

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
OFICINA DE FINANZAS
ADMINISTRACIÓN CENTRAL

INVITACIÓN A SUBASTA PARA LA CONTRATACIÓN DE
SERVICIOS MÉDICOS A LOS ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

TÉRMINOS Y CONDICIONES

1. Las propuestas se entregarán en sobres sellados y lacrados no más tarde de las 9:00 a.m., del 2 de mayo de 2008, en la División de Compras en la siguiente dirección:

POSTAL

Administración Central
Universidad de Puerto Rico
División de Compras
Jardín Botánico Sur
1187 Calle Flamboyán
San Juan, PR 00926-1117

FÍSICA

Administración Central
Universidad de Puerto Rico
División de Compras
Carr. #1 de Río Piedras a Caguas
Terrenos Estación Experimental Agrícola
Río Piedras, PR

El sobre debe contener nombre y dirección del licitador, número de la subasta, fecha y hora de apertura. No se aceptará oferta alguna que se reciba después de la fecha y hora fijada, según lo indicado en el aviso de convocatoria a subasta. Los sobres de ofertas radicadas por los licitadores se marcarán con el sello oficial de la División de Compras indicando la fecha y hora exacta en que se recibieron.

2. Serán consideradas solamente aquellas propuestas de los aseguradores autorizados por el Comisionado de Seguros a hacer este tipo de negocio en Puerto Rico, para lo cual deberán someter una certificación al respecto. Se considerará la solvencia económica de las compañías para responder a los servicios y que no se encuentren bajo orden de menoscabo, por lo que acompañarán una certificación del Comisionado

de Seguros. Incluirán, además, copia certificada del último estado financiero sometido a la Oficina del Comisionado de Seguros.

3. Todo asegurador deberá radicar su licitación por conducto de un agente de seguros autorizado por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico. En los casos de compañías foráneas, éstas comparecerán por conducto de agente residente en Puerto Rico con licencia expedida por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Con la licitación se deberá presentar copia de la licencia vigente del agente representante del asegurador. Las propuestas que no cumplan con este requisito no serán consideradas.
4. Los licitadores acompañarán con su propuesta una fianza de licitación "Bid Bond" o cheque certificado a favor de la Universidad de Puerto Rico por la cantidad del cinco por ciento (5%) del monto de la oferta. La fianza será emitida por una compañía fiadora reconocida y autorizada por el Comisionado de Seguros a hacer negocios en Puerto Rico.
5. El licitador agraciado con la adjudicación de la subasta proveerá una fianza de cumplimiento "Performance Bond" por el veinticinco por ciento (25%) del costo total anual o \$6,000,000, lo que sea menor, no más tarde de cinco (5) días laborables luego que la misma sea requerida por la Universidad. Si el contrato se adjudica por más de un año póliza/contrato, el límite de la fianza deberá ajustarse anualmente por la cuantía de la prima cotizada para cada uno de los años póliza/contrato subsiguientes. La fianza será emitida por una compañía fiadora reconocida y autorizada por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico a hacer negocios en Puerto Rico y que sea de aceptación para la Universidad. La Fianza cubrirá el período de vigencia del contrato.

6. Los pliegos de licitaciones tendrán que estar firmados en tinta por el licitador o su representante autorizado, señalando su relación con la compañía aseguradora en armonía con el inciso número 3, página 2 de este escrito.
7. Las cotizaciones serán escritas a maquinilla o tinta. Cualquier corrección será iniciada por el representante autorizado. Los licitadores asumen la responsabilidad de sus errores en las ofertas. (Favor de verificar las mismas).
8. Se requiere que los licitadores coticen para todos los beneficios descritos, incluyendo cubiertas opcionales, si alguna.
9. Los licitadores someterán sus cotizaciones para un programa de beneficios de salud exactamente al indicado en las especificaciones. La Junta de Subastas de Compras aceptará cotizaciones alternas para programas de beneficios de salud que puedan ser más eficientes que el especificado. La Junta de Subastas de Compras se reserva el derecho de considerar las cotizaciones alternas.
10. Los licitadores especificarán en el lugar previsto (Hoja de Cotización), las tarifas y primas cotizadas para cada riesgo. Las cotizaciones que no hayan sido radicadas en el formulario antes indicado serán rechazadas. **ESTE FORMULARIO NO PODRÁ SER SUSTITUIDO NI FOTOCOPIADO PARA RADICAR LA LICITACIÓN.**
11. Las cotizaciones sometidas no serán invalidadas o afectadas por errores u omisiones que a juicio de la Universidad de Puerto Rico no sean un hecho material o esencial.
12. Al adjudicar la subasta, la Junta de Subastas de Compras considerará la cotización para las especificaciones requeridas. La Universidad de Puerto Rico se reserva el derecho de adjudicar el contrato que a juicio de la institución sea el más favorable o de no adjudicar contrato alguno al evaluar propuestas que se reciben como resultado

de esta subasta. La Junta también podrá considerar al hacer la adjudicación otras condiciones además del costo total de la propuesta.

13. Será requisito que se acompañe con la licitación tres (3) copias del Directorio Médico actualizado, donde aparezcan por pueblos las facilidades médicas, hospitalarias, laboratorios y otros, contratados por el asegurador y que estén disponibles en Puerto Rico para los futuros asegurados. El asegurador será responsable de notificar los cambios de proveedores que surjan en el Directorio Médico durante la vigencia del contrato.
14. El asegurador será responsable de que al momento de la contratación la red de proveedores disponibles sea la requerida para satisfacer la demanda de servicios de cuidado de salud que generen los (as) participantes elegibles al Plan Médico de Estudiantes de la Universidad en cada región. Una vez la Universidad le notifica al asegurador la deficiencia de proveedores, ésta deberá subsanar dicha deficiencia de proveedores no más tarde de treinta (30) días luego de la notificación. Si la compañía aseguradora no mantuviese proveedores contratados en la cantidad requerida para proveer servicios a los (as) participantes del plan de alguna región, esto es manteniendo un setenta y cinco por ciento (75%) de los proveedores participantes al momento de esta contratación, ésta deberá rembolsar al (la) participante el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos por los beneficios cubiertos que hubiese tenido para adquirir de proveedores no contratados.
15. Las propuestas incluirán cláusula de conversión.
16. Los licitadores someterán toda la información y los documentos requeridos, incluyendo un borrador de contrato con los debidos endosos, la cotización y las

fianzas requeridas. Las propuestas responderán exactamente a las especificaciones y a los términos y condiciones aquí estipuladas. Si el licitador dejara de someter alguna información, la Universidad de Puerto Rico entenderá que la cubierta ofrecida será exactamente como se especifica. El borrador de contrato será incluido con la licitación y contendrá toda aquella información relacionada con los servicios y beneficios que ofrecerán a los (as) participantes, según especificados en esta subasta. Esto debe incluir, sin limitarse a:

- a) procedimientos para el disfrute de los servicios y beneficios
- b) límites máximos
- c) exclusiones y limitaciones de cubierta
- d) proceso y condiciones de reembolso
- e) sistema de querellas

17. Las propuestas que contengan cualquier condición y/o limitación adicional por parte del licitador en la descripción de las cubiertas, será considerada informal y estará sujeta a ser rechazada.
18. El licitador al que se le adjudique la subasta suministrará a la Universidad folletos de Resumen de Beneficios (Summary Plan Description) con la información de cubierta y beneficios incluidos en el contrato de acuerdo con todas las leyes vigentes. La Universidad aprobará el contenido y arte del folleto previo a su impresión y su distribución. El costo de producción del folleto será responsabilidad del asegurador. Dicho folleto será en el idioma español. Deberá, además, servir las veces de Certificado de Cubierta. Los folletos estarán disponibles para ser entregados a los (as) estudiantes durante cada proceso de matrícula.

19. La Junta de Subastas se reserva el derecho de considerar las experiencias de los licitadores en sus relaciones con la Universidad de Puerto Rico, agencias del gobierno, empresas privadas, instituciones educativas y estatales, y rechazar cualquier licitador por causa de demostrada ineficiencia o incapacidad para cumplir con el contrato resultante de esta subasta. Someterán con su licitación una lista indicando los nombres y direcciones de las entidades públicas y privadas que éstos aseguran y una autorización para que la Universidad de Puerto Rico pueda solicitar información sobre la experiencia en la prestación de los servicios a dichas entidades.
20. El contrato o póliza incluirá un endoso en el cual se estipule que dicho contrato no podrá ser cancelado, ningún cambio efectuado, restringido o reducido el riesgo por parte del asegurador.
21. Las cantidades cotizadas serán consideradas finales. Ninguna información adicional en relación a precios, que no esté en la **Hoja de Cotización** entregada en la apertura de la subasta, será considerada.
22. 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 tiempo 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 período de aceptación establecido.
23. Cualquier solicitud para aclarar dudas en cuanto a la interpretación de este documento o de los documentos incluidos como anejos será sometidas por escrito, con tiempo razonable antes de la fecha de la apertura de la subasta, a la Oficina de Finanzas de la Administración Central de la Universidad de Puerto Rico. La

respuesta o clarificación se efectuará por escrito y enviada a todos los licitadores o será dirigido directamente al licitador que solicitó la aclaración, según lo decida el Director de Finanzas de la Administración Central de la Universidad de Puerto Rico. La Universidad de Puerto Rico no se hará responsable por cualquier otra explicación y/o interpretación que no sea transmitida de la forma anteriormente descrita.

24. El contrato que se formalice como resultado de este proceso de subasta será por el término de uno (1), dos (2) o tres (3) años académicos, respectivamente. El día de comienzo y terminación de cada periodo de cubierta está regulado por lo indicado en la cláusula número 2 de la sección de Elegibilidad y Condiciones Especiales establecidas en estas especificaciones. La Junta de Subastas podrá adjudicar la misma por el término que mejor beneficie a los intereses de la Universidad de Puerto Rico y de los (as) estudiantes y participantes elegibles al plan médico.
25. Cada licitador someterá conjuntamente con su propuesta una (1) copia del estado financiero del año que terminó el 31 de diciembre de 2007, certificado por un Contador Público Autorizado. También someterá copia del último informe radicado ante la Oficina del Comisionado de Seguros.
26. El licitador indicará en su propuesta el mecanismo sugerido para identificar al(la) estudiante asegurado (a). Dicho mecanismo podrá ser modificado por la Universidad previo acuerdo con el asegurador. El asegurador proveerá todo aquel material necesario para este propósito, incluyendo el envío de la evidencia (tarjeta) directamente a los(as) participantes del plan a su domicilio o a la dirección brindada por estos.
27. Todos los procedimientos para la administración de este plan deberán ser discutidos con la Universidad previo al comienzo de la cubierta. Estos incluirán, sin limitarse a, referidos, autorizaciones, reembolsos, certificaciones de cubierta, etc. Todo costo relacionado a la administración del programa será responsabilidad del asegurador.

La compañía aseguradora someterá previamente para evaluación de la Universidad cualquier cambio que desee implantar en la administración del plan.

28. Una vez el contrato se formalice deberá contener una cláusula que indique que el mismo podrá ser renovado a opción de la Universidad y previa negociación de los términos y condiciones del mismo.
29. 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 Núm. 022, Serie 1995-96 de la Junta de Síndicos de la Universidad de Puerto Rico.
30. El asegurador se compromete a someterle a la Universidad informes anuales de los servicios prestados a estudiantes, en la forma en que se establezca en común acuerdo.
31. El asegurador deberá cumplir con las leyes y reglamentos estatales y federales que sean de aplicabilidad a esta contratación y asumirá el costo que conlleve la aprobación de cualquier ley o reglamento aplicable a esta contratación, con posterioridad al otorgamiento del contrato.

DE REQUERIRSE INFORMACIÓN ADICIONAL CON RESPECTO A ESTA SUBASTA, FAVOR DE COMUNICARSE CON LA SRTA. MYRIAM D. MARTÍNEZ AL TEL. 250-0000 EXTS. 4015, 4016.

DEFINICIONES

1. ASEGURADOR
Organización contratada para proveer a los(as) estudiantes y sus dependientes elegibles los beneficios estipulados en el Plan Médico de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico.
2. ASEGURADO / PERSONA ASEGURADA/PARTICIPANTE
Cualquier persona que haya solicitado cubierta al Plan Médico de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico y se le haya expedido una tarjeta como asegurado(a) y cuya validez no haya sido terminada.
3. AÑO/AÑO CONTRATO (AÑO ACADÉMICO)
Período de doce (12) meses que constituye el año académico del sistema universitario y en armonía con lo acordado entre las partes, la fecha de comienzo es el primer día de clases.
4. CONTRATO
La relación contractual entre la Universidad de Puerto Rico y el asegurador para que este último provea los servicios de cuidado de salud a los estudiantes y dependientes elegibles, según términos y condiciones establecidos en acuerdo con la Universidad.
5. CIRUGIA ELECTIVA
Es aquella que no necesita hacerse inmediatamente y que puede programarse a conveniencia y opción de las facilidades médicas y de la persona cubierta.
6. CONGÉNITO
Peculiaridades, defectos o enfermedades existentes al momento del nacimiento.
7. CO-ASEGURO
Es la cantidad porcentual relativa al costo del servicio establecido en el contrato, a ser pagada por el (la) participante cubierto(a) directamente al médico o proveedor al momento de recibir los servicios. Esta cantidad no es reembolsable por el asegurador.
8. CO-PAGO
Porción que paga el participante del plan médico para completar el costo del servicio médico y no es reembolsable por el asegurador.

9. DEDUCIBLE

Cantidad fija establecida en el contrato, a ser pagada por el (la) participante cubierto(a) al momento de recibir los servicios y que no es reembolsable por el asegurador.

10. ESTUDIANTE

Todo(a) estudiante matriculado, diurno o nocturno sub-graduado o graduado que ha cumplido con los requisitos de elegibilidad establecidos para el Plan Médico de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico.

11. ENFERMEDAD

Es cualquier condición de salud, enfermedad o dolencia que afecte al (la) participante mientras este cubierto(a) por esta póliza.

12. EMBARAZO

Estado grávido o gestacional debidamente diagnosticado.

13. EMERGENCIA

Condición súbita o accidente imprevisto que puede agravarse o poner en riesgo la vida del (paciente) estudiante y que es imperativo atender con prontitud, pero en ningún caso después de veinticuatro (24) horas de haberse presentado la misma.

14. FACILIDAD PARTICIPANTE

Médico, hospital, laboratorio o farmacia (según sea el caso) identificado en el listado de facilidades médicas contratadas por el asegurador o la entidad subcontratada para proveer servicios cubiertos por el plan.

15. HOSPITAL

Institución legalmente autorizada a operar como hospital y que provea cuidado de enfermería las veinticuatro (24) horas diarias y facilidades para diagnósticos y tratamiento a personas lesionadas o enfermas, proporcionados por médicos-cirujanos.

16. HOSPITAL PARTICIPANTE

Es aquel hospital legalmente autorizado como tal por el Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico y que ha firmado contrato con el asegurador para prestar servicios de hospital.

17. HOSPITAL NO PARTICIPANTE

Es un hospital legalmente autorizado como tal pero no ha firmado contrato con el asegurador para prestar servicios de hospital.

18. LABORATORIO

Institución legalmente autorizada por las autoridades correspondientes para prestar los servicios de laboratorio.

19. LABORATORIO PARTICIPANTE

Es un laboratorio legalmente autorizado como tal por el Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico y que haya firmado contrato con el asegurador para prestar los servicios de laboratorio.

20. LABORATORIO NO PARTICIPANTE

Es un laboratorio legalmente autorizado como tal pero no ha firmado contrato con el asegurador para prestar los servicios de laboratorio.

21. LESIONES

Es cualquier lesión corporal que sufra el participante mientras esté cubierto por esta póliza y requiera tratamiento médico y/o servicios de hospital.

22. MÉDICO-CIRUJANO

Es un doctor en medicina legalmente autorizado por medio de una licencia a practicar a profesión de médico-cirujano.

23. MÉDICO-CIRUJANO PARTICIPANTE

Es un médico-cirujano legalmente autorizado como tal, con licencia regular expedida por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, que ha firmado contrato con el asegurador para prestar los servicios médicos.

24. MÉDICO -CIRUJANO NO PARTICIPANTE

Es un médico-cirujano legalmente autorizado como tal, con licencia regular pero no ha firmado contrato con el asegurador para prestar los servicios médicos.

25. MÉDICO CONSULTOR

Aquel médico designado por el asegurador.

26. PRIMA/CUOTA

Cantidad de dinero a ser pagada por el (la) estudiante en cada período de matrícula por concepto del plan médico (semestre, verano, trimestre/cuatrimestre o anual, según sea el caso).

27. PRE-EXISTENCIA/CONDICIONES PRE-EXISTENTES

Cualquier condición que comience, sea diagnosticada o sea recomendada para tratamiento antes de la fecha de efectividad de la cubierta del estudiante asegurado. Dicha condición dejará de ser considerada pre-existente en la fecha en que el seguro del(la) participante haya estado en vigor sin interrupción en cubierta sea esta la ofrecida por la Universidad de Puerto Rico y/o cualquier otra entidad autorizada durante el periodo de seis (6) meses consecutivos previos a la efectividad de la cubierta. Se ha de requerir evidencia a tales efectos.

28. PRE-AUTORIZACIÓN (pre-certificación)

Requisito establecido en el contrato para solicitar una autorización previa a obtener un servicio de salud.

29. PLAN FAMILIAR

Es el que le brinda cubierta al estudiante que cumple con los requisitos de elegibilidad y a sus dependientes directos elegibles según los requisitos previamente establecidos en el contrato.

30. PLAN INDIVIDUAL

Es el que le brinda cubierta solamente al (la) estudiante que cumple con los requisitos de elegibilidad previamente establecidos en el contrato.

31. SESIONES

Son las visitas a la oficina de un psiquiatra o psicólogo para tratamiento de condiciones mentales.

ELEGIBILIDAD Y CONDICIONES ESPECIALES

Los (as) estudiantes tienen la oportunidad de elegir entre una cubierta individual y una cubierta familiar, cumpliendo con los requisitos de elegibilidad, las condiciones aplicables y el pago de la prima correspondiente a la cubierta elegida.

1. ELEGIBILIDAD

Estudiantes

Será elegible para acogerse al plan médico todo estudiante diurno o nocturno que se haya matriculado en la Universidad de Puerto Rico, en no menos de tres (3) créditos universitarios en programas conducentes a grado o no menos de tres (3) créditos en programas conducentes a grado durante las sesiones de verano. Todos los(as) estudiantes matriculados(as) en la sesión académica de verano, su cubierta de plan médico comenzará el primer día de clases de la sesión académica para la cual realizó el pago de matrícula. En esta definición se incluye a los (as) estudiantes graduados, matriculados en cursos de maestría o doctorado para el periodo académico correspondiente que lleven un mínimo de un (1) curso de continuación de tesis o de trabajos de investigación sin crédito. Además, son elegibles aquellos(as) estudiantes subgraduados que estén realizando su práctica académica o sean candidatos(as) a graduación. No son elegibles los(as) estudiantes clasificados(as) bajo **Mejoramiento Profesional**.

Se exceptúan de esta disposición los(as) estudiantes que presenten evidencia de otro plan médico con vigencia durante el periodo de estudio y no interesen acogerse a esta cubierta.

En caso de que un(a) estudiante no se haya acogido al plan médico durante el período correspondiente podrá hacerlo fuera del período de matrícula si cumple con lo siguiente:

- a. Pierde elegibilidad en el plan médico privado por muerte, divorcio o pérdida de empleo del asegurado principal (Padre o Madre).
- b. Cierre de operaciones del asegurador que brinda la cubierta del Padre o la Madre, por decisión de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
- c. Además, si la compañía aseguradora decide cesar operaciones en Puerto Rico.

(Cualquiera que sea la causa, se requerirá la evidencia correspondiente)

Dependientes Directos:

- **Cónyuge legítimo** del(la) estudiante de la Universidad de Puerto Rico es elegible para recibir los beneficios del Plan Médico de Estudiantes a la fecha de efectividad del mismo, al momento de la matrícula, presentando la evidencia que acredite la elegibilidad (**Certificado de Matrimonio**).

Todo(a) estudiante que contraiga matrimonio durante la vigencia del contrato, tiene derecho a incluir a su cónyuge en el Plan Médico de Estudiantes y cambiar el programa de Plan Individual a Plan Familiar haciendo una petición formal de cambio directamente con el asegurador y pagando la diferencia en prima correspondiente. Para ello tiene que proveerle directamente al asegurador con su petición de cambio, el **Certificado de Matrimonio**.

La fecha de efectividad de la cubierta será como se indica a continuación:

1. Si la petición para incluir al cónyuge se solicita dentro de los primeros treinta (30) días siguientes a la fecha de matrimonio, el cónyuge será elegible luego de emitir el pago correspondiente por el cambio de programa al asegurador para recibir beneficios efectivo a la fecha del matrimonio.

2. Si la petición de inclusión del cónyuge se solicita después de los treinta (30) días de haber contraído matrimonio, el cónyuge será elegible el primer día del mes siguiente a la radicación de la solicitud y haber efectuado el cambio de programa y el pago correspondiente al asegurador.
3. En caso de divorcio, el cónyuge divorciado del (la) estudiante pierde la elegibilidad el primer día del mes siguiente en que se haga final y firme la sentencia emitida por el tribunal o al cumplirse el término de los treinta (30) días a partir de que se redacta la misma, disponiéndose que esta cláusula deberá ser coordinada con cualquier legislación u orden de algún tribunal con jurisdicción a estos efectos.
4. El (la) estudiante es responsable de notificar su divorcio directamente al asegurador y someter copia de la sentencia de divorcio. La prima pagada no es reembolsable.
5. Los servicios utilizados por ex-cónyuges después de la fecha en que perdió la elegibilidad serán responsabilidad exclusiva del (la) estudiante. Deberá rembolsar los costos de los mismos directamente al asegurador.
6. Los ex-cónyuges que pierden la elegibilidad pueden acogerse al Plan de Pago Directo que tenga disponible el asegurador dentro del periodo de treinta (30) días.

Normas y Disposiciones para Hijos(as):

- **Hijos(as)** reconocidos o adoptados son elegibles para los beneficios del Plan Médico de Estudiantes y el (la) estudiante debe presentar evidencia al momento de la matricula. (**Certificado de Nacimiento**)
- Todo(a) estudiante que durante la vigencia del contrato se convierta en padre o madre, tiene derecho a incluir a su hijo(a) en el Plan Médico de Estudiantes y cambiar el programa de Plan Individual a Plan Familiar haciendo una petición formal de cambio directamente con el asegurador y pagando la diferencia en prima correspondiente. Para ello tiene que proveer directamente al asegurador con su petición de cambio, el **Certificado de Nacimiento**.
- **Recién nacidos** - Los hijos(as) de los(as) estudiantes que nacen estando sus padres cubiertos bajo el Plan Familiar son elegibles a partir de la fecha de su nacimiento siempre y cuando se notifique al asegurador dentro de los treinta (30) días siguientes a su nacimiento.
 1. El (la) estudiante tiene la responsabilidad de presentar la evidencia con la petición de inclusión del recién nacido directamente al asegurador (**Certificado de Nacimiento**).
 2. Si el(la) estudiante no notifica el nacimiento del hijo y no presenta la evidencia requerida dentro del tiempo establecido directamente con el asegurador, la efectividad de la cubierta será a partir de la fecha en que notifique o presente la evidencia del nacimiento del hijo(a) directamente al asegurador.
 3. Todos los hijos(as) serán automáticamente excluidos del Plan Médico de Estudiantes al cumplir diecinueve (19) años.

4. De igual forma hijos(as) que contraen matrimonio pierden su elegibilidad al Plan Médico de Estudiantes.
5. Hijos(as) que pierden la elegibilidad cualifican para un Plan de Pago Directo que tenga disponible el asegurador.
6. Los servicios utilizados por hijos(as) del (la) estudiante después de la fecha de perder la elegibilidad serán responsabilidad exclusiva del (la) estudiante el rembolsar el costo de los mismos directamente al asegurador.

2. **PERIODOS DE CUBIERTA**

Esta cubierta contempla anualmente tres (3) sistemas académicos diferentes:

a) Semestres

Las unidades que utilizan el sistema académico de semestres necesitarán la prima para tres (3) periodos de cubierta, a saber, primer semestre académico, segundo semestre académico (incluye verano) y verano exclusivamente.

b) Trimestres/Cuatrimestres

Las unidades que utilizan el sistema académico de trimestres o cuatrimestres, necesitan la prima anual dividida en tres partes. Estos trimestres comienzan en agosto, noviembre y marzo de cada año académico. En el caso de cuatrimestres comienzan en septiembre, enero y abril.

c) Anual

La unidad que utiliza el sistema académico anual necesita una sola prima para cubrir al estudiante durante todo el año.

El inicio de cubierta será el primer día regular de clases de cada período académico.

Los(as) estudiantes asegurados(as) durante un período académico estarán

cubiertos(as) hasta finalizar el día anterior al primer día regular de clases del siguiente período académico.

3. Todos los términos de cubierta empezarán y terminarán a la 00:01 AM hora oficial de Puerto Rico.
4. El asegurador se compromete a cubrir a los(las) estudiantes elegibles de la Universidad de Puerto Rico contra gastos médicos-quirúrgicos por consultas, tratamientos y servicios provistos por médicos-cirujanos, especialistas y sub-especialistas, hospitalización, laboratorios, etc., que resulten de lesiones o enfermedades.
5. El(la) estudiante de la Universidad de Puerto Rico será elegible de forma individual o familiar para la cubierta ofrecida bajo el contrato y quedará cubierto(a) efectivo el primer día de clases después de su registro o matrícula y de haber pagado la prima correspondiente al Plan Individual o al Plan Familiar. El asegurador se compromete a prestar el servicio médico a aquellos (as) estudiantes que de manera involuntaria la Universidad no haya pagado su seguro médico, siempre y cuando la Universidad certifique que el (la) estudiante tenía derecho a dicho servicio y que se remita la prima correspondiente a la cubierta elegida.
6. La cubierta de cualquier estudiante, sea bajo el Plan Individual o el Plan Familiar, terminará
 - (a) en la fecha en que termine el contrato;
 - (b) si el (la) estudiante se retira de la universidad, el primer día regular de clases del semestre escolar que siga al semestre de su retiro.

El(la) estudiante tendrá derecho a convertir la cubierta de seguro médico a un seguro Individual o Familiar de Pago Directo dentro de los treinta (30) días inmediatamente

siguientes a la terminación, sujeto a los términos establecidos por el asegurador dentro de su ofrecimiento. La terminación del seguro no afectará ninguna reclamación por tratamiento en servicios efectuados antes de la fecha de terminación. Tampoco afectará ninguna reclamación de un(a) participante que estuviera hospitalizado(a) al momento de la terminación. Esto es; la cubierta de seguro médico se extenderá hasta que el (la) participante sea dado de alta de dicha hospitalización, nunca ha de transcurrir más de noventa (90) días luego de terminado el período por el cual pagó prima y sujeto al límite de beneficios establecidos en la cubierta.

MANEJO ADMINISTRATIVO

1. La universidad proveerá la información de elegibilidad al asegurador en relación al estudiante matriculado.
2. Los (as) participantes elegibles recibirán los servicios en las facilidades participantes, con la presentación de la tarjeta o evidencia de identificación que le proveerá el asegurador. Además, el (la) participante es responsable de cubrir el pago de los deducibles, co-pagos y co-aseguros previamente establecidos en el contrato.
3. Los servicios médicos ofrecidos bajo este contrato no podrán ser cedidos o transferidos a ninguna otra persona.
4. Todo(a) participante cubierto bajo el contrato del Plan Médico de Estudiantes viene obligado a devolver al asegurador todas las tarjetas de identificación en su poder a la fecha de terminación, cancelación o por la pérdida de elegibilidad. Cuando un(a) participante que ha estado cubierto (a) pierde su elegibilidad, se le cancelará la cubierta.
5. Si no se devolvieran las tarjetas de identificación y estas son utilizadas para recibir servicios, el asegurador tiene el derecho de recobrar todos los gastos incurridos directamente al (la) participante. Además, la utilización indebida de estas tarjetas constituye un acto fraudulento el cual es penalizado por ley.

BENEFICIOS CUBIERTA BÁSICA

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Los servicios cubiertos serán los siguientes:

1. Cama en habitación semi-privada sin límite de días. Toda admisión para hospitalización tendrá un deducible de veinticinco \$25.00 dólares.
2. Comidas incluyendo dietas especiales.
3. Servicios usuales de enfermería.
4. Uso de sala de operaciones.
5. Uso de sala de recuperación, si la hubiese disponible.
6. Anestesia y su administración.
7. Pruebas de laboratorio y Rayos X que sean ordenadas por el médico.
8. Electrocardiogramas.
9. Tratamientos de radioterapia, quimioterapia y cobalto.
10. Uso de unidad de cuidado intensivo y coronaria.
11. Terapia respiratoria limitadas a siete (7) días por condición mientras se encuentre hospitalizado(a).
12. Uso de materiales de curación y medicinas.
13. Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones.
14. Pruebas patológicas de los tejidos.
15. Oxígeno.
16. Fisioterapia, máximo de veinte (20) tratamientos por condición.
17. Electroencefalogramas.

18. Ambulancia terrestre para transportar al paciente entre una institución hospitalaria y otra, por recomendación médica, hasta un máximo de \$80.00 por ocurrencia a base de reembolso y/o cualquier servicio prestado a través del sistema 9-1-1.
19. Cualquier otro servicio necesario para el tratamiento del paciente, que usualmente se ofrece por el hospital dentro de lo acordado en la negociación con el asegurador.

SERVICIOS MÉDICO - QUIRÚRGICOS MIENTRAS EL (LA) PACIENTE ESTÁ HOSPITALIZADO(A)

1. Cirugía
2. Administración de anestesia.
3. Servicios profesionales.
4. Consultas a especialistas y sub-especialistas.
5. Patología (Biopsias)

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA CUBIERTA DE HOSPITALIZACIÓN Y LA CUBIERTA DE SERVICIOS MÉDICO - QUIRÚRGICOS

1. El (la) participante escogerá libremente el hospital, el médico especialista y el laboratorio dentro de aquellos que han sido contratados por el asegurador. Aquellos casos que requieran ser hospitalizados pueden ser ordenados por los médicos especialistas y sub-especialistas.
2. Todas las cirugías y hospitalizaciones deben ser pre-autorizadas/pre-certificadas por el asegurador. El (la) participante que sea hospitalizado(a) sin haber cumplido con este requisito se le aplicará una penalidad de cien dólares (\$100.00) correspondientes a los servicios médicos prestados por dicha hospitalización.
3. Si el (la) participante ha sido autorizado(a) por escrito por un médico participante del plan a recibir servicios de hospitalización y éste(a) escogiera utilizar los servicios de hospitales no contratados por el asegurador, ya sea dentro o fuera de los límites geográficos de Puerto Rico, el (la) participante deberá pagar por los servicios obtenidos. El asegurador le reembolsará hasta un máximo de cien dólares (\$100.00) diarios por todos los servicios cubiertos en el Plan Médico. El (la) estudiante es responsable de hacer la reclamación directamente al asegurador.

4. Si el (la) participante ha sido autorizado(a) por escrito por un médico participante del plan a recibir servicios médico-quirúrgicos durante períodos de hospitalización y éste(a) decide utilizar los servicios de médicos-cirujanos no contratados por el asegurador, el (la) participante deberá pagar por los servicios obtenidos. El reembolso en este caso estará limitado al noventa por ciento (90%) de la cantidad que el asegurador le hubiese pagado a un médico contratado, si el servicio es prestado dentro de los límites geográficos de Puerto Rico. Si los servicios son prestados fuera de los límites geográficos de Puerto Rico, el reembolso será el gasto incurrido hasta un máximo de la cantidad que le hubiese sido pagado a un médico contratado por un servicio similar. El (la) estudiante/participante del Plan Médico es responsable de hacer la reclamación de reembolso directamente al asegurador.
5. Cuando un(a) participante escoja una habitación privada, será responsabilidad de éste(a) pagar la diferencia entre el cincuenta por ciento (50%) del “Per-Diem” que paga el asegurador al hospital y la tarifa que tenga establecida para una habitación privada. En este caso el hospital podrá cobrar al (la) paciente la diferencia entre lo que le paga el asegurador y la tarifa usual y acostumbrada.
6. Todo(a) participante al que se le recomiende alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos en forma electiva deberá obtener una pre-certificación/pre-autorización del asegurador previo a practicarse el procedimiento. El(la) participante que sea intervenido quirúrgicamente sin haber cumplido con este requisito se le aplicará una penalidad de cien dólares (\$100.00) correspondientes a la deuda de los servicios médicos prestados por estos procedimientos quirúrgicos. Se dispone en esta cláusula que toda certificación previa emitida por el asegurador al participante, deberá ser honrada.

Por cirugías electivas deberán entenderse las siguientes:

Adenoidectomía	Operación para remover adenoides
Cesáreas Electivas	Se consideran electivas a partir de la segunda
Colecistectomía	Operación para remover la vesícula biliar
Enterocèle, Cistocele, Rectocèle	Reparación pared vaginal
Fusión Espinal para Escoliosis	Operación para corregir defecto en la curvatura de la espina dorsal
Fusión Espinal con Remoción del Disco Intervertebral	Operación similar a la anterior, pero con unión de las vértebras
Hemorroidectomía	Operación para cortar hemorroides (Almorranas)
Herniorrafía	Operación para reparación de una hernia
Histerectomía	Operación para remover la matriz
Laminectomía	Operación para corregir condición de discos en la espina dorsal, donde se saca parte del disco
Operación por Incisión de Venas Varicosas	
Septoplastía	Operación para reparar tabique nasal
Tonsilectomía	Operación para remover amígdalas
Tuboplastía	Reparación de los Tubos de Falopio
Varicocelelectomía	Operación para extirpar un varicocele localizado en el testículo

SERVICIOS MÉDICO AMBULATORIOS — CUBIERTA BÁSICA

Los servicios cubiertos serán los siguientes:

(Los deducibles, co-pagos y co-aseguros aplicables serán cubiertos por los(as) participantes).

1. Visitas a oficinas de médicos para consultas, tratamientos y curaciones, por médicos generalistas, especialistas y sub-especialistas en forma ilimitada.
2. Cirugía ambulatoria.
3. Fisioterapia por indicación médica de un ortopeda o fisiatra, hasta un máximo de veinte (20) sesiones de terapias por condición. El (la) participante pagará el deducible de dos dólares \$2.00 por terapia.
4. Servicios de optometría, una (1) prueba de refracción por año póliza.
5. Servicios por condiciones mentales, dependencias a sustancias controladas y alcohol.
(Para detalles de la cubierta refiérase a lo establecido bajo esta sección con el título de **Servicios de Salud Mental**)
6. Servicios por condiciones de tuberculosis.
7. Servicios de laboratorio y Rayos X que sean ordenados por un médico. Aplica el veinte por ciento (20%) de co-aseguro.
8. Servicios de ambulancia hasta un máximo de ochenta dólares (\$80) por ocurrencia.
El servicio se limitará al transporte del(la) paciente en caso de emergencia del lugar del accidente hasta el hospital más cercano y al transporte del(la) paciente entre una institución hospitalaria a otra, por recomendación y orden médica y/o cualquier servicio prestado a través del sistema 9-1-1, según los estándares o el protocolo establecido.

9. Prueba de Papanicolau - limitada a una (1) por año académico. Aplica el veinte por ciento (20%) de co-aseguro.
10. Terapia respiratoria ambulatoria sin límites.
11. Pruebas de alergia hasta un máximo de cincuenta (50) por año póliza, le aplica un veinte por ciento (20%) de co-aseguro.
12. Endoscopias.
13. Prueba de Audiometría, una (1) por el año póliza por persona asegurada ordenadas por un médico, a través del mecanismo de reembolso y no se aplicará deducible.

Los siguientes servicios bajo la Cubiertas Básica requieren ser pre-autorizados por el asegurador:

1. Radioterapia, Quimioterapia y Cobalto.
2. Laparoscopia.
3. Sonogramas, dos (2) por año póliza por persona asegurada. Aplica veinte por ciento (20%) de co-aseguro.
4. Una (1) tomografía computarizada por participante y limitada a una (1) por el periodo de cubierta.
5. Una (1) resonancia magnética por participante y limitada a una (1) por el periodo de cubierta.
6. Pruebas de Medicina Nuclear.
7. Pruebas cardiovasculares y vasculares tales como:
 - Electrocardiogramas,
 - Ecocardiogramas,
 - Holter Test,
 - Stress Test,

- Cateterismo Cardíaco,

No limitadas a las antes mencionadas ya que de existir cualquier otra prueba relacionada con las enfermedades del Corazón que sea requerida por el médico especialista para tratar la condición del (la) participante, ha de ser cubierta de la misma forma, una (1) por año póliza y se requiere pre-autorización del asegurador.

8. Pruebas neurológicas tales como:

- Electroencefalograma y
- electromiograma,

siempre y cuando sean ordenadas por un médico .

SERVICIOS PREVENTIVOS

1. Examen físico rutinario. (Se cubre uno (1) por año póliza por participante)

SERVICIOS PARA CÁNCER

1. Todos los servicios incluidos en la cubierta de hospitalización.
2. Servicios ambulatorios para tratamientos de radioterapia, quimioterapia y cobalto.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Visitas al psiquiatra y al psicólogo según lo establecido en los términos y condiciones de la cubierta de servicios ambulatorios. Los servicios de hospitalización se cubrirán hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días por participante por año póliza. Excepto para hospitalización parcial donde dos (2) días es equivalente a un (1) día de hospitalización regular.

SERVICIOS MÉDICOS EN LOS ESTADOS UNIDOS

Se cubrirán los servicios médicos en los Estados Unidos, a través de la Cubierta Básica, de la siguiente manera:

1. Proveedor participante de la red del asegurador,
 - a) Si el (la) participante cubierto(a) recibe servicios en sala de emergencia, se le aplicará el deducible de sala de emergencia, según indica la tarjeta del plan médico.
 - b) Si el (la) participante cubierto(a) es admitido por emergencia y cumple con la notificación al asegurador en un término de cuarenta y ocho (48) horas, aplicará el deducible de admisión, según indica la tarjeta del Plan Médico.
 - c) Si el (la) participante cubierto(a) es admitido, pero no le notifica al asegurador dentro del periodo previamente establecido, se denegará el pago por el servicio prestado.
2. Proveedor no participante del asegurador en Puerto Rico o en Estados Unidos.
 - a) El (la) participante es responsable de completar el formulario diseñado para tales efectos el cual ha de solicitar directamente al asegurador para que pueda procesar el reembolso.
 - b) Toda factura caducará a los tres (3) meses a partir de la fecha del servicio.
 - c) El (la) estudiante es responsable de cubrir la diferencia en costo resultante entre un proveedor participante y uno no participante. De igual forma han de ser tratados los demás componentes ante una hospitalización donde se incurra en gastos de otros servicios médico-quirúrgicos, anestesiólogos, sangre, etc.

- d) Si un(a) participante cubierto(a) recibe servicios en sala de emergencia, el asegurador hará los arreglos necesarios para negociar una tarifa con dicho proveedor.
- e) Si el (la) participante cubierto(a) es admitido(a) en un hospital y notifica al asegurador dentro de las cuarenta y ocho (48) horas establecidas, el asegurador hará los arreglos necesarios para negociar una tarifa con el proveedor. De no llegar a un acuerdo, el (la) participante pagará el veinte por ciento (20%) de la tarifa que el asegurador tenga contratada en la misma área geográfica, y a la vez será responsable de pagar la diferencia directamente al proveedor.
- f) Si el (la) participante cubierto(a) es admitido(a) en un hospital, pero no cumplió con notificar al asegurador, se denegará el pago del servicio prestado y a la vez será responsable de pagar directamente al proveedor.

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA CUBIERTA DE SERVICIOS MÉDICO-AMBULATORIOS

1. Los(as) participantes elegibles al Plan Médico de Estudiantes pagarán un co-pago de tres dólares \$3.00 al visitar un especialista o sub-especialista.
2. Las consultas con neumólogos para condiciones de tuberculosis están cubiertas y sujetas al co-pago de tres dólares \$3.00.
3. Los servicios prestados por psiquiatras y psicólogos para tratar condiciones mentales relacionadas con dependencia a sustancias controladas y alcohol, están limitadas a veinte (20) visitas por participante durante el año académico.

Los servicios correspondientes al tratamiento por dependencia a sustancias controladas, deberán ser prestados por médicos-cirujanos especialistas en psiquiatría o psicólogos. Aplicará el co-pago de tres dólares \$3.00 por visita.

En caso de hospitalización, se cubrirá hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días de hospitalización por año académico, a base del “Per-Diem” contratado por el asegurador. Estos servicios deberán ser pre-autorizado/pre-certificados por el asegurador.
4. Los servicios de fisioterapia están limitados a veinte (20) tratamientos por condición; hasta ocho (8) tratamientos adicionales justificados y certificados cada cuatro (4) tratamientos por el fisiatra a cargo del caso.
5. El servicio de optometría es para cubrir una (1) refracción por año académico. El asegurador podrá ofrecer dicho servicio a través de oftalmólogos si no tiene contratación con los optómetras.
6. Los médicos-cirujanos y laboratorios participantes facturarán al asegurador a base de las cantidades acordadas para tales propósitos.

7. Si el (la) participante escogiera utilizar los servicios de médicos-cirujanos no contratados por el asegurador, éste deberá pagar por los servicios obtenidos. El reembolso en este caso estará limitado al noventa por ciento (90%) de la cantidad que el asegurador le hubiese pagado a un médico contratado si el servicio es prestado dentro de los límites geográficos de Puerto Rico. Si los servicios son prestados fuera de los límites geográficos de Puerto Rico, el reembolso será el gasto incurrido hasta un máximo de la cantidad que le hubiese sido pagada a un médico contratado por un servicio similar. El (la) estudiante es responsable de presentar la reclamación como participante principal del Plan Médico de Estudiantes y de cualquier otro(a) participante elegible.

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Emergencias ocasionadas por enfermedad están cubiertas al 100%, luego de cubrir el deducible estipulado. Además, las emergencias ocasionadas por accidentes están cubiertas al 100% sin deducible.

1. En casos de emergencia por accidentes, siempre y cuando el (la) participante cubierto(a) solicite los servicios dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de haber ocurrido el accidente, es elegible para recibir, de ser necesario, en forma ambulatoria los siguientes servicios:
 - Uso de sala de emergencia
 - Servicios usuales de enfermería
 - Uso de sala de operaciones
 - Uso de sala de recuperación, de haber disponible
 - Anestesia
 - Pruebas de laboratorio

- Rayos X
 - Pruebas patológicas
 - Todos los medicamentos que sea necesario administrar en la sala de emergencia
 - Oxígeno
 - Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones
 - Bandejas, yeso, materiales médico-quirúrgicos, gasas y cualquier otro material curativo.
 - Evaluación médica
 - Consultas con especialistas y sub-especialistas
 - Cualquier otro servicio rutinario de Sala de Emergencia
2. En casos de emergencia por condiciones médico agudas (que no son resultado de un accidente, pero que requieren atención médica inmediata y que de no recibir la atención, la condición puede agravarse y peligrar la vida del paciente) el (la) participante estará cubierto(a) por todos los servicios recibidos en la sala de emergencia de acuerdo al “Per Diem” contratado por el asegurador. Este servicio está sujeto a un deducible de diez dólares \$10.00.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS

Los procedimientos descritos a continuación estarán cubiertos tanto en forma ambulatoria como en hospitalización, siempre y cuando los mismos sean ordenados por un médico y el participante presente una orden médica. Estos procedimientos estarán limitados cada uno, a uno (1) por año académico por participante asegurado(a), **excepto** las pruebas de ultrasonido/sonogramas que cubre dos (2) por año contrato y se requiere previa autorización del asegurador a menos que sean ordenadas en una Sala de Emergencia o cuando el (la) participante esté hospitalizado(a).

Además, la tomografía computarizada y la resonancia magnética que son una (1) por año póliza estarán sujetas a pre-autorización del asegurador y se les aplicará un veinticinco por ciento (25%) de co-aseguro de la tarifa aplicable a cada una de estas pruebas. El requisito de pre-autorización no aplicará si el (la) participante se encuentra hospitalizado(a) o en una Sala de Emergencia.

1. Pruebas de Ultrasonido/sonogramas (2 por año académico)
2. Pruebas de Medicina Nuclear (Scans)
3. "Holter Test"
4. "Stress Test"
5. Ecocardiograma
6. Endoscopías
7. Cateterismo Cardíaco
8. Prueba de Resonancia Magnética (requiere pre-autorización del asegurador)
9. Tomografía Computarizada (requiere pre-autorización del asegurador)

CUBIERTA DE MATERNIDAD

Servicios:

Tendrá derecho a este beneficio toda estudiante asegurada casada o soltera y la esposa elegible del estudiante como dependiente directo.

1. La estadía mínima para la paciente y su hijo recién nacido ha sido establecida por la Ley 248 del 15 de agosto de 1999, es de cuarenta y ocho (48) horas para parto natural y noventa y seis (96) horas para nacimiento por cesárea.
2. Altas antes de lo estipulado por ley tendrán que ser determinadas por el proveedor asistente con el visto bueno de la paciente.
3. El beneficio de maternidad cubre la visita de seguimiento del médico durante las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al alumbramiento y noventa y seis (96) horas para nacimientos por cesárea periodo en el cual el recién nacido también puede ser atendido en el hospital.

La cubierta de maternidad incluirá los siguientes beneficios:

1. Servicios de visitas pre-natales y post-natales con tres dólares \$3.00 de co-pago por visita.
2. Hospitalización (Aplicará el deducible de veinticinco dólares \$25.00 por admisión).
3. Parto normal o por cesárea.
4. Servicios de nursery para el recién nacido mientras la madre se encuentre hospitalizada. Una vez la madre sea dada de alta, los servicios al recién nacido están excluidos de la cubierta.
 - Por servicio de nursery se entenderá el cuidado regular de un recién nacido sano.

5. Los participantes previamente acogidos al Plan Familiar solo tienen que presentar la evidencia directamente al asegurador (**Certificado de Nacimiento**) para incluir al recién nacido, dentro de treinta (30) días siguientes a su nacimiento.
6. Aquellos estudiantes acogidos a la cubierta individual tendrán la oportunidad de incluir al niño(a) recién nacido dentro del periodo de treinta (30) días, solicitando un cambio de cubierta Individual a Familiar directamente con el asegurador y pagando la prima correspondiente. Para demostrar la elegibilidad presentará la evidencia (**Certificado de Nacimiento**) directamente al asegurador. Al efectuar el cambio de Plan individual a Plan Familiar los beneficios en cubierta no podrán sufrir cambio alguno hasta su renovación.

BENEFICIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL SIDA

Los beneficios de esta póliza son extensivos para el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) por todos los servicios cubiertos bajo esta póliza, luego del diagnóstico.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BÁSICA

1. Servicios prestados mientras la cubierta del (la) estudiante no estaba vigente.
2. Servicios que el (la) estudiante tenga derecho a recibir que resulten de enfermedades o lesiones cubiertas por:
 - * Título XVIII de la Ley Federal del Seguro Social (Medicare)
 - * Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACCA)
 - * Corporación del Fondo del Seguro del Estado
 - * Cualquier otro asegurador o parte que tenga responsabilidad primaria "Other Party Liability"
3. Servicios que sean recibidos de forma gratuita, prestados por cónyuges, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.

4. Servicios de enfermeras especiales.
5. La admisión de pacientes con fines puramente de diagnóstico; gastos por servicios de descanso, convalecencia y servicio de custodia.
6. Gastos por servicios y/o materiales para comodidad personal, durante una hospitalización, tales como teléfono, televisión, "Kit" de admisión, etc.
7. Servicios de acupuntura y su administración.
8. Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras.
9. Trasplantes de órganos, las evaluaciones y pruebas diagnósticas pre y post trasplante.
10. Servicios de Asistentes quirúrgicos.
11. Tratamientos para condiciones de la articulación temporomandibular (TMJ).
12. Laboratorios que requieren inoculación animal.
13. Laboratorios Bionucleares.
14. Hospitalizaciones para servicios que puedan ser prestados de forma ambulatoria.
15. Tuboplastías, vasectomías, vasovasectomías y cualquier procedimiento o servicio relacionado a conseguir la habilidad para procrear.
16. Servicios de Música terapia.
17. Hospitalizaciones para realizar procedimientos que puedan ser practicados de forma ambulatoria.
18. Aparatos y/o medicamentos anticonceptivos, así como su inserción, remoción o administración y sus complicaciones.
19. Servicios, procedimientos y/o tratamientos con el propósito de controlar el peso (obesidad o aumentar de peso).
20. Servicios de Medicina Deportiva (Excepto para los(as) estudiantes atletas certificados por la Universidad).
21. Servicios de terapia de rehabilitación y terapia del habla.
22. Cirugía plástica, con fines de embellecimiento (cosméticos o estéticos). Tratamientos o servicios para corregir defectos de apariencia, excepto cirugía plástica, por condiciones ocurridas después que el (la) estudiante tenga cubierta por el plan de la

Universidad y que impidan al (la) paciente el desarrollo de una vida normal, mediante previa certificación del asegurador.

23. Gastos para aparatos ortopédicos, prótesis, marcapasos, válvulas y otros instrumentos, aparatos o dispositivos artificiales.
24. Servicios, pruebas de diagnósticas y tratamientos ordenados y efectuados por, naturópatas, naturistas, osteópatas y quiroprácticos.
25. Laboratorios que requieran ser procesados fuera de Puerto Rico.
26. Vacunas activas y/o pasivas, excepto para menores de 18 años.
27. Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos por el patrono o para certificados de salud, excepto los requeridos por la Universidad para los(as) estudiantes atletas asegurados.
28. Servicios dentales y cirugías orales, excepto, para aquellos casos de traumas como consecuencia de accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza y que se demanda el servicio dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de haber ocurrido el mismo. **Explícitamente se excluye la prótesis.**
29. Mamoplastía, excepto la reconstrucción y prótesis del seno, posterior a mastectomía por condición de cáncer.
30. Pruebas de embarazo.
31. El Plan Individual no provee cubierta a hijos(as).
32. Uso de monitor fetal de forma ambulatoria y en aquellos hospitales asociados que no dispongan de dicho equipo.
33. Pruebas de amniocentesis.
34. Esterilizaciones, independientemente de si existe o no necesidad y/o justificación médica.
35. Servicios, tratamiento u hospitalizaciones que surjan por la comisión de un delito por la persona cubierta, por negligencia crasa, o por un aborto provocado (no terapéutico) ni sus complicaciones.
36. Servicios de ambulancia aérea ni marítima, excepto los servicios disponibles según los estándares o el protocolo establecido.
37. 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.

38. Tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal.
39. Tratamiento para condiciones de acné están expresamente excluidos. De igual forma las visitas a médicos, consultas, procedimientos y medicamentos para el tratamiento de acné.
 - a. El (la) estudiante de la Universidad de Puerto Rico tiene derecho a una (1) consulta que pueda solicitar exclusivamente el médico de Servicios Médicos del Sistema Universitario al dermatólogo.
 - b. A tales efecto, el (la) estudiante ha de ser referido (a) por el médico del Recinto. **Repetimos, este servicio es exclusivamente para el (la) estudiante.**
40. Procedimientos nuevos y/o experimentales que no hayan sido aprobados para inclusión en la cubierta del plan médico por el asegurador.
41. Tratamientos de enfermedades que los hospitales asociados de acuerdo a sus reglamentos no puedan aceptar.
42. Cuidado relacionado con el Servicio Militar, incluyendo incapacidad y otras condiciones para las cuales el (la) participante está legalmente en derecho de recibir al igual por facilidades a las que tiene derecho por condiciones resultantes de guerras fuera declarada o no declarada. Estos son servicios suministrados por el Gobierno Federal.
43. Servicios prestados u ordenados por iridiólogos.
44. Terapia ocupacional y rehabilitativa, ni las hospitalizaciones con estos propósitos, debido a accidentes o enfermedad.
45. Rinoplastia, si es con fines cosméticos.
46. Keloides y reparación de Keloides, si es con fines cosméticos.
47. Tratamientos relacionados con fertilidad, infertilidad e impotencia.
48. Terapia auditiva.
49. Pruebas diagnósticas adicionales por pérdida de audición, audiometría, audiogramas y timpanometría, debido a accidente o enfermedad.
50. Aditamentos de audición y cualquier tipo de prótesis relacionada.
51. Espejuelos y lentes de contacto (corrección visual) y cualquier tipo de prótesis relacionada.
52. Medicinas recetadas en forma ambulatoria, excepto para los participantes acogidos a la cubierta de farmacia.

53. Gastos por equipos o aparatos utilizados para fines de diagnóstico tales como equipo para tomar presión arterial, equipo para medir azúcar en la sangre y otros.
54. 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.
55. Viajes aún cuando sean ordenados por el médico como necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión.
56. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina tales como nutricionistas, dietistas, terapeutas en general entre otros. Los servicios de nutricionista y dietistas solo se considerarán si son ordenados por un médico y con la pre-autorización del asegurador.
57. Gastos que surjan por tratamiento, condiciones y procedimientos excluidos.
58. Tratamiento para el SIDA por servicios prestados fuera de Puerto Rico.
59. Inyecciones intrarticulares.
60. Servicios en facilidades de "Multiphasic screening".
61. Servicios y tratamientos relacionados a enfermedades, deformaciones o condiciones congénitas.
62. Tratamientos para las condiciones del alcoholismo y adicción a drogas fuera de Puerto Rico.
63. Los(as) estudiantes acogidos(as) al seguro solo durante el verano, no estarán cubiertos(as) ni sus dependientes a los servicios de cirugía electiva, ni los servicios de maternidad.
64. Litotripcia (Ondas de Choques)
65. Ningún servicio médico será pagado por pérdidas o gastos relacionados o resultados por condiciones pre-existentes y que requieran pre-certificación y/o pre-autorización. Solo se consideran aquellos(as) participantes que han estado asegurados(as) continuamente por la cubierta ofrecida por la aseguradora y/o cualquier otra durante seis (6) meses consecutivos previo a la fecha de efectividad del contrato.
66. Servicios que sean brindados o cubiertos con arreglo a legislación estatal o federal.
67. Servicios brindados durante una situación de emergencia o urgencia no se interpretarán como servicios cubiertos si han sido clasificados previamente como excluido.
68. Circuncisión para niños y adultos.

69. Dependientes del (la) estudiante si no han presentado la evidencia de elegibilidad al asegurador y pagado la prima correspondiente.
70. Vacunas requeridas para viajar.
71. Liposucción, esta excluida por ser considerada como un procedimiento para fines cosméticos.
72. Estudios genéticos.
73. Servicios recibidos en los Estados Unidos, que no son definidos como emergencia y no fueron coordinados ni autorizados por el asegurador.
74. Servicios recibidos en los Estados Unidos en oficinas de médicos.
75. Servicios recibidos fuera del territorio de Puerto Rico y los Estados Unidos.

CUBIERTAS OPCIONALES

“MAJOR MEDICAL”

Si un(a) participante como resultado de un accidente o enfermedad, incurre en gastos específicamente cubiertos por la cubierta de “Major Medical”, los cuales no estén cubiertos bajo la Cubierta Básica y mientras el seguro esté en vigor, la aseguradora reembolsará el ochenta por ciento (80%) bajo la propuesta de co-aseguro 80/20 establecido en el contrato de los gastos por servicios médicos incurridos en exceso del deducible acumulado hasta un máximo de \$250,000.00 por vida asegurada.

Los pagos por los servicios médicos de ser necesario deben ser solicitados por los participantes directamente al asegurador para que coordine los mismos y sean estos remitidos directamente al proveedor que ofreció el servicio.

Beneficio Máximo

\$250,000.00 por participante.

Deducible

Bajo la propuesta de **Plan Individual** el estudiante acumulará en el año póliza la cantidad de \$100.00 de servicios prestados, antes de tener derecho al reembolso incurrido por gastos médicos cubiertos bajo “Major Medical”. La propuesta de **Plan Familiar**, el(la) estudiante junto a sus dependientes elegibles acumulará la cantidad de trescientos dólares \$300.00 antes de tener derecho al reembolso incurrido de gastos cubiertos bajo “Major Medical” El periodo de acumulación iniciará a la fecha de efectividad de la póliza y terminará al vencimiento de la misma. De igual forma se acumulará en la renovación desde la fecha de efectividad hasta el vencimiento de la póliza.

Co-aseguro

Los gastos médicos elegibles bajo esta cubierta, se reembolsarán durante el año póliza, luego de haber satisfecho el deducible bajo la propuesta de co-aseguro 80/20 según detallamos a continuación:

1. Los primeros \$2,000.00 de gastos elegibles ---- 80%
2. El exceso de \$2,000.00 hasta el límite máximo de \$250,000.00 ----100%

Aquellas partidas pagadas por el participante en facilidades participantes o no participantes de la red de proveedores del asegurador tales como, deducibles, co-pagos y co-aseguros aplicables en la Cubierta Básica, no son partidas elegibles para satisfacer el deducible de la cubierta de “Major Medical”.

Beneficios elegibles bajo la cubierta de “Major Medical”

1. Servicios prestados fuera del territorio de Puerto Rico y Estados Unidos serán tratados de la siguiente manera:
 - A. El (la) participante deberá estar acogido a la Cubierta de “Major Medical” y los servicios que solicite correspondan a los beneficios descritos en la misma.
 - B. Cuando se trate de emergencias médicas por causa de un accidente o enfermedad ocurrida durante un viaje fuera de Puerto Rico, no se requerirá pre-autorización. Pero si es requerido que dicha eventualidad sea notificada al asegurador dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de haber solicitado el servicio para poder honrar la cubierta. La aseguradora reembolsará al participante los costos establecidos por los mismos servicios a la tarifa de Puerto Rico.
 - C. Se aplicará el co-aseguro de veinte por ciento (20%) hasta un máximo de \$2,000.00. Este es el por ciento que le corresponde pagar al (la) participante.

- D. Toda reclamación de reembolso debe ser sometida dentro del periodo de noventa (90) días iniciando en la fecha en que se brindó el servicio.
2. Terapias respiratorias en exceso de las que brinda la Cubierta Básica.
 3. Terapias físicas, en exceso de las que brinda la Cubierta Básica.
 4. Los servicios diagnosticados y relacionados con enfermedades renales tales como:
 - diálisis,
 - hemodiálisis y
 - complicaciones que estén relacionadas directamente con la enfermedad.(Están cubiertas hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad)
 5. Se brindará cubierta de cirugía cosmética debido a lesiones sufridas en un accidente mientras el(la) participante esté acogido bajo la cubierta de “Major Medical”. El cuidado o tratamiento médico debe ser prestado durante los seis (6) meses siguientes al accidente.

Los servicios que detallamos a continuación están cubiertos bajo “Major Medical,” pero requieren pre-autorización del asegurador.

- La compra o el alquiler de una silla de ruedas manual.
- Equipo para administrar oxígeno.
- Cama de hospital.
- Los aparatos ortopédicos.
- Prótesis, una (1) por vida del(la) participante.
- Trasplantes de hueso, piel y córnea requieren de la coordinación con el asegurador.

Exclusiones de la cubierta de “Major Medical”

1. Todas las exclusiones contenidas en la Cubierta Básica y que no estén específicamente cubiertas bajo “Major Medical”.
2. Cargos por hospitalizaciones, procedimientos, tratamientos y condiciones no cubiertas específicamente bajo los beneficios descritos en el “Major Medical”.
3. Cualquier beneficio amparado bajo la Cubierta Básica, excepto alguno que esté específicamente cubierto.
4. Deducibles, co-pagos y co-aseguros que sean de aplicabilidad a la Cubierta Básica y los que correspondan a cualquier otra Cubierta Opcional.

CUBIERTA OPCIONAL DE MEDICINAS EN FARMACIA

El Plan Médico de Estudiantes cubre toda prescripción de medicinas que sean ordenadas por escrito por un médico para tratamientos médicos cubiertos bajo esta póliza. El (la) participante pagará un deducible de cuatro dólares (\$4.00) por medicamento durante el primer año del contrato y cinco dólares (\$5.00) a partir de la renovación del segundo y del tercer año del contrato. Este plan cubrirá medicamentos genéricos/ bioequivalentes como primera opción. Los medicamentos de marca o éticos estarán cubiertos solo cuando el médico indique en la receta **no sustituir** y de no existir el medicamento genérico/bioequivalente.

Las siguientes condiciones y limitaciones aplicarán a la Cubierta de Medicinas en Farmacia:

1. Cubre aquellos medicamentos que por ley federal o estatal se requiere que en su rotulación o etiqueta indique la frase: "CAUTION: FEDERAL LAW PROHIBITS DISPENSING WITHOUT PRESCRIPTION".
2. Cubre medicinas compuestas en las cuales uno de los ingredientes es una droga de leyenda.
3. Cubre insulina mediante prescripción médica.
4. La cantidad de medicinas despachadas conforme a una receta original estará limitada a un abastecimiento de quince (15) días consecutivos del tratamiento.
5. Los siguientes medicamentos, el despacho estará limitado a un abastecimiento de treinta (30) días consecutivos por cada receta:
 - a. Productos de tiroides y sus derivados
 - b. Medicamentos para el asma
 - c. Medicamentos para condiciones cardiovasculares incluyendo antihipertensivos
 - d. Desórdenes Convulsivos

- e. Medicamentos para diabetes
 - f. Medicamentos para condiciones psiquiátricas, incluyendo antidepresivos.
 - g. Reemplazo hormonal de estrógenos y progesteronas.
 - h. Medicamentos para el tratamiento del SIDA, Agentes antivirales.
 - i. Medicamentos para el tratamiento de artritis.
 - j. Antiartríticos
 - k. Diuréticos
 - l. Terapia para el Cáncer
 - m. Anti-Parkinson
 - n. Agentes psicoterapéuticos
 - o. Medicamentos utilizados para glaucoma
 - p. Antagonistas H2
 - q. Inhibidores de la Bomba de Protón
 - r. Anticoagulantes
 - s. Medicamentos para otras condiciones crónicas que requieren pre-autorización del asegurador.
6. La repetición de medicamentos está cubierta hasta un máximo de dos (2) repeticiones por receta.
7. Cobre Gamma Globulina como tratamiento profiláctico para la prevención de hepatitis, siempre y cuando el suero se administre en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas después de que el (la) participante haya contraído el riesgo de posible contaminación.
8. Los medicamentos no podrán ser despachados después de haber transcurrido quince (15) días 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.
9. Los medicamentos para condiciones de dependencia a sustancias controladas y alcoholismo están cubiertos sujeto a pre-autorización y certificación del asegurador.

Exclusiones de la Cubierta de Medicinas en Farmacia

1. No están cubiertos los cargos por recursos y medicamentos contraceptivos, instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas o recursos e instrumentos similares aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
2. Cualquier cargo por la administración o inyección de medicinas no está cubierto.
3. Todas las medicinas para las cuales no se requiera prescripción médica a tenor con las leyes federales, medicinas sobre el mostrador, ("Over the counter", O.T.C.).
4. Cualquier medicina cubierta o consumida en el lugar que se prescriba u ordene.
5. Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de la ley.
6. Medicinas por las cuales el estudiante pueda ser compensado bajo las Leyes del Trabajo, Leyes de Responsabilidad del Patrono o por las cuales el (la) participante sin costo alguno reciba reembolsos de cualquier agencia del gobierno federal o estatal.
7. Equipo o aparatos de cualquier tipo, aún cuando para comprar los mismos se requiera receta escrita, tales como equipos artificiales, prenda de soporte o cualquier otra sustancia no médica o equipos similares.
8. Drogas con fines para el tratamiento de infertilidad o fertilidad.
9. Medicinas rotuladas "Caution-Limited by Law to Investigational Use" o drogas de experimentación, aún cuando se le haga cargo alguno al individuo.
10. Medicinas que tienen que ser tomadas o administradas en dosis completas o parciales, mientras el (la) participante esté hospitalizado(a) 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.

11. Productos Minoxidil en todas sus formas incluyendo Rogaine, Propecia y otros.
12. Medicamentos para dejar de fumar.
13. Hormonas para crecimiento.
14. Medicamentos para la condición de impotencia.
15. Medicamentos para bajar de peso incluyendo el Zenical.
16. Medicamentos usados para fines cosméticos.
17. Medicamentos naturales.
18. Servicios de despacho de medicamentos después de expirada la cubierta.

CUBIERTA OPCIONAL DENTAL

Los servicios de la cubierta opcional dental estarán disponibles para todos los (as) participantes elegibles que se acojan y paguen la prima correspondiente por la misma. La cubierta pagará por servicios que se consideren médicamente necesarios.

Servicios Preventivos

1. Examen oral inicial, limitado a uno (1) por año póliza.
2. Examen periódico, uno (1) cada seis (6) meses.
3. Serie Completa de Radiografías intraorales (1) una cada dos (2) años.
4. Radiografías Panorámicas, máxima una (1) cada dos (2) años.
5. Radiografías Periapicales, una (1) inicial y un máximo de cinco (5) por año póliza.
6. Radiografías de mordida, un (1) "Set" por año póliza.
7. Limpiezas dentales, una (1) cada seis (6) meses.
8. Aplicación de fluoruro, una (1) cada seis (6) meses, hasta los 19 años.
9. Mantenedores de espacio para sustituir molares deciduos que se pierdan de forma prematura, uno (1) por área por asegurado por vida.
10. Los servicios dentales descritos en Servicios Preventivos no se aplicará deducible.

Servicios Restaurativos*

1. Restauraciones en amalgama o resinas compuestas.
2. Endodoncia, incluye tratamiento de canal y relleno de canal para toda la dentadura.
3. Extracciones quirúrgicas, incluyendo el cuidado pre y postoperatorio, anestesia local y la sutura necesaria.
4. Tratamiento Paliativo.

* Los servicios descritos anteriormente como restaurativos, están sujetos a un co-aseguro de veinticinco por ciento (25%).

Otros servicios dentales

Ortodoncia (08000-08999) 30% Co-aseguro. Este beneficio tendrá un límite máximo de ochocientos (\$800.00) dólares durante el año contrato por reembolso y los participantes pueden disfrutar del beneficio hasta el día en que cumplen veintiún (21) años de edad.

Exclusiones de la Cubierta Dental

1. Servicios o tratamientos por razones puramente cosméticas o de embellecimiento.
2. Servicios que sean gratuitos o prestados por cónyuges, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.
3. Procedimientos o servicios en etapa experimental o investigativos, ni los medicamentos relacionados con éstos.
4. Gastos por servicios dentales que resulten de lesiones por guerra.
5. Reclamos por servicios prestados antes de la fecha de efectividad de la póliza.
6. Enfermedades o accidentes cubiertos bajo cualquier ley de compensaciones tales como: Ley de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA).
7. Cualquier otro tratamiento o servicio que no esté especificado bajo la cubierta dental acogida por el asegurado.
8. Los servicios no utilizados durante el año póliza no se acumulan para los años subsiguientes.
9. Tratamientos para condiciones de la articulación temporomandibular (TMJ).
10. Tratamiento de Ortodoncia (08000-08999) a personas mayores de veintiún (21) años de edad.

GUÍAS GENERALES PARA LA COTIZACIÓN DE PLANES MÉDICOS ALTERNOS (PLAN ALTERNO)

Las propuestas de planes médicos alternos para los estudiantes de la Universidad de Puerto Rico deberán cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

1. Cubrir servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos, médico-ambulatorios, laboratorios, rayos X, pruebas de diagnóstico especializadas y salud mental.
2. Cubrir servicios por médicos-cirujanos generalistas, especialistas y sub-especialistas.
3. Cubrir condiciones de embarazo.
4. Cubrir pacientes con condiciones de SIDA.
5. Cubrir exámenes físicos requeridos a los (as) estudiantes atletas.
6. Proveer cubierta a los(as) participantes asegurados fuera de Puerto Rico mediante reembolso al asegurado.
7. Cubrir condiciones de dependencias a sustancias controladas y alcohol.

Las propuestas de planes alternos deberán identificar y explicar claramente:

1. Los límites de cubierta, si alguno.
2. Cualquier deducible y co-aseguro que aplique.
3. El mecanismo de acceso para obtener el servicio.
4. Cualquier cubierta de beneficios que pueda ser adquirida de forma opcional por el (la) estudiante.