

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD CUBIERTA DEL PLAN MI SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

La Compañía de Seguros de Salud propuesta tendrá una amplia cobertura con un mínimo de exclusiones. No habrá exclusiones o limitaciones para condiciones pre-existentes, ni períodos de espera una vez se otorga la cobertura al beneficiario. La fecha de elegibilidad del beneficiario determinará la cubierta de beneficios contratados aún cuando el procedimiento o tratamiento requerido haya sido médicamente recomendado previo a dicha fecha.



Tabla de Contenidos

SERVICIOS PREVENTIVOS -----	2
SERVICIOS DENTALES -----	3
SERVICIOS DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS -----	3
SERVICIOS AMBULATORIOS DE REHABILITACIÓN -----	4
SERVICIOS MEDICOS Y QUIRÚRGICOS -----	4
SERVICIOS DE AMBULANCIA -----	5
SERVICIOS DE MATERNIDAD -----	5
SERVICIOS EN SALAS DE EMERGENCIAS -----	5
SERVICIOS DE HOSPITALIZACION -----	6
SERVICIOS DE SALUD MENTAL -----	7
HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL -----	7
SERVICIOS DE FARMACIA -----	7
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BASICA -----	7
CUBIERTA ESPECIAL -----	9
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA ESPECIAL -----	12
CUBIERTA MEDICARE -----	12

SERVICIOS PREVENTIVOS

- **Vacunas** – Provistas por el Departamento de Salud de Puerto Rico. MI Salud cubrirá la administración de las vacunas de acuerdo al itinerario establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico.
- **Cuidado del Niño Saludable** - Una (1) evaluación comprensiva de salud anual por un profesional de la salud acreditado. Esta evaluación anual complementa los servicios para niños y jóvenes que deberán ser provistos conforme al esquema de periodicidad publicado por “The American Academy of Pediatrics” y el Título XIX (EPSDT).
- Examen de los ojos.
- Examen auditivo, incluyendo cernimiento auditivo en recién nacidos previo a la alta del hospital.
- Evaluación y cernimiento nutricional.
- Laboratorios y todos aquellos exámenes y pruebas diagnósticas de acuerdo a la edad, sexo y condición de salud del beneficiario.
- Cernimiento para cáncer ginecológico y de la próstata de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas, incluyendo las pruebas de Papanicolau, mamografías y P.S.A cuando sean médicamente necesarias y de acuerdo a la edad del beneficiario.
- La política pública en Puerto Rico establece la edad de cuarenta (40) años como fecha inicial para el cernimiento de cáncer de mama y mamografías.
- Sigmoidoscopias y colonoscopias para la detección de cancer de colon en adultos de cincuenta (50) años en adelante clasificados en grupos de riesgo de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas.
- Cuidado del niño sano durante los primeros dos (2) años de vida del niño.
- Educación y consejería en salud física, oral y nutricional.
- Consejería en salud reproductiva (planificación familiar). Las Organizaciones de Cuidado de Salud asegurarán el acceso a los métodos contraceptivos y los mismos serán provistos (“puestos a su disposición”) por el Departamento de Salud.
- Jeringuillas para administración casera de medicamentos.
- Certificados de salud que están cubiertos bajo el Plan MI Salud del Gobierno de Puerto Rico (cualquiera otros están excluidos):
 - ✓ Certificados de salud que incluyan VDRL y pruebas de tuberculina (TB). Los certificado tienen que poseer el sello del Departamento de Salud y ser provisto en las Organizaciones de Cuidado de Salud acreditadas a un costo máximo al beneficiario de \$5.00.
 - ✓ Cualquiera otro tipo de certificacion requerida al beneficiario relacionada a la elegibilidad para el Programa Medicaid (ej, historial médico) será provista al beneficiario sin cargo alguno.
 - ✓ El beneficiario será responsable del pago de los deducibles que aplique por los procedimientos y pruebas de laboratorios necesarias.
 - ✓ Será responsabilidad del beneficiario cualquier deducible aplicable para procedimientos y pruebas de laboratorios necesarios relacionados con la emisión de un certificado de salud.
- Examen anual físico y de seguimiento para el paciente diabetic de acuerdo a la guia de tratmiento para el paciente diabetic y a los protocolos del Departamento de Salud.

SERVICIO DENTALES

- **Preventivo (niños)**
- **Preventivo (adultos)**
- **Restaurativo**

Servicios de la cubierta dental serán identificados utilizando los códigos publicados de la Asociación Dental Americana (ADA) para procedimientos establecidos por ASES.

- Un (1) examen oral comprensivo.
- Un (1) examen periodico cada seis (6) meses.
- Un (1) examen oral limitado-problema definido.
- Una (1) serie completa de radiografías intra-orales, incluyendo mordida cada tres (3) años.
- Una (1) radiografía intraoral periapical inicial.
- Hasta cinco (5) radiografías intra-orales/periapicales adicionales por año.
- Una (1) radiografía de mordida- película sencilla.
- Una (1) radiografía de mordida de dos (2) películas por año.
- Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años.
- Una (1) limpieza de adulto cada seis (6) meses.
- Una (1) limpieza de niño cada seis (6) meses.
- Una (1) aplicación de fluoruro topical cada seis (6) meses para beneficiarios menores de 19 años.
- Sellantes de fisura para los beneficiarios hasta los 14 años de edad. Incluye molares deciduales hasta los ocho (8) años de edad, cuando sea clínicamente necesario debido a tendencia en caries.
- Restauraciones en amalgamas.
- Restauraciones en resina.
- Tratamiento de canal ("root canal").
- Cirugía oral.
- Tratamiento paliativo.
- Terapia de pulpa en etapa pediátrica (pulpotomía).
- Coronas en acero inoxidable para uso en dientes primarios luego de una pulpotomía pediátrica.

SERVICIOS DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS

- **Laboratorios de alta tecnología (Hi-tech)**
- **Laboratorios Clínicos**
- **Rayos X**
 - **Puebas Diagnósticas Especializadas**
 - Laboratorios Clínicos, incluyendo pero no limitados a, cualquier orden de laboratorio para propósitos de diagnosticar una enfermedad aún cuando el diagnóstico final sea una condición o enfermedad excluida de la cubierta.
 - Electrocardiogramas
 - Radioterapias
 - Patologías
 - Gases arteriales y pruebas de función pulmonar.

- Electroencefalogramas

SERVICIOS AMBULATORIOS DE REHABILITACION

- Un mínimo de 15 tratamientos de terapia por condición del beneficiario por año cuando sean indicadas por un ortopeda o fisiatra.
- Terapia ocupacional, sin limitaciones.
- Terapia, sin limitaciones.

SERVICIOS MEDICOS Y QUIRURGICOS

- **Visitas a proveedores de cuidado primario, incluyendo médicos primarios y servicios de enfermería.**
- **Tratamiento con especialistas, una vez es referido por el médico primario seleccionado.**
- **Tratamiento con sub-especialistas, una vez es referido por el médico primario seleccionado.**
 - Visitas del médico al hogar cuando sea medicamento necesario.
 - Terapia respiratoria, sin limitaciones.
 - Servicios de anestesia.
 - Servicios de radiología.
 - Servicios de patología.
 - Cirugía.
 - Uso de facilidades de cirugía ambulatoria.
 - Servicios de diagnóstico para casos que presenten síntomas de desordenes en aprendizaje.
 - Servicios de enfermería práctica.
 - Estelirizaciones voluntarias para hombre y mujeres en edades apropiadas previamente informados sobre las implicaciones del procedimiento médico. El médico tiene que evidenciar el consentimiento escrito del paciente.
 - Servicios de enfermería provistos por el Departamento de Salud.
 - **Prostéticos:** Incluye el suplido de todas las extremidades del cuerpo incluyendo prostéticos terapéuticos oculares, bandeja de instrumentación segmental y fusión espinal en escoliosis y cirugía vertebral.
 - Equipo de ostomía para pacientes ostomizados a nivel ambulatorio.
 - **Sangre.** Plasma y sus derivados, sin limitaciones, incluyendo autóloga y sangre irradiada: factor IX monoclonal con la previa autorización de un hematólogo certificado; *intermediate purity concentrated ant hemophilic factor (Factor VIII)*; factor antihemofílico tipo monoclonal con previa autorización de un hematólogo certificado; with a certified complejo activado de protrombina (Autoflex y Feiba) con autorización previa de un hematólogo certificado.
 - Servicios para pacientes con enfermedad renal crónica en los dos primeros niveles (Niveles 3 a 5 están incluidos en la Cubierta Especial).

Lo siguiente es una descripción de las etapas en la enfermedad renal crónica¹:

Nivel 1- GFR (Filtración Glomerular – ml/min. per 1.73m² por superficie de área corporal) sobre 90, pudiera resultar en daño leve cuando la proteína está presente en la orina.

¹ Tomado de la Fundación Nacional del Riñón, Resultados de la Iniciativa de Calidad de la Enfermedad del Riñón

Level 2- GFR entre 60 y 89, ligera disminución de la función renal.

Cuando la filtración disminuye bajo <60 ml/min per 1.73 m² paciente tiene que ser referido al nefrólogo para el manejo apropiado. Este paciente pasará a la Cubierta Especial.

SERVICIO DE AMBULANCIA

- Transportación ,marítima, aérea y terrestre sera cubierta en casos de emergencia dentro de los límites territoriales de Puerto Rico. Estos servicios no requieren preautorización o precertificación

SERVICIOS DE MATERNIDAD

- **Las mujeres tiene el derecho de seleccionar libremente un obstetra-ginecólogo dentro de la red de proveedores de la Aseguradora, sujeto a la coordinación final con dicho proveedor. Diferenciales en intervenciones diagnosticas hasta la confirmación del diagnóstico de embarazo no son parte de esta cubierta. Cualquier procedimiento después de confirmado el diagnóstico de embarazo estará a riesgo de la Aseguradora.**
- **Services Prenatales**
- Services médicos, durante y post-parto.
- Médicos y servicios de enfermera obstétrica durante parto normal, cesárea y cualquiera otra compliación que pudiera ocurrir.
- La Compañía de Seguros seleccionada tiene que asegurarse de que al menos se le provean 48 horas de hospitalización a la madre y al recién nacido en caso de un parto vaginal y 96 horas en caso de una cesárea
- Anestesia.
- Uso de incubadora, sin limitaciones.
- Servicios de monitor fetal solamente durante hospitalización.
- Cuidado rutinario del recién nacido en la sala de neonatos ("nursery").
- Circuncisión y servicios de dilatación para bebés recién nacidos.
- Transportación del recién nacido a facilidades terciarias.
- Asistencia del Pediatra durante la cesarea o parto de alto riesgo.

SERVICIOS EN SALAS DE EMERGENCIAS

- **Visitas a Salas de Emergencias**
- **Trauma**
- Preautorizaciones or precertificaciones no serán requeridas para accesar estos servicios.
- Uso de la Sala de Emergencia y sala de operaciones.
- Atención médica.
- Servicios de rutina y necesarios en la sala de emergencias.
- Terapia respiratoria, sin limitaciones.
- Tratamiento por Especialistas y Subespecialistas cuando sea requerido por el médico de la Sala de Emergencias.
- Anestesia.
- Material quirúrgico.
- Pruebas de laboratorio.

- Rayos-X.
- Medicamentos, medicinas y soluciones intravenosas para ser utilizadas en la sala de emergencias.
- Sangre. Plasma y sus derivados, sin limitaciones, incluyendo autóloga y sangre irradiada: factor IX monoclonal con la previa autorización de un hematólogo certificado; *intermediate purity concentrated ant hemophilic factor (Factor VIII)*; factor antihemofílico tipo monoclonal con previa autorización de un hematólogo certificado; with a certified complejo activado de protrombina (Autoflex y Feiba) con autorización previa de un hematólogo certificado.
- Servicios de emergencia fuera de Puerto Rico serán cubiertos de acuerdo a las tarifas de un proveedor no-participante.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

- **Hospitalizaciones**
- **Sala de neonatos (*Nursery*)**
- Cama en habitación semi-privada disponible 24 horas al día, todos los días del año.
- Sala de aislamiento por razones médicas.
- Alimentos, incluyendo servicios de nutrición especializada.
- Servicio regular de enfermería.
- Uso de salas especializadas, como,, operaciones, quirúrgicas, recuperación, tratamiento y maternidad sin limitaciones.
- Medicamentos, medicina y agentes contrastantes, sin limitaciones.
- Materiales, como, vendajes, gasas, yesos, o cualquier otro material terapéutico o de curación.
- Servicios terapéuticos y mantenimiento del cuidado, incluyendo el uso del equipo necesario para ofrecer el servicio.
- Pruebas diagnósticas especializadas, como, electrocardiogramas, electroencefalogramas, gases arteriales y otras pruebas especializadas disponibles en el hospital y que sean necesarias durante la hospitalización del paciente.
- Suministro de oxígeno, anestésicos y otros gases incluyendo su administración.
- Terapia respiratoria, sin limitaciones.
- Servicios de rehabilitación mientras el paciente está hospitalizado, incluyendo terapias físicas, ocupacional y del habla.
- Uso de facilidad de cirugía ambulatoria.
- Sangre. Plasma y sus derivados, sin limitaciones, incluyendo autóloga y sangre irradiada: factor IX monoclonal con la previa autorización de un hematólogo certificado; *intermediate purity concentrated ant hemophilic factor (Factor VIII)*; factor antihemofílico tipo monoclonal con previa autorización de un hematólogo certificado; with a certified complejo activado de protrombina (Autoflex y Feiba) con autorización previa de un hematólogo certificado.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento para individuos, parejas, familias y grupos.
- Servicios ambulatorios con psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.
- Hospitalización o servicios ambulatorios por uso de sustancias y abuso de alcohol.

- Servicios intensivos ambulatorios.
- Emergencias y servicios de intervención en crisis 24 horas al día, siete días a la semana.
- Servicios de desintoxicación para beneficiarios intoxicados con sustancias ilegales, intentos suicidas, o envenenamiento accidental.
- Clínicas para medicinas inyectables de larga duración.
- Escolta/asistencia profesional y servicios de ambulancia cuando sean necesarios.
- Prevención y servicios de educación secundaria.
- Cubierta de farmacia y acceso a medicamentos en un período no mayor de 24 horas.
- Laboratorios medicamente necesarios.
- Tratamiento para pacientes diagnosticados con ADD con o sin hiperactividad. Esto incluye pero sin limitarse a, visitas a neurólogos y pruebas relacionadas al tratamiento de este diagnóstico.
- Consulta Y coordinación con otras agencias.

HOSPITALIZACION SALUD MENTAL

- Servicios de hospitalización parcial para casos referidos por diagnóstico y fase primaria de tratamiento psiquiátrico de acuerdo con la disposición de paridad de la Ley 408 del 2 de octubre de 2000.
- Hospitalización para casos que presentan una patología mental que no sea el abuso de sustancias cuando es referido por el diagnóstico y fase primaria de tratamiento psiquiátrico de acuerdo con la disposición de paridad en la Ley 408 del 2 de octubre de 2000

SERVICIOS DE FARMACIA

- **Co-pagos para medicinas recetadas.**
- Medicamentos incluidos en el Formulario de Medicamentos Preferidos (PDL, por su siglas en inglés).
- Medicamentos incluidos en el Formulario Maestro serán cubiertos a través del proceso de excepción.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BASICA

- Servicios para pacientes no elegibles.
- Servicios para enfermedades no cubiertas o trauma.
- Servicios por accidentes automovilísticos cubiertos por la Administración de Compensación por Accidentes Automovilísticos (ACAA).
- Accidentes del trabajo cubiertos por ley a través Fondo del Seguros del Estado (CFSE).
- Servicios cubiertos por cualquier otro seguro o entidad con responsabilidad primaria ("third party liability").
- Servicios de enfermera especializada para la comodidad del beneficiario cuando no

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BASICA

- es medicamento necesario.
- Hospitalizaciones para servicios ambulatorios.
 - Hospitalización del paciente para propósitos de diagnóstico únicamente.
 - Gastos para la comodidad personal, material o servicios, como, teléfono, televisión, kit de admisión, etc.
 - Servicios brindados por familiares cercanos (padres, hermanos, abuelos, tíos, nietos, primos, esposos, etc.).
 - Trasplante de órganos.
 - Laboratorios que no sea necesario procesarlos fuera de Puerto Rico.
 - Tratamiento para el control de peso (obesidad o ganancia de peso) por razones estéticas.
 - Medicina deportiva, musicoterapia y medicina natural
 - Tuboplastia, vasovasectomía y cualquier otro procedimiento para restaurar la habilidad de procrear.
 - Cirugía cosmética o corrección quirúrgica de defectos físicos.
 - Servicios, pruebas diagnósticas o tratamiento ordenado o provisto por naturópatas, naturistas, quiroprácticos, iridiólogos o osteopatas.
 - Mamoplastia o reconstrucción básica de senos para propósitos estéticos solamente.
 - Uso ambulatorio de monitor fetal.
 - Servicios, tratamientos u hospitalizaciones como resultado de un aborto provocado, no-terapéutico o sus complicaciones. Los siguientes son considerados abortos provocados (código y descripción):
 - ✓ **59840** – Aborto inducido - dilatación y curetaje.
 - ✓ **59841** – Aborto inducido - dilatación y expulsión.
 - ✓ **59850** – Aborto inducido - inyección intra amniótica.
 - ✓ **59851** - Aborto inducido - inyección intra amniótica.
 - ✓ **59852** - Aborto inducido - inyección intra amniótica.
 - ✓ **59855** – Aborto inducido, por uno o más supositorios vaginales (ej., prostaglandin) con o sin dilatación cervical (ej., laminar), incluyendo admisión en hospital y visitas, nacimiento de feto y secundinas.
 - ✓ **59856** – Aborto inducido, por uno o más supositorios vaginales (ej., prostaglandin) con dilatación y curetaje/o evacuación.
 - ✓ **59857** Aborto inducido, por uno o más supositorios vaginales (ej., prostaglandin) con histerectomía (omitida expulsión médica).
 - ✓ Cualquier certificación para el beneficiario del Plan MI Salud relacionada con la elegibilidad para el Programa Medicaid (e.i. historial de medicamentos) será provista sin cargo alguno para el beneficiario.
 - Rebetrón y cualquier otro medicamento recetado para el tratamiento de Hepatitis C, de los cuales el tratamiento y los medicamentos están excluidos de la cubierta de salud mental y física.
 - Servicios de anestesia epidural.
 - Estudio de polisomnografía.
 - Servicios que no son ni razonables ni necesarios de acuerdo con las prácticas aceptadas de la medicina. Normas y servicios provistos en exceso a lo normalmente requerido para el diagnóstico, prevención, enfermedad, tratamiento, lesión o disfunción del sistema de órganos o para la condición de embarazo.
 - Servicios de salud mental que no son ni razonables ni necesarios de acuerdo con la práctica y las normas aceptadas de la psiquiatría médica, servicios prestados en exceso a lo requerido normalmente para el diagnóstico, la prevención y tratamiento de una enfermedad de salud mental.
 - Tratamiento para el dolor crónico si se determina que el dolor tiene origen psicológico o sicosomático.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BASICA

- Tratamiento para cesar de fumar.
- Pruebas educacionales, servicios educacionales.
- Dialisis peritoneal o servicios de hemodiálisis. (Cubiertos bajo la cubierta especial.)
- Procedimientos nuevos y experimentales que no hayan sido aprobados por ASES para ser incluidos en la cubierta básica.
- Los servicios de custodia, el descanso o convalecencia una vez que la enfermedad está controlada o en casos terminales e irreversibles.
- Los gastos de los pagos emitidos por el beneficiario a un proveedor participante sin un límite contractual con el proveedor para hacerlo.
- Servicios ordenados o prestados por proveedores no-participantes, con excepción de emergencias reales y casos verificados de emergencia o previas autorizaciones realizadas por la Aseguradora.
- Cirugías neurológicas y cardiovasculares y servicios relacionados. (Servicio cubierto bajo la cubierta especial).
- Servicios recibidos fuera de los límites territoriales de Puerto Rico.
- Gastos incurridos en el tratamiento de condiciones, resultantes de procedimientos o beneficios no cubiertos bajo el plan. Recetas de mantenimiento y laboratorios requeridos para la continuidad de una condición de salud estable, así como cualquier emergencia que pueda resultar en alterar el procedimiento preferido cubierto.
- Evaluaciones judiciales ordenadas para propósitos legales.
- Pruebas psicológicas/ sicométricas y siquiátricas y evaluaciones para obtener empleo, seguros o procedimientos administrativos/judiciales relacionados.
- Gastos de viaje, aún cuando sean ordenados por el médico primario están excluidos.
- Espejuelos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- Servicios de acupuntura.
- Renta o compra de equipo médico durable (DME, por su siglas en inglés), silla de ruedas o cualquier otro método de transportación para el impedido, sea manual o electric, y cualquier otro gasto por la reparación o alteración de dicho equipo, excepto cuando la vida del paciente dependa de este servicio. Determinación relacionada con esta excepción es responsabilidad de la Aseguradora.
- Procedimientos para cambio de sexo.
- Servicios de tratamiento para la infertilidad y relacionados con la concepción por medios artificiales.

CUBIERTA ESPECIAL

Beneficios provistos bajo esta cubierta están sujetos a preautorización de la Aseguradora contratada. Los beneficiarios tendrán el derecho de seleccionar libremente los proveedores de estos servicios, dentro de aquellos de la red de proveedores de la Aseguradora, sujetos a la coordinación final con dicho proveedor. Diferenciales en intervenciones diagnósticas, hasta verificación del diagnóstico final no son parte de la cubierta especial. Cualquier procedimiento posterior a la verificación del diagnóstico final estará a riesgo de la Aseguradora.

Medicamentos, laboratorios, pruebas diagnósticas, y otros procedimientos relacionados especificados en esta cubierta que sean necesarios para el tratamiento ambulatorio o cuidado de convalecencia son parte de esta cubierta y no requieren preautorización del médico primario o de la Organización para el Cuidado de la Salud. La Aseguradora tendrá que identificar los pacientes incluidos en esta cubierta para el fácil acceso a los servicios contratados. La cubierta especial del plan de salud será activada cuando cualquiera otra

CUBIERTA ESPECIAL

cubierta especial bajo cualquier otro plan que el beneficiario pudiera tener alcance su límite de servicios cubiertos bajo la cubierta del plan.

El propósito de esta cubierta es facilitar el manejo efectivo de pacientes con condiciones especiales de salud que requieren atención médica especializada. La efectividad de esta cubierta comenzará en la fecha en que el diagnóstico ha sido confirmado por los resultados de las pruebas o procedimientos realizados.

Los beneficios bajo esta cubierta son:

- Servicios coronarios y de cuidado intensivo, sin límites.
- Cirugía maxilar.
- Procedimientos neuroquirúrgicos y cardiovasculares, incluyendo Neurosurgical and cardiovascular procedures, incluyendo marcapasos, válvulas y cualquier otro instrumento o dispositivos artificiales. (Pre-autorización requerida).
- Diálisis peritoneal, hemodialisis y servicios relacionados (Pre-autorización requerida).
- Laboratorios patológicos y clínicos que requieran procesarse fuera de Puerto Rico for (Pre-autorización requerida).
- Servicios en unidad de cuidado neonatal intensivo, sin límites.
- Radioisotopo, quimioterapia, radioterapia y tratamientos de cobalto.
- Gastrointestinal conditions, allergies, and nutritional services in autism patients.
- Los siguientes procedimiento y pruebas diagnósticas, cuando sean medicamento necesarios(Pre-athorización requerida):
 - ✓ Tomografía computadorizada
 - ✓ Prueba de Resonancia Magnetica
 - ✓ Cateter cardiaco
 - ✓ Prueba de Holter
 - ✓ Prueba Doppler
 - ✓ Prueba de Stress
 - ✓ Litotripsia
 - ✓ Electromiografía
 - ✓ Prueba SPECT
 - ✓ Prueba OPG
 - ✓ Plestimografía de impedancia
 - ✓ Otros procedimientos neurologicos, cerebrovasculares y cardiovasculares, invasivos y no-invasivos.
 - ✓ Pruebas nucleares
 - ✓ Endoscopias diagnósticas
 - ✓ Estudios genéticos
- Hasta 15 tratamientos adicionales de terapia física por condición del beneficiario por año cuando es ordenado por un ortopeda o fisiatra luego de autorización de la Aseguradora.
- Anestesia general.
 - ✓ Anestesia general para tratamientos dentales en niños con necesidades especiales.
- Cámara hiperbarica.
- Medician inmunosupresiva y laboratorios requeridos para el tratamiento de mantenimiento de pacientes post-quirúrgicos de cualquier trasplante que asegure la estabilidad de la salud del paciente, y emergencias que pudieran ocurrir luego de la cirugía de trasplante.
- Coordinación para gastos de transportación para servicios que no son emergencias.

CUBIERTA ESPECIAL

- Determinación relacionada con este servicio es responsabilidad de la Aseguradora. Servicios emergencias están cubiertos como se explica en esta cubierta de beneficios.
- Tratamiento para las siguientes condiciones luego confirmación de resultados de laboratorio y diagnóstico establecido:
 - ✓ HIV factor positivo y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) Servicios ambulatorios y hospitalización están incluidos. No referidos o preautorización del Organización del Cuidado de la Salud o del médico primario es requerido para las visitas y tratamiento del beneficiario en las Clínicas de Inmunología Regionales del Departamento de Salud.
 - ✓ Tuberculosis
 - ✓ Lepra
 - ✓ Lupus
 - ✓ Fibrosis Cística
 - ✓ Cáncer
 - ✓ Hemofilia
 - ✓ Niños con necesidades especiales, incluyendo las condiciones prescritas en el Manual de Diagnósticos de Niños con Necesidades Especiales, de la Secretaría Auxiliar de Protección de la Salud y Promoción, División de Habilitación del Departamento de Salud ("el manual") el cual es parte de este documento, excepto:
 - Asma y diabetes, las cuales están incluidas en el "Programa de Manejo de Enfermedades"
 - Desórdenes Mentales; y
 - Retardación Mental, manifestaciones del comportamiento estarán manejadas por los proveedores de salud mental dentro de la cubierta básica, con la excepción de enfermedades catastróficas. La compañía aseguradora deberá buscar la autorización de ASES para cualquiera otra condición especial no incluida en el manual para la cual el médico primario o grupo médico solicite la activación de la cubierta especial. Dicho requerimiento deberá contener el impacto económico total de la inclusión. ASES consultará con el Departamento de Salud y emitirá una decisión que será vinculante entre las partes.
 - Escleroderma
 - Esclerosis Múltiple
 - Servicios para tratamientos de condiciones resultantes de daños auto-infligidos o como resultado de un delito grave cometido por un beneficiario o negligencia
 - Enfermedad Renal Crónica Chronic en niveles tres (3), cuatro (4) y cinco (5). (Niveles 1 y 2 están incluidos en la Cubierta Básica.)

Lo siguiente es una descripción de las etapas² en la enfermedad crónica renal:

Nivel 3 – GFR (Filtración Glomerular – ml/min. por 1.73m² por área de la superficie corporal) entre 30 y 59, una disminución moderada de la función del riñón.

Nivel 4 - GFR entre 15 y 29, una severa disminución de la función del riñón.

Nivel 5 – GFR bajo 15, fallo renal con la probabilidad de dialysis o trasplante de riñón.

- Medicamentos requeridos para el tratamiento ambulatorio de Tuberculosis y Lepra, bajo la Cubierta Especial, están incluidos. Medicinas requeridas para el tratamiento ambulatorio u hospitalización para beneficiarios diagnosticados con SIDA o

² Tomado de la Fundación Nacional del Riñón, Resultados de la Iniciativa de Calidad de la Enfermedad del Riñón.

CUBIERTA ESPECIAL

beneficiarios VIH positivo están bajo la cubierta especial, con la excepción de los inhibidores de proteasa, los que serán provistos por PASET.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA ESPECIAL

- La cubierta especial excluye todas aquellas exclusiones y limitaciones bajo la cubierta básica que no están expresamente incluidas bajo la cubierta especial.

CUBIERTA MEDICARE

Para los beneficiarios elegibles a las Partes A o Partes A/B, los siguientes factores se tomarán en cuenta para determinar la cubierta ofrecida:

- Beneficiarios elegibles a la Parte A:
 - ✓ Ofrece la cubierta regular de MI Salud, excluyendo los beneficios de la Parte A hasta que alcancen su límite. En otras palabras, una vez los beneficios de Medicare Parte A alcancen su límite la cubierta de MI Salud será activada.
 - ✓ Deducible de Parte A no estarán incluidos.
 - ✓ El pago del deducible de la cubierta regular será de acuerdo a la tabla de capacidad de pago que se provee a todo beneficiario de MI Salud.
- Beneficiarios elegibles a Partes A/B:
 - ✓ Ofrece cubierta regular de MI Salud en farmacia y dental.
 - ✓ Deducibles de Parte A no estarán incluidos.
 - ✓ Deducibles y copagos de Part B estarán incluidos.