedad de la Universidad de Puerto Rico y el administrador no podrá disponer del mismo de manera alguna, sin el previo consentimiento por escrito de la Universidad. Mensualmente, y conjuntamente con la base de datos de reclamaciones pagadas, el administrador deberá presentar a la Universidad un informe conteniendo los detalles de los participantes del programa clasificados de acuerdo a:

3. Provisión de Penalidad por Reembolsos de Reclamaciones

La Universidad de Puerto Rico exigirá certificación del licitador para acordar y establecer en común acuerdo con el licitador agraciado, una disposición de penalidad por reembolsos de reclamaciones incurridas por los empleados participantes. La misma dispondrá de una penalidad para aquellas solicitudes de reembolsos que excedan de 10 días laborales luego de haber sido recibidas por el licitador y que cumplan con todos los requisitos de procesamiento. El principio de esta cláusula de rendimiento se fundamentará en el gasto administrativo por contrato cotizado para el periodo de contratación. Esta condición aplicará únicamente para el contrato de administración de los empleados regulares elegibles.

4. Tarjetas de Identificación

El licitador agraciado deberá emitir y enviar por correo a cada suscriptor previo a la fecha de efectividad del contrato, una tarjeta de identificación de material duradero, tamaño bolsillo, en donde por lo menos se indique:

- * Nombre de la organización contratada
- * Logo de la Universidad de Puerto Rico
- * Nombre del empleado o participante cubierto
- * Número de grupo y de contrato
- * Descripción de las cubiertas o de sus códigos
- * Fecha de efectividad
- * Fecha de expiración
- * Deducible y co-pagos aplicables

En caso que el contrato sea por más de un año, el administrador podrá emitir tarjetas válidas por el periodo de dicho contrato. Si las tarjetas se emiten por un (1) sólo año, el administrador deberá enviar por correo anualmente a cada empleado y su grupo familiar, las tarjetas de identificación. El modelo sugerido de las tarjetas de identificación deberá someterse con la licitación y aprobarse por la Universidad.

antes de su distribución. El licitador agraciado enviará al suscriptor las tarjetas de identificación iniciales con por lo menos diez (10) días de anticipación a la fecha de vigencia del contrato. De igual forma deberá contener el logo de la Universidad e información específica de las cubiertas o sus códigos, los deducibles y co-pagos que aplican a cada una de las cubiertas de beneficios.

El envío anual de las tarjetas de identificación será con treinta (30) días de anticipación a la fecha de vigencia de la nueva tarjeta. Posteriormente, cada vez que haya necesidad de expedir una nueva tarjeta, el licitador agraciado expedirá la tarjeta de identificación dentro de los próximos cinco (5) días laborables después de recibir la solicitud.

5. **Guía del Suscriptor**

Dentro de los 30 días posteriores a la fecha de efectividad del contrato, el administrador publicará y remitirá a la División de Seguros de la Administración Central las Guías del Suscriptor correspondiente a cada empleado por unidad. Dicha guía deberá ser aprobada previamente por la Universidad de Puerto Rico. Esta guía contendrá una descripción detallada de los beneficios, las obligaciones y responsabilidades del suscriptor. Será a su vez responsabilidad del administrador mantener actualizada la guía cuando sea necesario durante la extensión del contrato adjudicado. Dicho folleto deberá ser en el idioma castellano, y a su vez, hará las veces de Certificado de Cubierta. El mismo deberá ser revisado y re-impreso a petición de la Universidad de Puerto Rico. El costo de producción de los folletos será responsabilidad del administrador/asegurador.

6. **Directorio de Proveedores Participantes**

El licitador agraciado proveerá anualmente un directorio actualizado de proveedores participantes, organizado por municipio y tipo de proveedor en el que se incluya su dirección y teléfono. El licitador agraciado incluirá una certificación donde se establezca que todos los proveedores incluidos en el directorio tienen contratos vigentes al momento de la licitación y que los mismos no han sido cancelados y que

estos proveedores están obligados a ofrecer servicios a los beneficiarios del programa de la Universidad. Del directorio contener proveedores que no están activos, éstos deberán identificarse claramente. Durante la vigencia del contrato el licitador agraciado deberá mantener bajo contrato no menos del 100% del número de proveedores que constituye su red, según se describe en la página 4 de estas especificaciones (Adecuacidad de la Red de Proveedores). Cualquiera desviación será causal para rescindir de inmediato el contrato adjudicado. La Universidad se reserva el derecho de constatar la remesa mensual al administrador/asegurador por concepto de reclamaciones pagadas a los proveedores de servicio bajo contrato. De encontrarse irregularidades sobre este particular, la Universidad rescindirá de inmediato el contrato adjudicado.

7.

Ciclo Máximo de Pago de Reclamaciones

La Universidad de Puerto Rico no reconocerá para pago ninguna reclamación pagada o ajustada para pago una vez transcurrido un (1) año de la fecha en que fueron prestados los servicios. En los casos donde los servicios ofrecidos por el proveedor tuvieran una duración de más de un día, se considerará como la fecha del servicio, el último día que fueran ofrecidos los mismos. Dicha provisión no aplicará para reclamaciones de planes nacionales o beneficiarios de Medicare. El administrador relevará y mantendrá indemne e ileso a la Universidad de Puerto Rico, al suscriptor y los dependientes de cualquier reclamación para el pago de servicios cuya reclamación se efectúe con posterioridad a un (1) año de haber sido prestados los servicios.

8.

Selección de Mecanismos de Financiamiento

La Universidad de Puerto Rico se reserva el derecho de seleccionar cualquier mecanismo o combinación de mecanismos para cualquier cubierta, programa o plan determinado al momento de firmar el(los) contrato(s) con el(los) licitador(es) al (los) que se adjudique la subasta. Es requisito mandatorio que todo licitador presente sus cotizaciones bajo ambos mecanismos de auto asegurado y riesgo suscrito.

9. Estructura Tarifaria con Proveedores

Es requisito indispensable que los licitadores provean con su propuesta y en el formato de compilación tarifaria que se incluye como parte de este documento la siguiente información:

- a. "Per diems" negociados con los hospitales incluyendo: cuidado agudo, parcial, intensivo, coronaria, neonatal, cirugía ambulatoria, emergencia (aguda y accidente) y cualquier otro servicio negociado. Honorarios por servicios de emergencias deben especificar que componentes cubren. En el orden anterior, debe incluirse los costos y las fechas en que renuevan las facilidades contratadas.

- b. Tarifas de procedimientos médico quirúrgicos identificados en base de codificación "CPT"¹
- c. Tarifas de laboratorio, rayos x, terapias, y honorarios profesionales identificados a base de codificación CPT.
- d. Tarifas por procedimientos y servicios dentales identificados en base de codificación "CDT"²

Es requisito mandatorio que los licitadores sometan la información solicitada en el formato establecido para facilitar el manejo de la misma. El no cumplir con este requisito será causal para descalificar al licitador. Conjuntamente con la información arriba solicitada todo licitador deberá acompañar una certificación firmada por un oficial autorizado garantizando que dichas tarifas y costos son los correctos y en vigor al momento de someter su respectiva propuesta y cotización. De prever cambios posteriores a los treinta (30) días de radicación de su propuesta, deberá indicar cuáles son los costos de servicios o renglones que se modificarán. Luego del primer año de contrato, y de existir causa justificada para aumentar las tarifas y honorarios de los proveedores por razón de incremento no esperado o previsto, el administrador /asegurador deberá notificar por escrito a la Universidad el aumento en tarifas y honorarios propuestos. Dicha acción se efectuará con al menos ciento

veinte (120) días de antelación a la fecha de efectividad. La Universidad y en común acuerdo con el licitador agraciado establecerán un esquema de manejo para dilucidar la razonabilidad de la petición presentada. La Universidad no considerará los aumentos propuestos si los mismos no se someten por escrito en el tiempo estipulado.

10. **Descuentos en Redes Preferenciales de Farmacias**

Es requisito indispensable (causal de descalificación) que todo licitador o administrador de beneficio de farmacia (PBM) someta con su propuesta datos específicos de contratación de los descuentos negociados por farmacias participantes. Particularmente, se habrá de requisar el porcentaje de descuento por tipo de medicamento (marca preferencial y no preferencial, bioequivalente y biotecnológico) así como gasto de dispensación y devoluciones ("rebates") negociados en medicamentos de marca. El licitador habrá de emitir certificación garantizando la información sometida.

11. **Nuevos Procedimientos o Servicios**

Todo nuevo procedimiento de cuidado de salud o servicio que pueda descubrirse, inventarse, introducirse o incorporarse al mercado no podrá incluirse como beneficio en cualquiera de las cubiertas de los programas de beneficio de salud, sin el previo consentimiento por escrito de la Universidad de Puerto Rico.

12. **Coordinación de Beneficio**

El administrador del programa deberá coordinar la prestación de los servicios incluidos en estos programas de beneficios de salud cuando exista responsabilidad legal de otras personas o entidades en cuanto a la prestación o pago de tales servicios. La Universidad de Puerto Rico no reconocerá ni pagará reclamaciones cuando la responsabilidad del pago recaiga en terceras personas o entidades. El administrador agraciado de este contrato deberá incluir como parte de sus informes mensuales o en su base de datos de reclamaciones, datos del tipo de servicios, reclamaciones coordinadas y las economías generadas.

13. **Devoluciones o ("Rebates") en Farmacia**

La Universidad retendrá el 100% de las devoluciones recibidas por el administrador de la cubierta de medicinas (PBM) bajo el mecanismo de auto seguro al cierre de cada año del plan mediante archivo electrónico de cada medicamento objeto de esta práctica (si aplica). Es requisito indispensable que todo licitador certifique aceptación de los mismos y provea equivalencias financieras de devoluciones en una base por contrato por mes tomando en cuenta el diseño propio de la cubierta de medicamentos de la Universidad al ofrecer la cotización.

14. **Programas de Salud y Manejo de Riesgo**

La Universidad prestará particular énfasis a las capacidades de los licitadores en el establecimiento de programas de manejo y prevención de condiciones de alto riesgo conducente a la contención de costos, entre otros aspectos. Se exige de todo licitador hacer disponible a la Universidad toda la documentación de sus programas institucionales. Todo material a utilizarse en las comunicaciones a la comunidad universitaria que no sea de naturaleza protegida, deberá contar con la aprobación expresa de la Universidad previo a su distribución.

15. **Clausulas de Rendimiento**

La Universidad establecerá con el licitador agraciado, métricas de rendimiento de todo factor administrativo/operacional asociado con el contrato del programa de salud. El modelo de cumplimiento considerará criterios de índole cuantitativo como cualitativo. Cualquier desviación a los acuerdos suscritos entre las partes será objeto de penalidades económicas.

¹ CPT 2005 El manual "Current Procedure Terminology" es una publicación con derechos reservados de la Asociación Médica Americana.

² CDT 2005 El manual "Current Dental Terminology" es una publicación con derechos reservados de la Asociación Dental Americana.

DEFINICIONES

- **Asegurado/Suscriptor/Beneficiario**
Cualquier persona incluida en un contrato de suscripción.
- **Contrato/Contrato de Suscripción**
La relación contractual entre el empleado elegible de la Universidad de Puerto Rico y el administrador para que éste provea los servicios de cuidado de salud especificados a los suscriptores/asegurados.
- **Cuota Única/Prima Única**
La cantidad a ser pagada por la suscripción del contrato por mes. La que será una sola cantidad por empleado, independientemente si es un contrato individual o familiar.
- **Deducible**
Cantidad fija establecida en el contrato a ser pagada por el suscriptor al momento de recibir los servicios.
- **Co-aseguro**
Cantidad porcentual relativa al costo del servicio establecido en el contrato a ser pagada por el suscriptor al momento de recibir los servicios.
- **Año/Año Contrato**
El periodo de doce (12) meses a partir de la fecha de efectividad del contrato adjudicado.
- **Administrador**
La organización u organizaciones que como resultado de esta subasta sea(n) contratada(s) para proveer a los empleados y sus dependientes los beneficios estipulados en el Programa de Salud de la Universidad de Puerto Rico.

- **"Cost Plus"**
Mecanismo de financiamiento donde el costo de las reclamaciones incurridas es reembolsado por la Universidad de Puerto Rico al Administrador, más la cantidad acordada para cubrir los gastos administrativos.

- **Archivo de Elegibilidad**
Sistema donde el administrador custodia la información relacionada con los datos personales de empleo y elegibilidad del suscriptor y los participantes.

- **Archivo de Reclamaciones**
Sistema donde el administrador custodia los datos relacionados con las reclamaciones por servicios cubiertos, pagos realizados y experiencia de costos y frecuencia.

- **Riesgo Suscrito**
Programa que provee beneficios bajo el plan médico donde el 100% del riesgo es asumido por el Asegurador a cambio de una prima.

- **Cubierta de Re-Aseguro**
Contrato que se establece para proveer cubierta en exceso de lo que la Universidad de Puerto Rico está dispuesta asumir en algunos beneficios provistos en el programa de salud.

- **Empleado Elegible**
Todo empleado de la Universidad de Puerto Rico que ésta declare elegible para recibir beneficios del Plan Médico.

- **Dependientes Directos**
El cónyuge del empleado elegible y los hijos del empleado elegible y/o del cónyuge (legal y natural). Hijos adoptados y/o reconocidos legalmente y niños menores de 19 años que residan con el empleado(a) por orden de un Tribunal con jurisdicción y/o el Departamento de la Familia con el documento provisto por la Universidad. Cualquier hijo del empleado(a) o su cónyuge, independientemente de su edad, que esté física o mentalmente incapacitado. La determinación

de incapacidad será basada en opinión médica según criterios establecidos por la Administración Federal del Seguro Social y deberá proveerse evidencia acreditativa a tales efectos. Igualmente a los padres y madres del empleado(a) soltero(a) y los hermanos(as) incapacitados.

• **Dependientes Opcionales**

El padre y la madre del empleado elegible o los de su cónyuge. Los hijos que no sean elegibles como dependientes directos y que dependan del empleado para su sustento en un mínimo de un 50%.

• **Proveedor Asociado o Participante**

Aquel proveedor de servicios (hospital, hospital mental, médico-quirúrgico, laboratorio, dentista, etc.) que tiene un contrato vigente con el administrador para prestar servicios a los suscriptores.

• **Proveedor no Asociado o no Participante**

Aquel proveedor de servicios (hospital, hospital mental, médico-quirúrgico, laboratorio, dentista, etc.) que no tenga un contrato vigente con el administrador para prestar servicios a los suscriptores.

• **Emergencias Médico Agudas**

Significa la presentación súbita e imprevista de una condición que requiera asistencia médica o quirúrgica. Dicha asistencia debe ser recibida inmediatamente después de presentarse la condición, o lo más pronto que sea posible, pero en ningún caso después de veinticuatro (24) horas de haberse presentado la misma.

• **Solicitud de Ingreso**

Documento o formulario que los empleados deben radicar para que se considere su elegibilidad e ingreso al Plan de Salud.

- **Solicitud de Cambio**

Documento o formulario que deberán radicar los empleados para solicitar cambios deseados en su contrato. Los cambios en cubierta o para incluir dependientes opcionales tan sólo se pueden procesar al momento de radicar la solicitud de ingreso o a la fecha de aniversario del contrato. Excepto las circunstancias especiales y evaluadas por la Oficina de Seguros de la Administración Central.

- **Pre-Autorización**

Requisito de obtener una autorización previa a obtener un beneficio que así sea requerido en el contrato. De no obtenerse una autorización el beneficio no estará cubierto.

- **Asignación de Beneficios**

Se asignan beneficios cuando se autoriza al administrador a que pague directamente a un proveedor los beneficios a los cuales el suscriptor tiene derecho por reembolso.

- **Servicios Médicamente Necesarios**

Aquellos servicios provistos de acuerdo a los estándares de la buena práctica de la medicina por un hospital, médico u otro proveedor, que sean:
a) apropiados para los síntomas, diagnóstico o tratamiento de una lesión, condición o enfermedad y para el cuidado directo del paciente suscrito que sufre de la misma; y
b) que cuando el servicio sea de hospitalización, se determine que, debido a la condición del suscriptor, éste requiere cuidado agudo como paciente en cama, y no puede recibir los mismos de manera segura o adecuada en forma ambulatoria.

- **Medicina Deportiva**

Aquella rama de la medicina que trata las enfermedades y lesiones que resultan de actividades deportivas, incluyendo la fase preventiva y preparatoria necesaria para mantener un buen estado de salud físico y mental.

- **Medicina Natural**
Técnica en la cual se emplean métodos y productos naturales para el tratamiento de condiciones físicas y mentales.

- **Musicoterapia**
Técnica utilizada en el tratamiento de algunas enfermedades mentales y emocionales en la que se emplean diferentes sonidos musicales.

ELEGIBILIDAD

Los siguientes serán elegibles para recibir beneficios del Plan Médico:

1. Empleados

Todos los empleados de la Universidad de Puerto Rico que ésta declare elegibles para recibir beneficios de Plan Médico. Los empleados nuevos cuya fecha de elegibilidad sea posterior al periodo de renovación, podrán solicitar el plan médico dentro de los 90 días inmediatamente siguientes a la efectividad de su contratación. La solicitud deberá acompañarse con el documento que acredite la fecha de elegibilidad. En este caso, el plan médico será efectivo el día primero del mes siguiente al que se radique la solicitud, si la misma se recibe en la División de Seguros de la Administración Central no más tarde del día 25 del mes. Solicitudes que se reciban posterior al día 25 serán efectivas al mes subsiguiente. Si el empleado de nuevo nombramiento no radica su solicitud dentro del periodo de tiempo establecido, tendrá que esperar hasta la próxima fecha de aniversario para poder acogerse a los beneficios del plan médico.

El beneficio del plan médico cubre a los empleados elegibles, a tenor con lo anterior en las siguientes modalidades:

- a) empleados individuales solteros y sin dependientes
- b) empleados individuales solteros y sus hijos dependientes legales hasta el último día del mes en que cumplan 26 años siempre y cuando estén estudiando.
- c) empleados casados de conformidad con el Código Civil de Puerto Rico, o con cualquier otro ordenamiento jurídico que se reconozca bajo las leyes de Puerto Rico, su cónyuge e hijos dependientes legales según se definen en esta sección.
- d) empleados solteros que mantengan una relación consensual con otra persona independientemente del género de la referida persona y los hijos dependientes legales de cualquiera de los miembros de la relación consensual/doméstica.
- e) empleados solteros con sus hermanos(as) incapacitados.
- f) cualquier excepción determinada por la Universidad.

Aquellos empleados de la Universidad de Puerto Rico que están acogidos al plan médico de la Asociación de Maestros de Puerto Rico y el plan de salud UTL, podrán solicitar ingreso al plan médico de los empleados de la Universidad en la fecha que expira su año contrato en la Asociación o en el plan UTL. El empleado deberá presentar conjuntamente con la solicitud evidencia de cancelación aceptable para la Universidad.

2. Cónyuges

El cónyuge del empleado de la Universidad de Puerto Rico es elegible para recibir los beneficios del Plan Médico a la fecha de efectividad del mismo. Todo empleado que contraiga matrimonio durante la vigencia del año contrato, tiene derecho a incluir a su cónyuge en el Plan Médico, si así lo solicita. Para ello tiene que proveer con su solicitud, el certificado de matrimonio o evidencia que certifique tal petición. El empleado que mantiene una relación consensual y/o doméstica, deberá presentar una declaración jurada otorgada ante notario público en el documento dispuesto por la Universidad.

La fecha de efectividad será como sigue:

- a) Si la inclusión del cónyuge se solicita dentro de los primeros treinta (30) días siguientes a la fecha de matrimonio, será elegible para recibir beneficios efectivos a la fecha del matrimonio.

- b) Si se solicita la inclusión del cónyuge después de los treinta (30) días de haber contraído matrimonio, el cónyuge será elegible el primer día del mes siguiente de haber sido radicado la solicitud.

- c) La inclusión de la pareja consensual doméstica será elegible conforme a los criterios establecidos en los incisos a o b anteriores.

- d) En caso de separación o previo a la sentencia de divorcio, el cónyuge pierde elegibilidad el primer día del mes siguiente en que el empleado notifique por escrito la separación o ruptura definitiva de la relación. Disponiéndose que esta cláusula

deberá ser coordinada con cualquier legislación u orden de algún tribunal con jurisdicción a esos efectos. El empleado(a) tiene que notificar la separación o ruptura definitiva de la relación al administrador por conducto de la Universidad. Los servicios utilizados por el ex-cónyuge, después de la fecha de cancelación de elegibilidad, serán responsabilidad exclusiva del empleado(a) quien reembolsará los mismos al administrador.

- d) El licitador al que se le adjudique la subasta deberá asumir todos los gastos médicos relacionados con el beneficio de maternidad a empleadas y esposas cubiertas, los cuales estén en progreso al momento de entrar en vigor el programa subastado.

3. Normas y Disposiciones para Hijos:

- a) Recién nacidos - Los hijos de los empleados que nacen estando sus padres cubiertos son elegibles al plan a partir de la fecha de su nacimiento siempre y cuando se notifique al administrador dentro de los sesenta (60) días siguientes a su nacimiento. El empleado tiene que proveer el certificado de nacimiento con la solicitud de ingreso del recién nacido. Si el empleado no notifica el nacimiento del hijo y/o no presenta la evidencia requerida dentro del tiempo antes indicado, la efectividad de la cubierta será en la fecha en que el empleado notifique el nacimiento al administrador por conducto de la Universidad.
- b) Todos los hijos serán automáticamente excluidos del Plan Médico al cumplir diecinueve (19) años.
- c) Hijas del empleado(a) embarazadas y no casadas, podrán continuar siendo elegibles como dependiente directo siempre y cuando se demuestre la dependencia en un mínimo de 50%. A estos efectos, deberá presentar la Planilla de Contribuciones sobre Ingreso como evidencia. También tendrá derecho a recibir los servicios de cuidado pre-natal.



d) Hijos solteros mayores de diecinueve (19) años y hasta el último día del mes en que cumplan 26 años, son elegibles al plan si cursan estudios en o fuera de Puerto Rico en una institución educativa reconocida por el organismo acreditativo correspondiente. El empleado tiene que someter la evidencia de estudios mediante una certificación expedida por dicha institución al principio de cada periodo académico, o copia del programa de clases. Si la evidencia se entrega durante los primeros sesenta (60) días de cada término del periodo académico la elegibilidad será efectiva el primer día del ciclo académico. Si por alguna razón la certificación se entrega posterior al periodo establecido, la cubierta del hijo será efectiva el día en que la misma sea presentada. Es responsabilidad del empleado entregar la evidencia de estudios del hijo estudiante al administrador por conducto de la Universidad. El administrador no entregará la tarjeta de identificación al estudiante hasta tanto la certificación haya sido presentada al administrador.

e) Hijos que contraen matrimonio pierden su elegibilidad al plan el primer día del mes siguiente en que se casan. El empleado(a) tiene que notificar al administrador para que sean excluidos del plan. El costo de los servicios utilizados por el hijo después de contraer matrimonio son de la responsabilidad exclusiva del empleado(a) quien será responsable de reembolsar los mismos al administrador.

f) Todos los hijos adoptados y reconocidos son elegibles para los beneficios del plan médico sujetos a los mismos requisitos de elegibilidad consignados en los incisos b, c y d anteriores. El empleado(a) debe mostrar evidencia satisfactoria para la suscripción de estos hijos. La cubierta será efectiva el día que la Universidad certifique la aceptación.

g) Niños menores de diecinueve (19) años que residen con el empleado por orden de un Tribunal con jurisdicción o asignados por el Departamento de la Familia son elegibles para los beneficios del plan médico. Es responsabilidad del empleado someter la evidencia del Departamento de la Familia emitida por la persona

encargada del caso con el visto bueno del supervisor y conforme al documento provisto por la Universidad.

h) Hijos del empleado o su cónyuge, independientemente de su edad, que estén física o mentalmente incapacitado son elegibles como dependientes directos. La determinación de incapacidad será a base de una opinión médica según criterio establecido por la Administración Federal del Seguro Social. La cubierta será efectiva el día que la Universidad certifique la aceptación.

i) En el caso de que los hijos del empleado no vivan bajo el mismo techo que el empleado, éstos serán elegibles para obtener los beneficios del plan médico sujeto a los mismos requisitos de elegibilidad consignados en los incisos b, c y d anteriores.

j) Hijos que pierden su elegibilidad como dependientes directos pueden hacer un cambio como dependientes opcionales bajo el contrato del empleado (si cualifican como tal) o al plan de pago directo que tenga disponible el administrador, según sea el caso, dentro del periodo de tiempo establecido por ley.

Hermanos/Hermanas

Hermanos y hermanas que formen parte del núcleo familiar, que estén física o mentalmente incapacitados, son elegibles como dependientes directos siempre y cuando se evidencie por la Planilla de Contribuciones sobre Ingreso con un mínimo de un 50% para su sustento. La determinación de incapacidad será a base de una opinión médica. La cubierta será efectiva el día que la Universidad certifique la aceptación.

Dependientes Opcionales

Se considerarán como dependientes opcionales el padre y la madre del empleado elegible o el de su cónyuge. Los hijos que no sean elegibles como dependientes directos. Estos últimos deberán depender en un mínimo de un 50% de dicho empleado para su sustento y son elegibles como dependientes opcionales hasta la edad de 26 años. El dependiente opcional que tenga 65 años o más deberá acogerse a las cubiertas A y B del Plan Federal

Medicare. lo que le permitirá acogerse al plan bajo la cubierta complementaria de Medicare. Es responsabilidad del empleado cubierto demostrar en forma satisfactoria al administrador. por conducto de la Universidad, la elegibilidad de estos dependientes. En el caso de los hijos, la evidencia de sustento de los mismos deberá ser presentada de la misma forma que se establece para poder obtener un crédito en la Planilla de Contribución Sobre Ingreso. En los casos de los dependientes opcionales mayores de 65 años acogidos a la Partes A, B o C de Medicare, éstos deberán presentar evidencia de estas cubiertas.

Todo el proceso de determinación de tarifas y de cómputo de las mismas, así como la experiencia de este grupo debe ser completamente independiente del riesgo de los empleados de la Universidad de Puerto Rico y sus dependientes directos. La relación de la Universidad de Puerto Rico en cuanto al Grupo de Dependientes Opcionales se limita a que sus empleados elegibles para los beneficios del Plan Médico tengan un grupo donde se les permita proveer de plan médico a estos dependientes opcionales. El contrato de dependiente opcional no podrá tener mayores beneficios que el plan del suscriptor principal. Las cubiertas para este grupo deben ser individuales y los beneficios básicos similares a la Cubierta Básica definida para los empleados de la Universidad de Puerto Rico. Las únicas opciones a las que tendrán derecho los empleados para estos dependientes opcionales son las de Medicinas en Farmacia y Dental. Es responsabilidad del empleado notificar al administrador cuando algún miembro de su grupo familiar pierde elegibilidad al plan. Todo servicio prestado a un dependiente inelegible, será pagado por el empleado.

7. Conversión

El administrador deberá proveer a cualquier empleado, cónyuge, hijo o dependiente que en algún momento haya sido elegible y haya estado suscrito en el Plan Médico de los empleados de la Universidad de Puerto Rico, cuando cese su elegibilidad, o que sea reinstalado, sin evidencia de asegurabilidad, y con todos sus derechos, a un contrato de Pago Directo, siempre y cuando así lo solicite dentro del término de treinta (30) días siguientes a la cancelación de la suscripción.

8. Cambios en Contratos de Suscripción

Los cambios de cubierta podrán hacerse solamente en la fecha de comienzo de un nuevo año contrato.

Cambios en Contratos de Suscripción Fuera de Fecha de Renovación

A continuación se describen cuatro (4) situaciones en las que el Administrador deberá aceptar cambios en los contratos de suscripción, fuera de fecha de renovación:

a. Cuando empleados que reciben aportación patronal solicitan y les es otorgada licencia sin sueldo y cuando los que están en licencia sin sueldo regresan a sus funciones.

b. Cuando empleados que están por contrato y no tienen derecho a la aportación patronal pasan a ser empleados regulares con aportación patronal.

c. Cuando los contratos mancomunados se separan o contratos separados se mancomunan. No existirá período de espera para condición física o enfermedad alguna, incluyendo maternidad. Empleados nuevos no estarán sujetos a periodos de espera.

d. Inclusión de padres como dependientes opcionales que se acogen a la jubilación.

CUBIERTA BÁSICA

La Cubierta Básica del Programa de Libre Selección incluye las siguientes cubiertas de beneficios:

- Hospitalización
- Médico-Quirúrgico
- Médico-Ambulatorios
- Condiciones Mentales
- Condiciones de Maternidad
- Plan de Salud Visual
- Emergencia
- Pruebas de Diagnóstico Especializadas

COMPOSICIÓN DEL PROGRAMA

La composición del plan es a base de la agrupación de las cubiertas que a continuación se detallan.

Cubierta Básica	Incluida
Dental	Opcional
Medicinas en Farmacia	Incluida
Mayor Medical	Incluida

BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

1. Cama en habitación semi-privada de dos (2) camas por trescientos sesenta y cinco (365) días por año de contrato por suscriptor. Cama privada por recomendación médica y por aprobación de la compañía administradora.
2. Comidas incluyendo dietas especiales e hiperalimentación.
3. Servicios usuales de enfermería.
4. Uso de Sala de Operaciones.
5. Uso de Sala de Partos.
6. Uso de Sala de Recuperación, si la hubiese disponible.

7. Anestesia y su administración. Si el proveedor no es participante se cubrirá al 100% de las tarifas contratadas.
8. Pruebas de laboratorios clínicos y patológicos.
9. Servicios de Rayos-X
10. Determinación de gases arteriales con su interpretación por un neumólogo.
11. Tratamientos de Radioterapia. Quimioterapia y Cobalto sin límite.
12. Uso de Unidad de Cuidado Intensivo y Coronaria (pediátrico, adulto, neonatología y quemados).
13. Terapia Respiratoria sin límite.
14. Uso de materiales de curación y quirúrgico incluyendo vendajes, yeso y medicinas.
15. Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones, sin limitaciones.
16. Examen patológico de los tejidos, incluyendo interpretación de especímenes.
17. Oxígeno, respirador y ventilador.
18. Terapia física, máximo tres (3) por día, por suscriptor. Se incluye el tratamiento "TENS" dentro del beneficio de terapia física.
19. Electroencefalogramas y electrocardiogramas.
20. Servicios de obstetricia para la madre y servicios para el recién nacido mientras la madre esté hospitalizada.
21. Cualquier otro servicio rutinario del hospital.
22. Cualquier otro servicio que el administrador del plan tenga contratado con el hospital dentro del "per diem" acordado.
23. Servicios necesarios para el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida sin límite.
24. Cuarto de aislamiento.
25. Circuncisión y dilatación.
26. Pruebas de ultrasonido, tomografías computarizadas, medicina nuclear, pruebas periféricas cerebro y vasculares invasivas y no invasivas sin co-pago.
27. Servicios y tratamientos de diálisis y hemodíalisis y cualquier complicación asociada. Los mismos estarán cubiertos dentro del periodo de los primeros 30 meses de hecho el

diagnóstico de insuficiencia crónica renal o hasta que el suscriptor sea elegible a recibir los servicios del Programa Federal Medicare.

28. Tintes de contraste antialérgicos para imagen.
29. Terapia ocupacional y rehabilitativa. con un máximo de 180 días por participante por año del plan. sujeto a pre-autorización y coordinado.
30. Todo tipo de prueba de alta tecnología.

Las admisiones en hospitales no participantes por una condición de emergencia se pagarán al 100% de la tarifa usual y acostumbrada para hospitales en esa área de servicio. Servicios ancillares se cubrirán en su totalidad excepto gastos personales.

Ningún suscriptor que se hospitalice en una habitación privada vendrá obligado a pagar diferencia alguna a un médico participante por los servicios cubiertos por el plan que el médico le preste.

BENEFICIOS DE SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

1. Cirugía
2. Administración de Anestesia
3. Servicios profesionales
4. Consultas a especialistas y sub-especialistas
5. Servicios de obstetricia para la empleada cubierta y para la esposa del empleado suscrito
6. Patología

Para las siguientes cirugías y hospitalizaciones electivas se requiere pre-autorización del administrador:

- a) Osteotomía - operación donde se remueve parte de un hueso.
- b) Septoplastia - operación del tabique nasal.
- c) Blefaroplastia - operación para corregir condiciones en los párpados.
- d) Vermilhonectomía - Exirpación del borde carnososo del labio. con corrección quirúrgica del defecto creado.

- e) Hernia ventral recurrente - Hernia en el vientre abdominal - operada y que vuelve a ocurrir.
- f) Síndrome de túnel carpal - Condición resultante de la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca con dolor y ardor o sensación de hormigueo en los dedos y la mano que a veces se extiende hasta el codo.
- g) Dolores radiculares lumbares - dolores que afectan la espalda baja y que ocurren como resultado de compresión de las raíces nerviosas.
- h) Histerectomía - Operación para remover la matriz.
- i) "Thoracic Outlet Syndrome" - Condición que ocurre por compresión de nervios y que se manifiesta con dolor y alteración en la sensación y debilidad en las extremidades superiores.
- j) Litotricia sin deducible
- k) Ginecomastia
- l) Servicios para el tratamiento de obesidad mórbida. La cirugía para la corrección de dicha condición y cirugías reconstructivas posterior a pérdida de peso masiva.

- 7. Criocirugía del cuello uterino. un (1) procedimiento por año del plan por persona cubierta.
- 8. Los servicios de rinosseptoplastia estarán cubiertos sólo cuando el suscriptor sufre un accidente durante la vigencia de este contrato.
- 9. Prueba diagnóstica de polisomnografía. una (1) prueba de cada tipo. por vida. por persona suscrita. Este servicio estará sujeto a precertificación del administrador.
- 10. Gastos por servicios de escisión de quistes maxilares o mandibulares relacionados a dientes y cirugía maxilofacial para corregir trauma. reducir fracturas ocurridas mientras el suscriptor esté cubierto por el plan y cualquier otra condición médicamente necesaria (sujeto a pre-autorización).
- 11. Para procedimientos quirúrgicos realizados con el uso de laparoscópicos se pagará hasta un máximo de \$500.00 por concepto de materiales.
- 12. Gastos relacionados a la compra de prótesis del seno a la paciente como resultado de una cirugía reconstructiva. La adquisición de dicha prótesis deberá ser coordinada a través de la compañía administradora/aseguradora.

Los servicios médico-quirúrgicos están cubiertos tanto en el hospital como de manera ambulatoria. Siempre que un procedimiento médico-quirúrgico pueda practicarse de forma ambulatoria, será cubierto de esta manera, a menos que la condición del paciente requiera que éste sea hospitalizado. La responsabilidad de la pre-autorización debe ser compartida entre el administrador y el suscriptor. El paciente deberá obtener la pre-autorización del procedimiento y el administrador deberá cerciorarse que el proveedor requerirá al paciente la pre-autorización previo a ofrecer el servicio. De no obtenerse la pre-autorización, no se pagará por estos servicios.

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA CUBIERTA DE BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y LA CUBIERTA DE SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS MIENTRAS EL PACIENTE ESTÁ HOSPITALIZADO

1. El programa provee que el suscriptor escoja libremente el hospital y el médico de aquellos que hayan sido contratados por el administrador. En los casos que el suscriptor use los servicios de hospitales y médicos contratados por el administrador, el empleado sólo será responsable por el pago de los deducibles y/o co-aseguros establecidos y deberá mantenerse indemne e ileso de cualquier diferencia que por un beneficio cubierto le sea cobrado por un proveedor contratado.

2. Si el suscriptor escogiera hospitalizarse en un hospital no contratado por el administrador por una condición de no emergencia dentro de los límites geográficos de Puerto Rico, deberá pagar por los servicios obtenidos. El administrador le reembolsará hasta un máximo de \$200 diarios por todos los servicios por día de hospital, previa reclamación del suscriptor. Será responsabilidad del suscriptor el presentar toda la evidencia requerida por el administrador. Esta cláusula no aplica si el administrador no mantiene proveedores contratados suficientes en la región donde se obtiene el servicio en cuyo caso se pagará al 100% por asignación de beneficio a la facilidad o mediante reembolso al suscriptor.

3. Para los servicios de hospitalización que contrate el administrador fuera de Puerto Rico, el suscriptor tendrá derecho a utilizar **los mismos** mediante preautorización tal y como los recibe de los hospitales participantes en Puerto Rico.

4. En caso de hospitalización de emergencia fuera de los límites geográficos de Puerto Rico, en hospitales que no tengan acuerdos con el administrador, éste reembolsará al suscriptor el 100% de los gastos incurridos hasta el máximo de cargos usuales y acostumbrados del área donde fue ofrecido el servicio, previa solicitud de reembolso por parte del suscriptor. Será responsabilidad del suscriptor el someter toda la evidencia requerida por el administrador.

5. En caso de hospitalizaciones sin previa autorización del administrador fuera de los límites geográficos de Puerto Rico, que no sean de emergencia, el suscriptor sólo tendrá derecho a ser reembolsado la misma cantidad que hubiese sido reembolsada por el uso de un hospital no contratado en Puerto Rico.

6. En caso de que el paciente escoja una habitación privada, será responsabilidad del paciente el pagar la diferencia entre el 50% del "per diem" que paga el administrador al hospital y la tarifa que tenga establecida para una habitación privada. Cuando el plan de la Universidad de Puerto Rico actúe como pagador secundario en una coordinación de beneficios, la diferencia por el uso de habitación privada estará cubierta.

7. Cuando el suscriptor selecciona un médico no contratado por el administrador, el suscriptor deberá pagar por los servicios del médico y solicitar reembolso al administrador. El reembolso en este caso estará limitado a la cantidad que el administrador le hubiese pagado a un médico contratado por servicios iguales, previa solicitud de reembolso del suscriptor al administrador. Será responsabilidad del suscriptor el someter la evidencia requerida por el administrador.

8. Las condiciones que resulten de daños auto-inflingidos o a consecuencia de un intento de suicidio están cubiertas.

9. Los servicios de ambulancia aérea y marítima estarán sujetos al protocolo establecido.

CUBIERTA DE BENEFICIOS EN SALAS DE EMERGENCIA

I. En casos de emergencias por accidentes, siempre y cuando el suscriptor demande los servicios dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de haber ocurrido el accidente, estará cubierto para recibir de ser necesario, en forma ambulatoria los siguientes servicios:

- a) Uso de Sala de Emergencia
- b) Servicios usuales de enfermería
- c) Uso de Sala de Operaciones
- d) Uso de Sala de Maternidad
- e) Uso de Sala de Recuperación, de haber disponible
- f) Anestesia
- g) Pruebas de Laboratorio, sin co-pago
- h) Rayos X, sin co-pago
- i) Pruebas patológicas
- j) Todos los medicamentos que sea necesario administrar en la Sala de Emergencia
- k) Oxígeno
- l) Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones
- m) Bandejas, yeso, materiales quirúrgicos, gasas y cualquier otro material curativo, así como su aplicación.
- n) Cualquier otro servicio rutinario de Sala de Emergencia
- o) Evaluación Médica
- p) Consultas con especialistas y sub-especialistas

2. En los casos de Emergencias por Accidentes o emergencias donde esté presente una condición de trauma y el suscriptor obtenga los servicios de emergencia a que tiene derecho según el número uno (1) anterior, de parte de un proveedor no contratado por el administrador, ya sea dentro o fuera de Puerto Rico, el suscriptor tendrá derecho a ser reembolsado por la cantidad que haya pagado por dicho servicio. Será responsabilidad del

suscriptor presentar la evidencia necesaria y radicar la solicitud de reembolso al administrador.

3. En los casos de Emergencias por Condiciones Médico Agudas (que no son resultado de un accidente, pero que requieran atención médica inmediata y que de no recibir la atención la condición puede agravarse y peligrar la vida del paciente) el suscriptor estará cubierto hasta el máximo contratado por la compañía administradora por el uso de la Sala de Emergencia, bandejas, medicamentos, materiales, etc. Se incluye en esta tarifa el cargo por honorarios médicos y el deducible de \$10 que debe pagar el suscriptor. De mediar una autorización mediante el uso de servicio de "Triage" para evaluación de necesidad médica para uso de esta facilidad por parte del administrador/asegurador, el paciente no tendrá que pagar el deducible aplicable. Para el segundo año de contrato en adelante, el deducible será de \$15.00 bajo los mismos términos antes mencionados.

Si el suscriptor recibiera servicios por razón de una emergencia médico aguda mientras se encuentra fuera de los límites geográficos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, por proveedores que no tengan acuerdos con el administrador, el reembolso será el 80% de los gastos incurridos hasta el máximo de los cargos usuales y acostumbrados donde se prestó el servicio.

Cuando el administrador tenga acuerdos con el proveedor de servicios de emergencia fuera de los límites geográficos de Puerto Rico, se pagará el 100% de los gastos incurridos y el pago se hará directamente al proveedor.

BENEFICIOS DE SERVICIOS MÉDICO AMBULATORIOS

1. Consultas, tratamientos y curaciones por médicos generalistas, especialistas y sub-especialistas libremente seleccionados por el suscriptor, sin límite de visitas.
2. Servicios de Laboratorios y Rayos-X que sean ordenados por un médico.
3. Cirugía

4. Radioterapia. Quimioterapia y Cobalto.
5. Electrocardiogramas
6. Terapia física. limitado a veinte (20) tratamientos por condición. sin deducible. Se incluye el tratamiento "TENS" dentro del beneficio. Este servicio puede ser ofrecido por ortopedas. Visitas a quiroprácticos y podiatras limitadas a 15 cada uno por año por suscriptor con deducible de \$6.00.
8. Electroencefalogramas
9. Servicios de ambulancia terrestre. por orden médica. por reembolso hasta un máximo de SETENTA Y CINCO (\$75) por ocurrencia.
10. Servicios de ambulancia aérea y marítima. sujeto a preautorización de la Universidad de Puerto Rico y el administrador / asegurador.
11. Visitas rutinarias del recién nacido durante los primeros dos (2) años de vida del bebé.
12. Servicios de inmunización pediátrica y de adultos. de acuerdo con la práctica médica establecida. Pruebas intradérmicas y vacunas para alergias por orden médica sin límites.
13. Servicios pre-natales y post-natales para la empleada y la esposa del empleado sin limitaciones.
14. Servicios necesarios para el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida sin límite.
15. Pruebas de Papanicolaou (Pap Smear Test). incluyendo el Thin Prep Pap.
16. Crioterapia (para condiciones de la piel) hasta un máximo de diez (10) tratamientos por año de contrato.
17. Terapia respiratoria (hasta tres (3) por día por siete (7) días por condición por suscriptor).
18. Diálisis y Hemodiálisis estarán cubiertos dentro de los primeros treinta (30) meses de hecho el diagnóstico de insuficiencia crónica renal o hasta que el suscriptor sea elegible a recibir los servicios del Programa Federal Medicare.
19. Yeso. material y aplicación están cubiertos en la oficina del médico con un co-pago de 20%.
20. Litotripsia sin deducible. Se requiere previa autorización del administrador.
21. Tratamiento de impotencia incluyendo prótesis por recomendación médica de un urólogo. La adquisición de dicha prótesis deberá ser coordinada a través de la compañía administradora/ aseguradora.

22. Escleroterapia por recomendación médica y administrada por dermatólogo.
23. Cirugía maxilofacial producto de lesión traumática por accidente o por un tumor.
24. Terapia del habla hasta un máximo de \$600 por un año de contrato por persona cubierta.
25. Inyecciones intrarticulares por médicos debidamente cualificados, hasta un máximo de doce (12) inyecciones por año del plan por persona cubierta.
26. Examen de refracción visual por optómetras u oftalmólogos (una por persona participante por año del plan).
27. Consultas a Nutricionista o Dietista certificada limitadas a quince (15) al año por suscriptor con un reembolso máximo de \$25.00 por consulta.
28. Hasta cien dólares (\$100) anuales por espejuelos o lentes de contacto recetados. Este beneficio no aplica a los dependientes opcionales.
29. Servicios de podiatras, incluye las visitas y cirugía del pie de los procedimientos quirúrgicos por un ortopeda.
30. Procedimientos de reversión para procrear
31. Evaluación del especialista para el cuidado preventivo de la audición.
32. Monitor para medir azúcar en la sangre limitado a uno (1) al año del plan y suplido ilimitado de tirillas.

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA CUBIERTA DE BENEFICIOS DE SERVICIOS AMBULATORIOS

1. Si el suscriptor escoge los servicios de un médico no contratado por el administrador, le será reembolsado por los gastos incurridos hasta un máximo de la cantidad que le hubiese sido pagada a un médico contratado por un servicio similar. Será la responsabilidad del suscriptor el solicitar reembolso al administrador y proveer toda la evidencia que éste requiera.
2. Los deducibles aplican tanto a servicios por proveedores contratados como a los proveedores no contratados.
3. Las condiciones que resulten de daños auto-infligidos como consecuencia de un intento de suicidio están cubiertas.

BENEFICIOS PARA CONDICIONES MENTALES

1. Servicios de hospitalización de acuerdo a necesidad médica. Se dispone que un (1) día de hospitalización será equivalente a tres (3) días de hospitalización parcial.
2. Servicios de psiquiatras o psicólogos de acuerdo a necesidad médica y sin deducible.
3. Pruebas de diagnósticos de laboratorio y rayos x.
4. Terapia de electrochoque, sujeto a necesidad médica.
5. Visitas y servicios por trastornos relacionados al uso de sustancias.
6. Le aplican los co-aseguros y deducibles de la cubierta básica, excepto para las visitas a los psiquiatra o psicólogos.

PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO

La Universidad requerirá de los licitadores modelos de programas de ayuda al empleado (PAE) como parte del montaje administrativo y de apoyo para la prestación de estos servicios. El ofrecimiento a la población elegible será de forma voluntaria y libre.

BENEFICIOS DE MATERNIDAD

1. Hospitalización en casos de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo.
2. Alumbamiento normal o quirúrgico.
3. Servicios pre-natales y post-natales. El suscriptor pagará un deducible de \$6 por visita.
4. Atención del recién nacido en el "nursery" del hospital mientras la madre esté hospitalizada, incluyendo circuncisión. Una vez la madre sea dada de alta, el recién nacido tiene cubierta como un dependiente directo incluido en el contrato del suscriptor, conforme haber cumplido con la cláusula de elegibilidad.
5. Servicios de monitoria fetal en hospitales asociados que dispongan de dicho equipo.
6. Inyección Rhogam sin deducible.
7. Prueba "Biophysical Profile"

Le aplican los deducibles y co-aseguros de la cubierta básica.

BENEFICIOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Los procedimientos descritos a continuación estarán cubiertos tanto en forma ambulatoria, como cuando el suscriptor se encuentre hospitalizado; siempre y cuando las mismas sean ordenadas por el médico que atiende al suscriptor, sujeto a las condiciones y limitaciones indicadas.

1. Pruebas de Laboratorio y Rayos X que sean ordenadas por el médico con 20% de co-pago. Cuando el paciente está hospitalizado o los servicios son ofrecidos en una sala de emergencia, los laboratorios y rayos-x no están sujetos al co-pago.

2. Las siguientes pruebas diagnósticas especializadas estarán cubiertas con un co-pago de un 20% de la tarifa aplicable a cada prueba, sujeto a las limitaciones indicadas.

- a) Pruebas de Ultrasonido (Sonogramas), incluyendo sonogramas prostáticos y transvaginales. Limitado a dos (2) pruebas de cada uno por año de contrato por región anatómica por suscriptor. De requerir más de dos (2), será necesario solicitar pre-autorización de la compañía administradora.

- b) Tomografía Computarizada, sujeta a pre-autorización del administrador. Limitado a una (1) por año de contrato por suscriptor por región anatómica. De requerir más de una (1) se cubrirá a través de Major Medical y será necesario solicitar pre-autorización de la compañía administradora.

- c) Pruebas de Medicina Nuclear (Scans), sujeto a pre-autorización. Limitado a una (1) por año de contrato por suscriptor por región anatómica. De requerir más de una (1) se cubrirá a través de Major Medical y será necesario solicitar pre-autorización de la compañía administradora.

- d) Holter Test y Doppler. Limitado a uno (1) de cada uno por año de contrato por suscriptor.

- e) Stress Test. Limitado a uno (1) por año de contrato por suscriptor.

- f) Ecocardiograma y Electromiogramas. Limitado a uno (1) de cada uno por año de contrato por suscriptor.

- (g) Endoscopias. Limitado a uno (1) de cada uno por año de contrato por suscriptor.
- (h) Cateterismo Cardíaco. Limitado a uno (1) por año de contrato por suscriptor.
- (i) Colonoscopias y segmoidoscopias flexibles. Limitado a una (1) de cada una por año de contrato por suscriptor.
- (j) Pruebas SPEC (Single Photon Emission Computerized Tomography) y Resonancia Magnética (MRI & MRA). Limitado a una (1) de cada una por año de contrato por suscriptor por región anatómica sujeto a preautorización por el administrador / asegurador. De requerir más de una (1) se cubrirá por Mayor Medical y será necesario solicitar pre-autorización de la compañía administradora.
- (k) Pruebas CA-125.
- (l) Estudios manométricos esofagástricos.
- (m) Estudios periféricos, cerebro y vasculares invasivos y no invasivos.
- (n) Tintes de contraste antialérgicos.

3. Estudios patológicos.

- 4. Otras pruebas diagnósticas no experimentales, ordenadas por el médico, estarán cubiertas sin co-pago, siempre y cuando no estén expresamente excluidas en estas especificaciones.

BENEFICIOS DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR

Se proveerán los siguientes servicios, a través de proveedores contratados por el Administrador, cuando los mismos son necesarios para el tratamiento del paciente, son ordenados por el médico del paciente y representan una alternativa menos costosa que el tratamiento del paciente en el hospital:

- Servicios de enfermera visitante ordenados por un médico y pre-autorizados por el Administrador sin límite
- Servicios de alimentación enteral y parenteral
- Servicios de quimioterapia en el hogar o en la oficina del médico
- Servicios de antibióticoterapia

- Servicios de terapia física y control del dolor
- Otros servicios cubiertos por el plan, incluyendo servicios de terapia física y terapia respiratoria

REEMBOLSO PARA SERVICIOS NO HOSPITALARIOS FUERA DE PUERTO RICO Y ESTADOS UNIDOS

1. Servicios recibidos de proveedores no participantes fuera del área geográfica de Puerto Rico y Estados Unidos se honrarán a base de los honorarios establecidos para proveedores participantes.

EXCLUSIONES A LA CUBIERTA BÁSICA

1. Servicios prestados mientras la cubierta del suscriptor no estaba vigente.
2. Servicios que el suscriptor tenga derecho a recibir y/o que resulten de enfermedades o lesiones cubiertas por:

- * Título XVIII de la Ley Federal de Seguro Social (Medicare)
- * Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA)
- * Corporación del Fondo del Seguro del Estado
- * Cualquier otro administrador/asegurador o parte que tenga responsabilidad primaria (other party liability)

3. Servicios que sean recibidos de forma gratuita.
4. Hospitalizaciones para servicios que puedan ser prestados de forma ambulatoria.
5. La admisión de pacientes con fines puramente de diagnóstico.
6. Gastos por servicios y/o materiales para comodidad personal, tales como teléfono, televisión, "Kit" de admisión, etc.
7. Acupuntura y su administración.
8. Servicios prestados por el cónyuge, hermanos, padres o hijos del suscriptor. No aplica a servicios prestados por otros y referidos de éstos.
9. Transplantes de órganos.
10. Servicios de Asistentes Quirúrgicos.

11. Laboratorios que requieren inoculación animal.
12. Laboratorios que requieren ser procesados fuera de Puerto Rico.
13. Hospitalizaciones para realizar procedimientos que puedan ser practicados de forma ambulatoria.
14. Aparatos y/o medicamentos anticonceptivos, así como su inserción, remoción o administración y sus complicaciones.
15. Servicios, procedimientos y/o tratamientos con el propósito de controlar el peso (obesidad o aumentar de peso) para propósitos estéticos.
16. Musicoterapia.
17. Los servicios de medicina deportiva que pueda prestar un especialista en ese campo para curar una condición cubierta están incluidos. Servicios a personas sanas con el propósito de mejorar sus habilidades atléticas o deportivas están expresamente excluidos.
18. Cirugía plástica y operaciones cosméticas con fines de embellecimiento (estéticos) y tratamientos o servicios para corregir defectos de apariencia están excluidas, excepto por condiciones ocurridas después que el suscriptor tenga cubierta por el plan de la Universidad y que impidan al paciente el desarrollo de una vida normal, previa certificación del administrador.
19. Pruebas de diagnósticos y/o tratamientos ordenados y/o efectuados por naturópatas, naturistas, y osteópatas.
20. Exámenes físicos para licencias o certificados de salud.
21. Servicios dentales, cirugías orales y tratamientos para condiciones de la articulación temporomandibular (TMJ).
22. Mamoplastia.
23. Uso de monitor fetal de forma ambulatoria.
24. Pruebas de amniocentesis.
25. Pruebas de embarazo que no sean ordenadas por el médico.
26. Esterilizaciones, independientemente de si existe o no necesidad y/o justificación médica.
27. Servicios, tratamientos y hospitalizaciones que surjan de un aborto inducido, no terapéutico ni sus complicaciones.

28. Servicios que no son razonables ni requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica o servicios que se provean en exceso de los requeridos normalmente para el diagnóstico, prevención, tratamiento de una enfermedad, lesión o disfunción del sistema orgánico o condición de embarazo.
29. Cirugía de acné.
30. Liposucción.
31. Procedimientos nuevos y/o experimentales que no hayan sido aprobados para inclusión en la cubierta del plan médico por el administrador del plan.
32. Tratamientos de enfermedades que los hospitales asociados de acuerdo a sus reglamentos no puedan aceptar.
33. Servicios suministrados por el Gobierno Federal.
34. Servicios prestados u ordenados por iridiólogos.
35. Keloídes y reparación de Keloídes, si es con fines cosméticos.
36. Gastos de medicinas naturales.
37. Medicinas suministradas en forma ambulatoria.
38. Estudios genéticos.
39. Gastos por equipo o aparatos utilizados para fines de diagnóstico como equipo para tomar presión arterial y otros.
40. Hospicio, cuidado custodial, cuidado de descanso o convalecencia o cualquier otro tipo de cuidado, una vez la enfermedad esté controlada en los casos terminales o irreversibles.
41. Viajes aun cuando sean ordenados por el médico como necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión.
42. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina, excepto nutricionistas, y terapistas en general.
43. Gastos que surjan por tratamientos, condiciones y procedimientos excluidos ni sus complicaciones.
44. No se cubren gastos ocasionados por trasplantes de órganos y tejidos (corazón, corazón pulmon, hígado, riñón, páncreas, médula ósea, incluyendo autólogos y córneas). Se excluyen además aquellas hospitalizaciones y/o complicaciones que resulten de estos procedimientos. Están cubiertos los trasplantes de piel y hueso, pero se excluyen los

gastos incurridos en la obtención y transportación de materiales necesarios para estos

transplantes.

45. El tratamiento para el SIDA se limita a servicios prestados en Puerto Rico, excepto que se requiere previa autorización del administrador si el tratamiento a recibirse es fuera de Puerto Rico.

46. Servicios en facilidades de "Multiphasic screening".

47. Servicios de enfermeras especiales, excepto aquellas necesarias para proveer los servicios cubiertos bajo la Cubierta de Beneficios de Cuidado de Salud en el Hogar, sin límites.

48. Queratoplastia refractiva, queratotomía radial y la fotorefractoria (con rayos láser) y cirugía lamelar.

49. Aparatos ortopédicos, prótesis (excepto del seno y por motivo de cirugía reconstructiva), marcapasos, válvulas y otros instrumentos, aparatos o dispositivos artificiales.

MAJOR MEDICAL

Esta cubierta está diseñada con el propósito de ampliar los beneficios de la Cubierta Básica. Todos los beneficios de esta cubierta serán en base de reembolso al suscriptor, por lo que éste deberá pagar por los servicios obtenidos para luego solicitar reembolso de acuerdo a los requisitos del Administrador. Sólo serán reembolsables los gastos incurridos por servicios que hayan sido rendidos por un médico o por orden de un médico o dentista legalmente autorizado a ejercer la práctica de su profesión y a prescribir los tratamientos y medicamentos ordenados. Todos los reembolsos estarán sujetos a los términos y condiciones establecidos. El pago por los servicios cubiertos estará basado en los cargos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) en el área donde se presten tales servicios y al gasto actual incurrido por el suscriptor, el que sea menor. Si no es posible conseguir una lista UCR para el área específica, el gasto incurrido constituirá la base para el cargo aceptado el cual estará sujeto al deducible y/o co-pago correspondiente. El monto total del deducible requerido por contrato de suscripción por el Major Medical deberá ser satisfecho en su totalidad antes de recibir beneficios bajo esta cubierta.

Se reembolsará el 80% de los cargos usuales y acostumbrados para los servicios cubiertos, después de haber acumulado \$100 por participante por año del plan. En el contrato familiar el deducible se aplicará sólo tres veces, o sea \$300 por año del plan. Luego de que el suscriptor en contrato individual acumule en reembolsos la cantidad de \$2,600 y de \$2,800 en contratos familiares por concepto de gastos médicos cubiertos durante el año del plan se reembolsará el 100% de los cargos aceptados en que incurra el suscriptor. El beneficio máximo de Mayor Medical por vida por suscriptor será de \$500,000 dólares.

BENEFICIOS CUBIERTOS

1. Gastos por servicios profesionales de médicos cirujanos no participantes.
2. Gastos por habitación privada hasta un máximo de VEINTICINCO DÓLARES (\$25.00) diarios. A este beneficio no aplica el 20% de co-seguro.
3. Gastos de ambulancia terrestre y ambulancia marítima, esta última limitada de las Islas de Vieques, Culebra y Mona, hacia y desde Puerto Rico.
4. Terapia Física sin límite. Vasoterapia. Linfedema y Terapia Vac sin límites sujeta a pre autorización.
5. Drogas y Medicinas, conforme a la cubierta de medicinas en farmacia descrita.
6. Exámenes de Rayos X. Laboratorios Clínicos y Patológicos.
7. Anestesia, oxígeno y su administración.
8. Alquiler de pulmón de hierro (ventilador) y cualquier otro equipo médico.
9. Prótesis (extremidades, ojos, marcapasos, válvulas, etc.) sin incluir su reemplazo y que los mismos sean para aliviar condiciones surgidas posterior a la fecha de la cubierta.
10. Aparatos ortopédicos, sin incluir su reemplazo. Zapatos correctivos no incluidos.
11. Enfermeras especiales hasta MIL DÓLARES (\$1,000) por año de contrato. La solicitud de reembolso deberá estar acompañada de una certificación médica donde se establezca la necesidad del servicio. El recibo debe indicar el número de licencia de la enfermera, el detalle del horario y fechas del servicio.
12. Terapia respiratoria.
13. Circuncisión y dilatación.

14. Colonoscopías.
15. Gastos de monitoría fetal.
16. Tomografía computarizada, requiere pre-autorización.
17. Sonogramas.
18. Laboratorios que requieren inoculación animal y/o ser enviados fuera de Puerto Rico.
19. Medicina Nuclear.
20. Laboratorios y pruebas cardiovasculares invasivas y no invasivas.
21. Pruebas de resonancia magnética. (requiere pre-autorización).
22. Encefalogramas, electroencefalogramas, ecocardiogramas y electromiogramas.
23. Endoscopías.
24. Asistente Quirúrgico.
25. Servicios prestados u ordenados por especialistas en medicina deportiva, disponiéndose que se cubren los servicios de especialistas en medicina deportiva cuando su propósito es tratar una condición cubierta. Se excluye expresamente si el servicio es para personas sanas cuyo propósito es mejorar sus habilidades atléticas o deportivas.
26. Pruebas diagnósticas especializadas en exceso a las incluidas en la cubierta básica.
27. Terapia del habla hasta el máximo establecido en la cubierta básica.
28. Mamoplastias terapéuticas con pre-autorización (en conformidad con guías médicamente aceptadas). Expresamente se excluye la mamoplastia con fines cosméticos y de embellecimiento.
29. Trasplantes de órganos y tratamientos relacionados, incluyendo los de médula ósea, corazón, pulmón, corazón-pulmón, hígado, riñón y páncreas-riñón, incluyendo la obtención de los órganos, cuidado previo y posterior al trasplante, así como las drogas inmunodepresivas o antirrechazo. Estos beneficios deben ser comprensivos y considerar los gastos de transportación, alojamiento y otras condiciones sociales que puedan ser necesarias. Este beneficio, así como cualquier gasto relacionado para la obtención del mismo, está sujeto a pre-autorización del Administrador.
30. Esterilización voluntaria para el empleado o su cónyuge (uno sólo por contrato).
31. Lentes intraoculares.

32. Servicio de ortodoncia hasta un beneficio máximo de MIL DÓLARES (\$1,000) pagado al suscriptor, por vida por suscriptor menor de 19 años.
33. Extracciones de cordales y dientes impactados, cuando requieren hospitalización, incluyendo la anestesia y la estadía, que estarán cubiertas bajo los términos de los beneficios correspondientes en la cubierta básica. Los casos que no requieren hospitalización, estarán cubiertos por la cubierta de beneficios dentales.
34. Pruebas de amniocentesis.
35. Cuidado en casas de salud o casas de convalecencia por periodos no mayores de sesenta (60) días por año de contrato por suscriptor.
36. Tratamiento de impotencia incluyendo prótesis por recomendación médica de un urólogo, conforme lo dispuesto bajo la cubierta básica.
37. Estudios manométricos esofagásticos.
38. Estudios peritéricos, cerebro y vasculares invasivos y no invasivos.
39. Inyecciones intra-articulares.
40. Tintes de contraste anti-alérgicos.
41. Prueba diagnóstica de polisomnografía.
42. Alquiler o compra de equipo médico duradero para asistir a los suscriptores que presenten condiciones crónicas, de carácter permanente o prolongada, en cuyo caso la necesidad del equipo debe haber estado presente por más de un año. El administrador del plan deberá circunscribirse a las normas y/o política que la Universidad de Puerto Rico desarrolle para administrar el alquiler o compra de estos equipos. Se dispone que los criterios del programa Federal Medicare vigentes constituirán la base para el establecimiento de las políticas para el alquiler y/o compra de equipo médico duradero.

Cubierta de Transplante de Órganos y Médula Ósea

El transplante es un procedimiento o serie de procedimientos por el (los) cual (cuales) un órgano o tejido es removido del cuerpo de una persona llamada donante e implantada en el cuerpo de la misma persona.

El beneficio máximo es de dos millones (\$2,000,000) por vida por suscriptor y esta cubierto al 100% cuando los servicios se presten a través de proveedores participantes de la red exclusiva de centros de trasplante. Este beneficio requiere preautorización del administrador del plan y está disponible para todo empleado activo y su núcleo familiar elegible, menores de sesenta y cinco (65) años.

Transplantes de Órganos Cubiertos

Corazón, corazón - pulmón, pulmón (unilateral y bilateral), hígado, páncreas, riñón, páncreas - riñón, e intestino delgado.

Servicios Cubiertos

1. Período de beneficio: Comienza diez (10) días antes del procedimiento de trasplante hasta doce (12) meses después de la fecha de cirugía.
2. Al recipiente se le cubrirán los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluye el cuidado previo a la cirugía, el cuidado post - cirugía y las drogas inmunosupresoras.
3. Gastos del donante por cirugía, almacenaje y transporte, directamente relacionadas con los órganos a utilizarse en el procedimiento. Estarán cubiertos hasta un máximo de veinte mil (\$20,000) dólares por cada procedimiento.
4. Gastos por transporte desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente adulto y un acompañante. Si el paciente es menor de edad, se cubrirán los gastos de transporte para dos (2) acompañantes (padres o personas que tengan la custodia legal del paciente).
5. Gastos por comida y alojamiento, se cubrirán hasta un máximo de cien (\$100) dólares diarios por persona. El límite establecido por comidas y alojamiento es de cinco mil (\$5,000) dólares.
6. La obtención del órgano está sujeta a los siguientes máximos, irrespectivo a que sea en o fuera de la red de proveedores participantes:

- Corazón \$100,000
- Corazón - Pulmón \$125,000

Transplante de Médula Ósea

Se cubrirán transplantes alogénitos y autólogos, siempre que estén indicados en las siguientes condiciones y enfermedades: leucemia, ciertos linfomas, algunas enfermedades de la sangre, ciertas enfermedades congénitas y tumores, incluye los cancerosos.

Servicios Cubiertos

1. Período del beneficio: Comienza diez (10) días antes del procedimiento de transplante hasta doce (12) meses después de la fecha de cirugía.
2. Donación y almacenaje de la médula ósea.
3. Tratamiento de quimioterapia o radiación antes de efectuarse el transplante.
4. Gastos del donante por cirugía, almacenaje y transporte, directamente relacionadas con los órganos a utilizarse en el procedimiento. Estarán cubiertos hasta un máximo de veinte mil (\$20,000) dólares por cada procedimiento.
5. Gastos de transporte desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente adulto y un acompañante. Si el paciente es menor de edad, se cubrirán los gastos de transporte para dos (2) acompañantes (padres o personas que tengan la custodia legal del paciente).
6. Gastos por comida y alojamiento, se cubrirán hasta un máximo de cien (\$100) dólares diarios por persona. El límite establecido por comidas y alojamiento es de cinco mil (\$5,000) dólares.
7. Médula ósea o transplante periferal de *stem cell*.
8. La obtención del órgano está sujeta a los siguientes máximos, irrespectivo a que sea en o fuera de la red de proveedores participantes.

○ Pulmón	\$75,000
○ Páncreas – Riñón	\$50,000
○ Páncreas	\$50,000
○ Hígado	\$100,000
○ Intestino delgado	\$35,000

Servicio de Proveedores no Participantes

El suscriptor será responsable de un 30% de coaseguro cuando utilice proveedores no participantes de la red exclusiva de centros de trasplante, sujeto a los siguientes máximos:

Corazón	250.000 por procedimiento
Corazón – Pulmón	250.000 por procedimiento
Pulmón	150.000 por procedimiento
Páncreas – Riñón	200.000 por procedimiento
Páncreas	150.000 por procedimiento
Hígado	250.000 por procedimiento
Intestino delgado	80.000 por procedimiento
Médula ósea alogeneica	250.000 por procedimiento
Médula ósea autóloga	250.000 por procedimiento

Exclusiones de Trasplante de Organos y Medula Ósea

1. Enfermedades, condiciones o trasplantes que resulten de cualquier infección por motivo del virus (T- Cell) de Inmuno deficiencia humana (ej: SIDA).
2. Servicios cuya responsabilidad primaria es de Medicare.
3. Trasplantes que estén en etapa experimental o investigativa que no sean de efectividad médica comprobada.
4. Esta cubierta no aplica a dependientes opcionales.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA MAJOR MEDICAL

1. Enfermedades o lesiones que nacen de, o resulten del empleado, cuidado recibido sin costo bajo las leyes de los Estados Unidos o Puerto Rico y sus subdivisiones políticas o cuidado rendido por la Administración de Veteranos; enfermedades o lesiones que resulten de guerras; gastos médicos cubiertos en la cantidad que esté cubierta o estaría cubierta por el Título XVIII de la Ley de Seguro Social; servicios o beneficios bajo otros contratos básicos; accidentes de automóviles cubiertos por ACA.A.

2. Cirugía cosmética o dental, excepto cuando sea necesario debido a un accidente que ocurra mientras el suscriptor sea miembro del plan.
3. Espejuelos, ni exámenes para su medida o ajuste (excepto lo dispuesto en el plan de salud visual).
4. Aparatos auditivos (hearing aids).
5. Cargos por el cuidado, tratamiento, servicios o materiales que no estén ordenados por el médico como necesarios para el tratamiento de la enfermedad o lesión.
6. Viajes, aún cuando sean ordenados por el médico, cuidado custodial, o cuidado de descanso (rest cures), excepto en casos de trasplantes de órganos.
7. Exámenes físicos de rutina para licencias o certificados.
8. Servicios personales.
9. Servicios, tratamientos u hospitalizaciones que surjan de abortos no terapéuticos (aborto provocado) ni sus complicaciones.
10. Servicios de medicina preventiva o rehabilitativa que no estén expresamente incluidos.
11. Servicios dentales, excepto los expresamente cubiertos.
12. Servicios en etapa experimental o procedimientos nuevos y/o experimentales que no hayan sido aprobados por el administrador para ser incluidos en la cubierta del plan médico.
13. Se requiere pre-autorización para los procedimientos en los cuales se establece este requisito en la cubierta básica.
14. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina.
15. Servicios de Naturópatas y doctores en Naturopatía.
16. Los deducibles y co-aseguros de las cubiertas básicas y opcionales.
17. Liposucción.
18. El tratamiento del SIDA solamente se cubre en el área geográfica de Puerto Rico, excepto que se requiere previa autorización del administrador si el tratamiento a recibirse es fuera de Puerto Rico.
19. Cargos por hospitalizaciones, procedimientos, tratamientos y condiciones no cubiertas y sus complicaciones.
20. Trasplante de córnea.

21. Se cubre los trasplantes de piel y hueso, pero se excluyen los gastos incurridos en la obtención y transportación de los materiales necesarios para estos servicios.
22. Queratoplastia refractiva, queratotomy radial, fotorefractoria (con rayos láser) y cirugía lamelar.
23. Las pruebas genéticas estarán excluidas, excepto las pruebas Maternal Serum Alfa Feto Protein y aquellas otras que sean indicadas para el diagnóstico de posibles anomalías en el feto de una suscriptora embarazada cuando el administrador del plan determina que el caso presenta condiciones de riesgo que justifiquen la necesidad médica de dicha prueba(s).
24. Alguna enfermedad mental no clasificada en la última edición publicada del "International Classification of Diseases of the U.S. Department of Health and Human Services".

CUBIERTA OPCIONAL

Los empleados de la Universidad de Puerto Rico podrán seleccionar cubierta dental de manera opcional dentro del ofrecimiento. La cubierta de beneficios descrita a continuación podrá ser seleccionada por los empleados elegibles a su discreción.

CUBIERTA DE BENEFICIOS DENTALES

Los suscriptores acogidos al Plan Dental tendrán derecho a recibir los siguientes servicios:
FASE DIAGNOSTICA – (SIN CO-ASEGURO)

1. Examen inicial para establecer plan de tratamientos y discusión de problemas de salud oral diagnosticados por el dentista.
2. Examen periódico para reevaluar la cavidad oral, posterior al examen inicial cada 6 meses.
3. Examen de emergencia como resultado de una condición dental aguda. Evaluación oral limitada o enfocada a un problema en específico.

CÓDIGO DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

I	DIAGNÓSTICO 100%	
	D0150	Inicial
	D0120	Periódico
	D0140	Emergencia
	D0180	Periodontal comprensivo
II	RADIOGRAFÍAS 100%	
	D0210	Radiografías de la boca completa
	D0220	(Incluye radiografías de mordida)
	D0230	Primera radiografía periapical – Una radiografía simple de área.
	D0272	Radiografías adicionales hasta (4) para completar el diagnóstico o el tratamiento.
	D0274	Radiografía de mordidas (2)
	D0330	Radiografía de mordidas (4) Panorámicas
III	SERVICIOS PREVENTIVOS (Sin Co-aseguro)	
	D1110	Profilaxis adultos
	D1120	Profilaxis niños
	D1203	Aplicación de fluoruro para niños (hasta los 19 años)
	D1351	Sellantes - por diente pre molares y molares
IV	MANTENEDORES DE ESPACIO- 30% de co-aseguro	
	D1510	Mantenedores de Espacio - fijo unilateral
	D1515	Mantenedores de Espacio - fijo bilateral
	D1520	Mantenedores de Espacio - removible unilateral
	D1525	Mantenedores de Espacio - removible bilateral
	D1550	Receimientación de mantenedor de espacio

V RESTAURACIONES – (Sin Co-aseguro)

Amalgamas:

D2110	Amalgama – una (1) superficie, primario
D2120	Amalgama – dos (2) superficies, primario
D2130	Amalgama – tres (3) superficies, primarias
D2131	Amalgama – cuatro (4) superficies, primarias
D2140	Amalgama - una superficie, permanente o decíduo
D2150	Amalgama - dos superficies, permanente o decíduo
D2160	Amalgama - tres superficies, permanente o decíduo
D2161	Amalgama - cuatro superficies, permanente o decíduo

Resinas Compuestas:

D2330	Resina - una superficie, anterior
D2331	Resina - dos superficies, anterior
D2332	Resina - tres superficies, anterior
D2335	Resina - cuatro o más superficies o incluyendo ángulo incisal (anterior)

VI

CORONAS – (30% Co-aseguro)

D2910	Recementación de incrustaciones intracoronales
D2920	Recementación de corona
D2980	Reparación de corona, por informe

VII

ENDODONCIA (30% Co-aseguro)

D3110	Tratamiento de pulpa-directo (excluyendo restauración final)
D3220	Pulpotomía vital (excluyendo restauración final)
D3221	Abertura drenaje pulpal (solamente si el beneficiario no completa el tratamiento de canal)
D3230	Terapia pulpal anterior primaria
D3310	Tratamiento de canal anterior (sin restauración final)
D3320	Tratamiento de canal - bicuspside (sin restauración final)

D3330	Tratamiento de canal - Molar (sin restauración final)
D3351	Apexificación - visita inicial
D3352	Apexificación - reemplazo de medicación interna
D3353	Apexificación - visita final
D3410	Apicectomía/ Por diente – anterior (primera raíz)
D3421	Apicectomía/ cirugía periradicular
D3430	Relleno Retrogrado
D3450	Resección de la raíz
D3920	Hemisección

VIII

PERIODONCIA – (50% Co-aseguro)

D4220	Curetaje quirúrgico por cuadrante, por informe
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia cuatro o más dientes contiguos
D4240	“Gingival Flap” incluyendo “ Root Planning” por cuadrante
D4260	Cirugía ósea por cuadrante incluyendo colgajo y cierre
D4263	Reemplazo de hueso-sencillo (incluye colgajo y cierre)
D4264	Reemplazo de hueso-múltiple (incluye colgajo y cierre)
D4265	Reemplazo de hueso-no autogeno (incluye colgajo y cierre)
D4266	Regeneración guía barrera reabsorrible
D4341	Alisado redicular y curetaje por cuadrante
D4910	Visita de seguimiento posterior a tratamiento periodontal

IX

RESTAURATIVA MAYOR - (50% Co-aseguro)

D2542	Onlay –metálico-dos superficies
D2543	Onlay-metálico-tres superficies
D2544	Onlay-metálico-cuatro superficies
D2642	Onlay porcelana/cerámica-dos superficies
D2643	Onlay porcelana/cerámica-tres superficies
D2644	Onlay porcelana-cerámica-cuatro o más superficies
D2740	Corona en porcelana

D2750	Corona porcelana metal semi-precioso
D2752	Corona porcelana fundida en metal noble
D2780	Corona $\frac{3}{4}$ metal noble
D2783	Corona $\frac{3}{4}$ porcelana
D2790	Corona completa oro
D2792	Corona en metal altamente noble
D2950	Restauración base para corona
D2952	Poste y muñón colado
D2954	Poste prefabricado

X

PROSTODONCIA - (30% Co-aseguro)

D5610	Reparación de dentadura completa o parcial sin ningún diente dañado.
D5620	Reparación de la dentadura completa o parcial reemplazando un diente roto.
D5630	Reemplazar diente adicional
D5640	Reemplazar diente roto en la dentadura sin otras reparaciones (el primer diente).

XI

PROTESIS REMOVIBLE - (50% Co-aseguro)

D5110	Dentadura completa maxilar
D5120	Dentadura completa mandibular
D5130	Dentadura completa inmediata maxilar
D5140	Dentadura completa inmediata mandibular

XII

PARCIAL REMOVIBLES - (50% Co-aseguro)

D5211	Superior en acrílico sin ganchos
D5212	Inferior en acrílico sin ganchos
D5213	Dentadura Parcial Maxilar
D5214	Dentadura Parcial Mandibular

XII

PROTESIS FIJA – (30% Co-aseguro)

D6210	Póntico (metal altamente noble)
D6211	Póntico (predominantemente metal base)
D6240	Póntico (Porcelana fundido a oro)
D6241	Póntico (Porcelana fundido a metal no precioso)
D6242	Póntico (Porcelana fundido a metal semi - precioso)
D6750	Corona (Porcelana fundido a oro)
D6751	Corona (Porcelana fundido a metal)
D6752	Corona (Porcelana fundida a metal semi-precioso)
D6780	Corona $\frac{3}{4}$ oro
D6783	Corona $\frac{3}{4}$ porcelana
D6790	Corona (Completa en oro)
D6930	Recementación de puente

XIV

EXTRACCIONES SENCILLAS (Sin Co-aseguro)

D7110	Diente sencillo
D7120	Diente adicional
D7130	Remoción de raíz - expuesta
D7111	Remoción de residuos coronales de diente decíduo
D7140	Extracción diente erupcionado o raíz expuesta
D7210	Remoción quirúrgica de diente erupcionado
D7220	Extracción de diente impactado – tejido blando
D7230	Extracción de diente impactado - parcialmente
D7240	Extracción de diente impactado completamente en hueso
D7241	Extracción de diente completamente impactado – En hueso con complicaciones quirúrgicas no usuales
D7260	Fistula oroantral (cierre)
D7286	Biopsia de tejido blando
D7290	Reposición quirúrgica de un diente
D7310	Alveoloplastia combinada con extracción - por cuadrante

D7320	Alveoloplastia sin extracciones por cuadrante
D7340	Vestibuloplastia – (ridge extension)
D7350	Vestibuloplastia – (ridge extension – including soft tissue graft)
D7470	Extracción de exostosis – maxilar o mandibular
D7471	Remoción de exostosis lateral mandibular- maxilar o mandibular
D7510	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intraoral
D7960	Frenulectomía
D7970	Excisión de tejido hiperplástico - por arco
D7971	Excisión o pericoronar

XV

BENEFICIOS ESPECIALES

TRATAMIENTO PALIATIVO O DE EMERGENCIA (Sin Coaseguro)	
D2940	Cavidades profundas, excavadas y tratadas con ZOE, etc.
D9110	Hipermia causada por accidentes traumáticos o mordidas-ajuste oclusal menor, Pericoronitis, absceso periodontal, incisiones, úlceras, quemaduras, etc.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DENTAL

1. Cargos o servicios que resultan de accidentes o enfermedades cubiertos o relacionados con la Ley de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y aquellos otros que, de acuerdo a las leyes de Puerto Rico y Estados Unidos, el suscriptor tenga derecho a recibir sin costo alguno para él o ella.
2. Servicios relacionados con procedimientos cosméticos y/o condiciones congénitas
3. Servicios efectuados con anterioridad a la fecha del contrato
4. Cargos por servicios relacionados con la coyuntura temporomandibular (TMJ)
5. Reclamaciones sometidas al administrador con más de seis (6) meses de terminado el tratamiento
6. Ortodoncia (refiérase a la cubierta de Major Medical)
7. Prótesis

8. Procedimientos experimentales
9. Todo cargo de hospitales, anestesia y los honorarios adicionales del dentista relacionados con los tratamientos en el hospital
10. Injertos a los tejidos orales con tejidos de otras partes del cuerpo
11. Tratamiento hecho por otras personas que no sean dentistas autorizados
12. Reparación o reemplazo de un mantenedor de espacio que haya sido perdido o robado
13. Tratamientos de implantes
14. Cualquier tratamiento para corregir mordida u oclusión
15. Cualquier tratamiento que surja por la pérdida de estructura del diente por atrición o abrasión
16. Si se utilizan los servicios de un dentista no participante el administrador/asegurador pagará a base de reembolso, de acuerdo a la tarifa para un proveedor dentista participante
17. Todo procedimiento o servicio dental no expresamente excluido en esta sección estará cubierto, sujeto a aprobación de la Universidad de Puerto Rico y el administrador/asegurador en conjunto

CUBIERTA DE MEDICINAS EN FARMACIA

Los beneficios provistos bajo este plan se ofrecen en farmacias contratadas por el administrador del plan para los suscriptores de la Universidad.

Se cubrirán aquellos medicamentos que por ley federal se requiera que su etiqueta indique la frase: "CAUTION: FEDERAL LAW PROHIBITS DISPENSING WITHOUT PRESCRIPTION" así como la insulina cuando sean ordenados por un médico-cirujano o cirujano dentista legalmente autorizado a la práctica de su profesión y a recetar el tipo de medicamento prescrito. También se cubren vacunas hipotálérgicas, drogas y vacunas para el Factor RH.

Deducibles

\$0.00 por medicamento bioequivalente como primera opción mandatoria

\$5.00 de deducible por medicamento de marca

Si el suscriptor selecciona el medicamento de marca cuando exista el medicamento bioequivalente, pagará el deducible correspondiente más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y del bioequivalente.

A partir del segundo año de contrato en adelante, el deducible de medicamentos de marca será de \$6.00.

Despacho

- La cantidad de medicinas despachadas conforme a una receta original estará limitada a un abastecimiento de treinta (30) días consecutivos.
- Medicamentos de mantenimiento a través del servicio de correo voluntario, estará limitado a un abastecimiento de noventa (90) días consecutivos.
- Aplicarán los deducibles cero (\$) por medicamento bioequivalente y cinco (\$) por medicamento de marca en el primer año, y a partir del segundo año será cero (\$) por medicamento bioequivalente y seis (\$) por medicamento de marca.
- Los siguientes productos estarán limitados a cien (100) unidades (tabletas o cápsulas) por cada receta:

- Productos de tiroides
- Preparaciones de nitroglicerina
- Medicamentos para condiciones cardíacas
- Diuréticos
- Preparaciones de digital
- Anticonvulsivos
- Medicamentos para diabetes
- Hipotensores
- Medicamentos para enfermedad de Parkinson
- Prostigmin
- Mestinon
- Medicamentos para problemas de impotencia (limitado a seis (6) pastillas al mes)
- Vacunas preventivas para adultos, sin limitación
- Hormonas para crecimiento, sujeto a preautorización

Limitaciones de la Cubierta de Medicamentos

1. Las medicinas no podrán ser despachadas ni repetidas después de haber transcurrido seis (6) meses desde la fecha original de la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de productos o sustancias farmacéuticas. Para la repetición de un medicamento es necesario que el médico así lo indique en la receta original.
2. Se cubren los productos utilizados con fines de diagnóstico, que tengan leyenda federal.
3. Se cubren por reembolso los medicamentos despachados fuera del área geográfica de Puerto Rico o Estados Unidos al 100% con la aplicación del deducible correspondiente, siempre y cuando se presente el recibo oficial de la farmacia y se cumpla con los requisitos de reembolso.

Exclusiones de la Cubierta de Medicamentos

1. Todas las medicinas para las cuales no se requiera prescripción médica a tenor con las leyes federales, medicinas sobre el mostrador (over the counter).
2. Cualquier medicina cubierta o consumida en el lugar que se prescriba u ordene.
3. Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de la ley.
4. Medicinas por las cuales el empleado pueda ser compensado bajo las leyes del trabajo, leyes de responsabilidad del patrono o por las cuales el empleado sin costo alguno reciba reembolsos de cualquier agencia del gobierno federal o estatal.
5. Equipo o aparatos de cualquier tipo, aún cuando para comprar los mismos se requiera receta escrita, tales como equipos o dispositivos terapéuticos, equipos artificiales, prenda de soporte o cualquier otra sustancia no médica o equipos similares.
6. Medicinas rotuladas "Caution-Limited by Law to Investigational Use" o drogas de experimentación, aún cuando se le haga cargo alguno al individuo.
7. Medicinas que tienen que ser tomadas o administradas en dosis completas o parciales, mientras el empleado o dependiente esté hospitalizado o en un hogar de convalecencia, sanatorio, tratamiento ambulatorio o cualquier institución similar, en los cuales se permita la operación de una facilidad para suministrar medicinas o productos farmacéuticos.
8. Productos Minoxidil en todas sus formas incluye Rogaine

9. Medicamentos para dejar de fumar

10. Metadona

11. Retin A (no importa su uso)

12. Cargos por recursos y medicamentos anticonceptivos, instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas o recursos e instrumentos similares aunque sean utilizados con fines terapéuticos.

13. Cualquier cargo por la administración o inyección de medicinas.

CUBIERTA COMPLEMENTARIA MEDICARE

1. El objetivo de esta cubierta es eliminar los deducibles y coaseguros de las Partes A y B de Medicare, según la cubierta C de Medigap del Título XVIII de la Ley Federal del Seguro Social y suplementar los beneficios de Medicare con los de la Cubierta Básica de este plan. para aquellos beneficiarios que no sean empleados activos de la Universidad.
2. El administrador-asegurador se compromete a pagar por los deducibles y coaseguros establecidos por el Programa Medicare que apliquen al año de contrato del suscriptor; y por los gastos incurridos a consecuencia de emergencias médicas en países extranjeros fuera del territorio de Puerto Rico y los Estados Unidos de América.

Servicios de Hospital

1. El deducible por servicios de hospital prestados al suscriptor en cada periodo de enfermedad.
2. El coaseguro por cada día de hospitalización que el suscriptor requiera luego de haber estado hospitalizado durante sesenta (60) días en un mismo periodo de enfermedad. El beneficio aquí descrito se pagará por un máximo de treinta (30) días en cada periodo de enfermedad.
3. Si el suscriptor utilizara noventa (90) días de hospitalización en un periodo de enfermedad y requiriese permanecer hospitalizado, el administrador / asegurador pagará el coaseguro por

cada día de hospitalización que se requiera en exceso de los noventa (90) días. Este beneficio se pagará únicamente por un máximo de sesenta (60) días durante la vida del suscriptor.

4. Si el suscriptor requiere permanecer hospitalizado luego de los ciento cincuenta (150) días indicados en el inciso anterior, el administrador / asegurador pagará el 90% de todos los servicios de hospital que no cubra el Programa Medicare sujeto a un beneficio máximo por vida de un periodo adicional de trescientos sesenta y cinco (365) días.

Servicios en Institución de Enfermería Especializada

La Cruz Azul se compromete a pagar el coaseguro establecido por Medicare por cada día de reclusión, en una institución de enfermería especializada, que el suscriptor requiera luego de haber estado recluido durante veinte (20) días en un mismo periodo de enfermedad. Este beneficio se pagará por un máximo de ochenta (80) días en cada periodo de enfermedad.

Servicios Médico Quirúrgicos y Otros Servicios de Salud Bajo la Parte B del Programa Medicare

1. El deducible establecido por el Programa Medicare para los servicios médico quirúrgico y demás servicios que el suscriptor reciba.
2. El gasto incurrido hasta el 20% de los cargos usuales, acostumbrados y razonables según el Programa Medicare en Puerto Rico por los servicios médico quirúrgicos y demás servicios de salud, que el suscriptor reciba luego de haberse cubierto el deducible determinado por Medicare.

Servicios de Sangre

El deducible de sangre equivalente a los gastos aceptables por las primeras tres (3) pintas de sangre, por año contrato.

Servicios de Emergencia en Países Extranjeros

El asegurador-administrador se compromete a pagar el 80% del gasto incurrido por concepto de servicios para condiciones de emergencia durante los primeros sesenta (60) días en caso de viaje a países extranjeros fuera del territorio de Puerto Rico y los Estados Unidos de América: sujeto a un deducible anual de doscientos cincuenta (\$250) dólares. El beneficio máximo por vida será de cincuenta mil (\$50,000) dólares.

El asegurador-administrador deberá presentar a la Universidad alternativas viables dentro de la reglamentación federal vigente, para que los beneficiarios al ser cubiertos bajo este programa puedan adquirir de manera opcional los beneficios de las cubiertas de servicios dentales y medicinas en farmacia. Es requisito presentar junto con la propuesta los procedimientos administrativos para que los participantes obtengan los beneficios de esta cubierta.

Exclusiones de la Cubierta Complementaria

1. Servicios prestados como resultado de enfermedad o lesiones ocasionadas por guerra.
2. Servicios que no sean necesarios para el tratamiento del paciente.
3. Servicios suministrados fuera del territorio de Puerto Rico y los Estados Unidos, excepto por servicios de condiciones de emergencia en países extranjeros.
4. Todo lo que no sea considerado por el Programa Medicare como deducible o coaseguro, excepto que de otra manera se disponga en la cubierta.

Los licitadores que tengan programas Parte C Medicare Advantage certificados por CMS podrán presentar los mismos de forma voluntaria como parte del ofrecimiento extensivo a los beneficiarios Medicare. De igual forma se faculta la presentación de programas MAPD.