

PARTE III: BENEFICIOS CUBIERTOS

Los beneficios aquí incluidos aplicarán solamente cuando una persona está asegurada bajo esta póliza. La persona asegurada deberá cumplir con el programa de preautorización para aquellos procedimientos y servicios establecidos en esta póliza. La persona asegurada reembolsará a MCS Life cualquier reclamación pagada por MCS Life como resultado de cargos incurridos después de que una persona asegurada haya cancelado su cubierta.

Los servicios estarán cubiertos cuando sean prestados dentro del área de servicio (Puerto Rico) según definida en esta póliza, por proveedores participantes contratados por MCS Life. También estarán cubiertos aquellos servicios pre autorizados por Asuntos Clínicos de MCS Life a realizarse en EU, y casos de emergencias conforme a la Carta de Derechos y responsabilidades del Paciente, Ley 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada.

El *Affordable Care Act* garantiza que, a partir de 2014, todos los planes médicos no protegidos o *non-grandfathered* que se ofrezcan en los mercados individuales y grupos pequeños, ya sea dentro o fuera de un *exchange* (mercado de intercambio de seguros médicos) incluyan una cubierta comprensiva de servicios, conocida como beneficios esenciales de salud, definidos por ley y por el plan de referencia de Puerto Rico en las siguientes diez categorías: servicios de emergencia; hospitalización; servicios ambulatorios; maternidad y atención al recién nacido; salud mental, y abuso de sustancias, incluyendo el tratamiento de salud conductual; medicamentos recetados; servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico; servicios de laboratorio; servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluyendo dental y cuidado de la visión.

Refiérase a la Parte identificada como Limitaciones y Exclusiones de la Cubierta para obtener el detalle completo de los máximos establecidos para ciertos beneficios.

Los beneficios esenciales de salud según descritos por ACA, conllevan un máximo de gastos del bolsillo (*Maximum out of Pocket, MOOP* por sus siglas en inglés) o

desembolso por la persona asegurada. El máximo aplica a los beneficios esenciales de salud descritos en el plan de Referencia de Puerto Rico. El MOOP será confirmado anualmente por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

El máximo que aplica a esta póliza será equivalente al máximo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para el año de vigencia de la misma y representa la suma de gastos de bolsillo del asegurado, entendiéndose deducible inicial, copagos y/o coaseguros establecidos para cubierta médica y medicamentos recetados (combinado). Cuando el asegurado alcance el máximo de gastos del bolsillo según establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, MCS Life cubrirá los beneficios esenciales de salud al cien por ciento (100%). Para información sobre la cantidad vigente en esta póliza, favor de referirse a la Parte XII de este documento.

Adicional al MOOP, su plan médico podrá contener una cantidad de deducible inicial para la cubierta médica, medicamentos recetados, o para ambos servicios. El asegurado deberá pagar esa cantidad antes de comenzar a recibir los servicios que contengan un deducible inicial.

Sección 1: Beneficios Esenciales de Salud

A algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza.

1. Servicios de Emergencia y Urgencia

MCS Life proveerá beneficios de servicios de emergencia, sin período de espera. Dichos servicios de emergencia serán cubiertos sin la necesidad de autorización previa por parte de MCS Life, independientemente de que el proveedor de tales servicios de emergencia sea o no un proveedor participante.

En el caso de proveedores no participantes en Puerto Rico, los servicios serán cubiertos conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada. MCS Life compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y éste vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la tarifa acordada con los proveedores contratados por la entidad aseguradora para ofrecer los mismos servicios. Además, bajo estas circunstancias, tales servicios de emergencia serán provistos independientemente de las condiciones del plan de salud correspondiente. Toda emergencia médica en la cual se acceden los servicios a través del **Sistema 9-1-1 no requerirá pre autorización** y estará cubierta conforme a la Ley Núm. 383 del 6 de septiembre de 2000.

MCS Life cubre servicios en la Sala	• Servicios médicos por causa de trauma y/o enfermedad
-------------------------------------	--------------------------------------------------------

de Emergencia y el asegurado deberá pagar la cantidad del copago o coaseguro de Sala de Emergencia	• Medicamentos, Materiales y Equipo
	• Laboratorios y Rayos X
	• Terapia Respiratoria sin límite
	• Condiciones auto infligidas (intentos de suicidio)
	• Pruebas de diagnóstico especializadas

Los servicios de emergencia provistos por proveedores no participantes dentro los Estados Unidos serán reembolsados a base del costo usual y razonable del área geográfica, o de acuerdo a la tarifa negociada por MCS Life con el proveedor, descontando el deducible, copago o coaseguro que aplique en esta póliza.

MCS Life cubre servicios en un Centro o Facilidad de Urgencia y el asegurado deberá pagar el copago o coaseguro de sala de emergencia.	• Servicios médicos por causa de trauma y/o enfermedad
	• Medicamentos, Materiales y Equipo
	• Terapia Respiratoria sin Límite
	• Condiciones auto infligidas (intentos de suicidios)

2. Servicios de Hospital

Servicios Hospitalarios:	
<p>Todos los servicios de hospitalización cubiertos por esta póliza se pagarán de acuerdo a las tarifas negociadas por MCS Life con los hospitales participantes. Aplica copago o coaseguro por hospitalización.</p>	Cuarto y cama en una habitación semi-privada cuando la persona asegurada sea hospitalizada.
	Habitación de Aislamiento cuando es ordenado por el médico.
	Unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado de Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología.
	Cernimiento Auditivo Neonatal Universal, conforme a lo establecido por la Ley Núm. 311 del 19 de diciembre de 2003, según enmendada y las evaluaciones de audiología a través de otorrinolaringólogos y audiólogos
	Servicios de telemetría

	Cuidado de enfermería y otros profesionales aliados a la salud
	Servicios de nutrición ofrecidos en el hospital
	Laboratorios clínicos y pruebas radiológicas
	Pruebas y estudios de diagnóstico
	Terapias respiratorias y físicas
	Sangre, plasma y plaquetas
	Suplidos y medicamentos
	Quimioterapia y radioterapia (Según las disposiciones de la ley Núm. 107 del año 2012 según enmendada, MCS Life cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del especialista u oncólogo).
	Diálisis y hemodiálisis
	Visitas médicas en el hospital
	Otras facilidades, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital y que sean ordenados por el médico y no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital.
	Hospitalizaciones por condiciones mentales y abuso de sustancias estarán cubiertas de acuerdo a los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, incluyendo el Tratamiento de Salud Conductual.

Otros Servicios Institucionales	
Facilidades de Enfermería Diestra (<i>Skilled Nursing Facilities</i>)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.

Asistencia Quirúrgica en Hospital	Cubierto. Requiere copago o coaseguro correspondiente. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Hospicio	Cubierto solo para pacientes en etapa terminal con expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Anestesia en Hospital	Cubierto.
Cirugías en Hospital	Cubierto. Cirugías que usualmente se realizan en facilidad ambulatoria y necesiten realizarse en el hospital, requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
Hospitalización por Salud Mental o por Abuso de Sustancias Controladas y/o Alcohol (Parciales y Completas)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de hospitalización. Hospitalizaciones parciales requieren pre autorización de Asuntos Clínicos.

3. Servicios Ambulatorios

Visitas Médicas o a Profesionales de la Salud	<p>Cubierto. La persona asegurada pagará el copago o coaseguro que aplique para estos servicios de acuerdo a la especialidad médica. Los servicios de esta póliza incluyen visitas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicos generalistas • Especialistas • Sub especialistas • Psicólogos clínicos • Podiatras • Audiólogos • Optómetras • Quiroprácticos; y • Doctor en Naturopatía
Psicólogo Clínico	Cubierto conforme a la Ley 148 del 9 de agosto de 2002, según enmendada, y de acuerdo a la Ley Núm. 239 del año 2012.

Audiólogo	Cubierto conforme a la Ley 127 del 27 de septiembre de 2007, según enmendada.
Quiropráctico	<p>Para la visita inicial al quiropráctico, la persona asegurada pagará la cantidad correspondiente a la visita de especialista. Para visitas subsiguientes aplicará la cantidad correspondiente para manipulaciones.</p> <p>Los servicios serán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes autorizados a proveer dichos servicios en conformidad con la Carta de Derechos del Paciente, según enmendada por la Ley 150 del 8 de agosto de 2006, según enmendada.</p>
Servicios Podiátricos	MCS Life cubrirá los procedimientos quirúrgicos podiátricos prestados por podiatras participantes, los cuales serán tratados como cualquier otro procedimiento quirúrgico. La persona asegurada será responsable de pagar el copago o coaseguro por la visita al podiatra. Los servicios serán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes autorizados para proveer dichos servicios, conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, según enmendada por la Ley Núm. 150 del 8 de agosto de 2006, según enmendada.
Doctores en Naturopatía	Cubierto conforme a la Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007. Estarán cubiertos a través del Programa MCS Alivia, aplica copago establecido por el programa. Visitas a doctores en Naturopatía no tendrán límites.
Facilidades Ambulatorias	El uso de facilidad de cirugía ambulatoria estará cubierto y el asegurado será responsable por copago o coaseguro por concepto del uso de la facilidad.
Lente Intraocular	El costo del lente intraocular estará incluido como parte de los servicios contratados en facilidad de cirugía ambulatoria.
Exámenes de Pre Admisión	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de los exámenes o laboratorios correspondientes.
Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	Cubierto. La persona asegurada será responsable de pagar el copago o coaseguro de Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria, más el copago o coaseguro aplicable a la facilidad ambulatoria.

Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica	Cubierto. La persona asegurada será responsable de pagar al médico participante el copago o coaseguro por Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica y el copago o coaseguro por la visita médica.
Inyección Intra-articular	Aplica coaseguro para procedimiento diagnóstico en oficina médica y copago o coaseguro de visita médica. No requiere preautorización.
Terapia Respiratoria Ambulatoria	Cubierto hasta veinte (20) terapias por año póliza en oficina médica o facilidad ambulatoria. Aplica copago de terapia respiratoria. La terapia respiratoria estará cubierta de manera ilimitada en la sala de emergencia y en el hospital, en caso de un paciente hospitalizado.
Circuncisión	Cubierto. <ul style="list-style-type: none"> • Facilidad Ambulatoria: aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. • Oficina Médica: aplica copago o coaseguro de Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica, más copago o coaseguro de la visita médica.
Vasectomía en Oficina Médica	MCS Life cubrirá una (1) vasectomía por vida, solo para el asegurado principal y/o cónyuge. Aplica coaseguro para Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica y copago o coaseguro de visita médica.
Endoscopias en Oficina Médica	Aplica coaseguro para Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica y copago o coaseguro de visita médica. Procedimientos de endoscopias en facilidad ambulatoria requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
Endoscopias en Facilidad Ambulatoria	Aplica el copago o coaseguro para Procedimientos Endoscópicos y el copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
Quimioterapia y Radioterapia	Según las disposiciones de la Ley Núm. 107 del año 2012, MCS Life cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del especialista u oncólogo. No aplica copago ni coaseguro.

Diálisis y Hemodiálisis	Cubierto. No aplica copago ni coaseguro.
Litotricia	Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Cirugía Ortognática	Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS life. En Oficina Médica: aplica copago o coaseguro de Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica, más copago o coaseguro de la visita médica. Facilidad Ambulatoria: aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria.
Criocirugía Cervical	Cubierto. <ul style="list-style-type: none"> • Facilidad Ambulatoria: aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere preautorización. • Oficina Médica: aplica copago o coaseguro de Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica, más copago o coaseguro de la visita médica.
Prueba de Velocidad de Conducción Nerviosa	Cubierto. Aplica coaseguro de laboratorio. Dos (2) procedimientos por año póliza por asegurado.
Pruebas y Procedimientos Cardiovasculares Invasivos y no Invasivos	Aplica copago o coaseguro por prueba correspondiente, además de copago o coaseguro de oficina médica o facilidad ambulatoria en donde se realiza la prueba. Para información de copago o coaseguro que aplica a cada prueba, favor de referirse a Servicios de Laboratorio y Rayos X.
Septoplastías, Rinoseptoplastía y Rinoplastías Post-trauma o por necesidad médica	Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Pruebas y procedimientos neurológicos	Aplica copago o coaseguro de rayos X.
Escalenotomía	Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria.
Pruebas audiológicas	Cubierto. Timpanometría estará cubierta una (1) por año póliza. Aplica copago o coaseguro de laboratorios.

4. Maternidad y Atención al Recién Nacido

Los servicios de Maternidad y Atención al Recién Nacido están disponibles para el asegurado principal, cónyuge e hijas dependientes del asegurado principal.

Servicios de Maternidad	El cuidado prenatal y postnatal será pagado como cualquier otra visita a especialista.
MCS Life cubrirá los siguientes Servicios de Maternidad y el asegurado es responsable por cualquier copago o coaseguro que aplique	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de obstetricia en hospital y ambulatorio, aplica copago o coaseguro correspondiente a la facilidad. • Sonogramas obstétricos hasta tres (3) por embarazo. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • Perfil Biofísico, limitado a uno (1) por embarazo, adicionales requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • <i>Fetal Non Stress Test</i> hasta uno (1) por embarazo. Aplica copago o coaseguro de rayos X. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. • Ecocardiograma fetal el cual deberá ser pre autorizado por Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • Amniocentesis (genética) hasta uno (1) por embarazo. <u>No aplica copago ni coaseguro.</u> • Amniocentesis (maduración fetal). <u>No aplica copago ni coaseguro.</u> Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos. • Servicios de hospital. Aplica copago o coaseguro correspondiente a hospitalización. • Sala de partos. Aplica copago o coaseguro correspondiente a hospitalización. • Monitoria fetal por embarazo (producción e interpretación) en hospital. Aplica copago o coaseguro correspondiente a hospitalización.
Cubierta de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s)	Se proveerá una cubierta mínima de cuarenta y ocho (48) horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) por parto natural, y de noventa y seis (96) horas si el parto requiere una cesárea.
Visita de seguimiento luego del parto	La visita de seguimiento incluirá cualquier tratamiento y pruebas médicas requeridas tanto para el infante como para la madre. Aplica copago o coaseguro de visita médica.

<p>Atención del Recién Nacido (Los siguientes beneficios están considerados como cargos elegibles para un recién nacido y serán pagados bajo la misma base que cualquier otra enfermedad bajo esta póliza)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamientos de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico conforme al Artículo 54.050 (B) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. • Atención médica en el hospital y Unidades de Intensivo Neonatal (NICU) • Uso de sala de recién nacidos (<i>Well baby nursery</i>) • Cernimiento auditivo neonatal universal • Cargos de enfermería rutinaria en el hospital • Circuncisión del recién nacido en el hospital • Visitas rutinarias del bebé (<i>Well baby Care</i>). Aplica copago o coaseguro de visita médica en todas las visitas.
<p>Pruebas de Cernimiento al Recién Nacido</p>	<p>Pruebas preventivas requeridas por PPACA y establecidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico y según el Título XIX del Programa de <i>Medicaid</i>, Título V del Programa para Madres, Niños y Adolescentes, y de la Academia Americana de Pediatría, según requerido por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000, según enmendada.</p> <p>Para información sobre cernimientos que aplican, referirse al inciso 9, Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas.</p>

5. Salud Mental, Abuso de Sustancias y Tratamiento de Salud Conductual

MCS Life cubrirá los servicios de acuerdo a la Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000, enmendada el 3 de octubre de 2008, y de acuerdo a la Ley Núm. 239 del año 2012, y conforme a la Ley Federal de Paridad de Salud Mental (*Mental Health Parity Act*).

Los servicios de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Tratamiento de Salud Conductual se ofrecen directamente con el proveedor o a través del programa MCS Solutions ofrecido las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana a través de una cubierta que integra Cuidado de Salud Mental y Abuso de Sustancias. El propósito del programa es facilitar el acceso inmediato a los servicios necesarios para su situación o condición a través de la línea telefónica de MCS Life. Esta coordinación se establece para facilitar que la persona asegurada reciba el servicio más adecuado en el nivel menos restrictivo posible como lo establece la Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000, conocida como "Ley de Salud Mental", según enmendada.

En caso de que el asegurado decida no llamar al Programa de Manejo de Condiciones Mentales MCS Solutions y no tenga una emergencia, el asegurado podrá acceder

directamente los servicios según su necesidad. En casos de emergencia, la persona asegurada podrá acceder servicio inmediato y directo a una sala de emergencia.

<p><u>Salud Mental:</u> Tratamiento a nivel ambulatorio incluye, pero no se limita a:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas ilimitadas a Psiquiatras y Sicólogos Clínicos, aplicando el copago correspondiente. • Unidades de estabilización de veintitrés (23) horas, luego de las veinticuatro (24) horas, se considera una hospitalización. • <i>Intensive Outpatient (IOP).</i> • Visitas de terapias grupales y visitas colaterales aplicando el copago correspondiente. • Hospitalización parcial, completa y/o intensiva aplicando el copago correspondiente. Hospitalización parcial requiere pre autorización de Asuntos Clínicos. • Manejo de casos intensivos mediante la intervención de manejo de casos.
<p><u>Abuso de sustancias:</u> Los servicios arriba mencionados están disponibles para Trastorno por Dependencia o Abuso de Sustancias Controladas y/o Alcohol de la siguiente manera:</p>	<p>Cubiertos sin límites, conforme a la ley Núm. 408 de 2000, según enmendada y conforme a PPACA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de Casos Intensivos • Psiquiatra • Psicólogos Clínicos • Terapias Colaterales • Terapias Grupales (por Sicólogos Clínicos) • Traslado de ambulancia entre instituciones
<p>Tratamiento Residencial para Trastorno por Dependencia o Abuso de Sustancias Controladas y/o Alcohol</p>	<p>Cubierto. Este beneficio incluye desintoxicación por razón dependencia o abuso de sustancias controladas en facilidades disponibles dentro de Puerto Rico, conforme a la ley Núm. 408 de 2000, según enmendada.</p>
<p>Pruebas Psicológicas</p>	<p>Cubiertas. Aplica copago o coaseguro de laboratorios. Para menores de veintiún (21) años, se cubrirá aquellas pruebas psicológicas determinadas por el Departamento de Salud en colaboración con el Departamento de Educación y la Administración de Seguros de Salud (ASES) sujeto a las condiciones y limitaciones impuestas por las referidas agencias y/o leyes especiales aplicables, en conformidad a la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, según enmendada.</p>

Programa de Asistencia al Empleado (PAE)	<p>Ocho (8) visitas por persona asegurada al Psicólogo o Trabajador Social, sin copago, para consultoría, consejería y referidos. Si el asegurado excede las ocho visitas, deberá pagar el copago de especialista.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultoría legal ○ Consultoría financiera ○ Manejo de crisis ○ Consejería matrimonial
------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. Medicamentos Recetados

MCS Life provee este beneficio para el pago de medicamentos recetados por un médico, que sean aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA, por sus siglas en inglés, y adquiridas por una persona asegurada y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado. Esta cubierta incluye medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferida, medicamentos de marca no preferida y medicamentos especializados.

En cumplimiento con la Ley Núm. 203 de 2012, que enmienda el Código de Salud de Puerto Rico, MCS Life proveerá para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar:

- *The American Hospital Formulary Service-Drug Information;*
- *The American Medical Association Drug Evaluation o*
- *The United States Pharmacopoeia-Drug Information*

En literatura médica evaluada por homólogos, lo cual significa un estudio científico que haya sido publicado en una revista académica o en otra publicación, en la que los manuscritos originales se divulgan luego de haber sido evaluados por peritos independientes e imparciales, y de que el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas haya determinado que cumplen con los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a revistas biomédicas. La literatura médica evaluada por homólogos no incluye publicaciones o suplementos de publicaciones que hayan recibido gran parte de su patrocinio de una compañía manufacturera de productos farmacéuticos o de una organización de seguros de salud o asegurador.

Además, se cubrirán los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento a través de la cubierta de servicios médicos.

Durante la vigencia de la póliza, sólo podrán ocurrir cambios en la lista de medicamentos descritos en su póliza o en procedimientos de manejo de medicamentos con receta, si el cambio obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos con receta en el PDL. A estos efectos, a más tardar a la fecha de efectividad del cambio, notificará, o bajo su responsabilidad hará las gestiones para que algún tercero notifique dicho cambio a los siguientes:

- Todas las personas cubiertas o aseguradas y
- A las farmacias participantes, solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos con receta en el PDL. En este caso, el asegurador deberá dar notificación con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión.

<p>Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Esta póliza cubre todos los medicamentos disponibles en el mercado, aprobados por el FDA, excepto aquellos excluidos de su beneficio. Un resumen de la lista de medicamentos preferidos estará disponible en el portal www.mcs.com.pr o el asegurado puede solicitarla por teléfono al Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al [(787) 281-2800]. La lista es una guía portable que el asegurado puede llevar consigo para sus visitas médicas, por lo que no incluye todos los medicamentos cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta.</p>
<p>Regla de Despacho de Medicamento</p>	<p>El beneficio de medicamentos recetados de esta póliza requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos genéricos como obligatorios (primera opción). Si el medicamento no tiene una versión genérica, a la persona asegurada se le despachará el de marca y pagará el copago o coaseguro del medicamento de marca correspondiente. Si el Médico y/o el asegurado solicita una receta de marca existiendo un genérico disponible, el asegurado debe asumir la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el copago o coaseguro de marca correspondiente.</p>
<p>Terapia Escalonada (<i>Step Therapy</i>)</p>	<p>MCS Life se reserva el derecho de aplicar el beneficio de terapia escalonada para algunos medicamentos. Este programa requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Se consideran medicamentos de primera línea, aquellas opciones de tratamiento que están respaldadas por guías clínicas nacionales y estándares de la práctica médica como alternativas para utilizarse en la terapia inicial. Los medicamentos de segunda línea son opciones de tratamiento, al igual que los de primera línea, pero las guías nacionales y estándares de la práctica los ubican como alternativas para utilizarse luego de haber utilizado los medicamentos de primera línea.</p>

<p>Medicamentos fuera del Recetario (<i>Over the Counter</i>, OTC, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Aplica copago o coaseguro correspondiente. Los medicamentos OTC no contienen leyenda federal, es necesario que un médico provea una receta que indique "OTC" e incluya los medicamentos fuera del recetario que necesite el asegurado para el cuidado de su salud.</p>
<p>Red de Farmacia</p>	<p>Red de farmacias contratadas para proveer el beneficio de farmacia de esta póliza.</p>

Programa de Medicamentos por Correo

Es un programa voluntario que permite al asegurado recibir los medicamentos de mantenimiento por el sistema de correo regular permitiendo un suministro de hasta 90 días. Los medicamentos que se despachan por este programa son específicamente aquellos medicamentos para el tratamiento de condiciones crónicas a largo plazo tales como: medicamentos para la diabetes, medicamentos para controlar la alta presión, medicamentos para los desórdenes de la tiroides, y medicamentos para arritmias cardíacas, entre otros. Este programa no contempla la cubierta de medicamentos especializados. Pasos a seguir:

- Pida a su médico que escriba la receta para el máximo de días de suplido permitido por su plan (habitualmente noventa (90) días de suplido más tres repeticiones para completar un año de suplido).

Nota:

- **Aunque en Estados Unidos la receta tiene una vigencia de doce (12) meses, el despacho inicial debe ocurrir antes de haber transcurrido seis (6) meses de la fecha en que el médico emitió la receta.**
- **Recetas de medicamentos controlados solamente tienen vigencia de seis (6) meses.**
- **Recetas de medicamentos Control II, no están cubiertas bajo este programa.**
- Escriba el nombre, la fecha de nacimiento y el número de identificación del paciente al dorso de cada receta original.
- Complete el formulario de pedido en su totalidad: la sección de perfil del paciente, la información sobre recetas, el método de envío y el método de pago. Una vez coteje que la información está completa y correcta, incluya su firma y la fecha.
- Envíe por correo postal el formulario de pedido completado junto con las recetas originales a:

[Catamaran Home Delivery]

[P.O. Box 166]

[Avon Lake, OH 44012-9927]

La mayoría de los pedidos se envían a través del Servicio Postal de EU con entrega a su domicilio, oficina o ubicación alternativa. Es posible que las sustancias controladas requieran la firma de un adulto al momento de recibirlas. El paquete no indica los medicamentos que incluye.

La entrega de sus recetas se hará efectiva entre los diez (10) y catorce (14) días. También habrá opciones de envío urgente disponibles. Tenga en cuenta que esto sólo reduce el tiempo de tránsito y NO afecta el tiempo de procesamiento de la receta. Si no recibe su pedido en un término de catorce (14) días, comuníquese con Servicio al Cliente.

Para más información, llame al: [1-866-288-5290], [TTY: 888-206-8041] o visite: [www.mycatamaranRx.com]

Suministros y Medicamentos Cubiertos:

El beneficio de medicinas tiene los siguientes límites por despacho:

Medicamentos Agudos	Quince (15) días y cero (0) repeticiones
Medicamentos de Mantenimiento despachados en una farmacia al detal	Treinta (30) días y cinco (5) repeticiones, Para medicamentos de mantenimiento, en cumplimiento con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, artículo 4.120, cuando el historial del asegurado así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud, el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de ciento ochenta días (180) días, sujeto a las limitaciones de la cubierta del plan médico.
Medicamentos de Mantenimiento, por correo (voluntario)	Noventa (90) días y tres (3) repeticiones
Medicamentos Especializados	Despacho solamente en farmacias participantes

[Esta cubierta de medicamentos recetados tiene dos niveles. El primer nivel de cubierta se refiere a los copagos o coaseguros identificados en la Parte XII de esta póliza. El asegurado pagará la cantidad identificada como “primer nivel” hasta gastar la cantidad de dinero indicada como “Primer Nivel de Cubierta (cantidad para aplicar copagos o coaseguros de primer nivel)”. Luego de agotar esa cantidad, el coaseguro que aplica para toda categoría de medicamento es la indicada como Segundo Nivel de Cubierta (luego de agotar cantidad de primer nivel)”. Para detalles sobre el balance incurrido, favor de comunicarse con el centro de llamadas servicio al cliente de MCS Life.]

Los medicamentos cubiertos bajo esta póliza son:

Medicamentos con leyenda federal

<p>Medicamentos agudos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos • Analgésicos • Antifungales • Antivirales • Anti-migraña • Agentes orales/dentales • Agentes dermatológicos • Agentes gastrointestinales • Agentes oftálmicos • Agentes óticos • Agentes antihistamínicos • Agentes del tracto respiratorio
<p>Medicamentos de mantenimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antidiabéticos • Cardiovasculares • Antiinflamatorios • Anticonvulsivos • Antidepresivos • Agentes contra la gota • Antineoplásicos • Agentes contra el Parkinson • Antipsicóticos • Ansiolíticos • Agentes contra la glaucoma • Reemplazo Hormonal • Inmunosupresores • Antiasmáticos • Contraceptivos • Preventivos
<p>Medicamentos especializados</p>	<p>Requieren pre autorización previo al despacho. Ver Programa de Medicamentos Especializados. Si el plan elegido tiene un una cantidad de Pago Máximo de Medicamentos Especializados descrita en la Parte XII de esta póliza, el asegurado pagará el copago o coaseguro correspondiente hasta el máximo establecido por cada despacho.</p>

Medicamentos cubiertos sin leyenda federal	
Insulina	Insulina y jeringuillas para la administración de insulina
Medicamentos fuera del Recetario (<i>Over the Counter</i> , OTC, por sus siglas en inglés)	Ver formulario para detalles de medicamentos cubiertos

Medicamentos Cubiertos por ley local y/o federal

Estarán cubiertos los medicamentos de servicios preventivos requeridos por las leyes federales *PPACA* , *Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)*, según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* y por el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico (*CSSPR*).

La persona asegurada no pagará copago ni coaseguro para los medicamentos requeridos por las leyes federales, incluyendo el suplemento de ácido fólico para aseguradas embarazadas, *tamoxifen* o *raloxifene* para las mujeres que están en mayor riesgo del cáncer del seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento, aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y suplementos de hierro para evitar anemia en niños de seis (6) a doce (12) meses.

MCS Life cubrirá todos los métodos contraceptivos aprobados por la FDA, en cumplimiento con la reforma de salud federal (*ACA*, por sus siglas en inglés). La persona asegurada no pagará copago ni coaseguro para los siguientes medicamentos:

Medicamento	Método	Genérico o Marca	Requisitos
[<i>BEYAZ TAB</i>]	[Contraceptivo Oral]	[Marca]	[Medicamento con terapia escalonada. Se requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Requiere receta médica.]
[<i>JOLIVETTE TAB 0.35MG</i>]	[Contraceptivo Oral]	[Genérico]	[Requiere receta médica.]

[<i>LOESTRIN 24 TAB FE</i>]	[Contraceptivo Oral]	[Marca]	[Medicamento con terapia escalonada. Se requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Requiere receta médica.]
[<i>LUTERA TAB</i>]	[Contraceptivo Oral]	[Genérico]	[Requiere receta médica.]
[<i>MEDROXYPROGESTERONE INJECTION</i>]	[Inyección cada 4 meses]	[Genérico]	[Requiere receta médica.]
[<i>MICROGESTIN TAB FE1.5/30</i>]	[Contraceptivo Oral]	[Genérico]	[Requiere receta médica.]
[<i>NECON TAB 1/35-28</i>]	[Contraceptivo Oral]	[Genérico]	[Requiere receta médica.]
[<i>NUVARING</i>]	[Contraceptivo Vaginal]	[Marca]	[Requiere receta médica.]
[<i>ORTHO EVRA PATCH</i>]	[Parcho Contraceptivo]	[Marca]	[Requiere receta médica.]
[<i>ORTHO TRI-TAB CYCLN LO</i>]	[Contraceptivo Oral]	[Marca]	[Medicamento con terapia escalonada. Se requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Requiere receta médica.]
[<i>PLAN B ONE STEP</i>]	[Contraceptivo de Emergencia Oral]	[Marca]	[Requiere receta médica.]
[<i>PLAN B/NEXT CHOICE</i>]	[Contraceptivo de Emergencia Oral]	[Marca]	[Requiere receta médica.]
[<i>SAFYRAL TAB</i>]	[Contraceptivo Oral]	[Marca]	[Medicamento con terapia escalonada. Se requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Requiere receta médica.]
[<i>TRINESSA</i>]	[Contraceptivo]	[Genérico]	[Requiere receta médica.]

[TAB]	Oral]		
[TRI-SPRINTEC TAB]	[Contraceptivo Oral]	[Genérico]	[Requiere receta médica.]
[TRIVORA-28 TAB]	[Contraceptivo Oral]	[Genérico]	[Requiere receta médica.]
[YAZ TAB 3-0.02MG]	[Contraceptivo Oral]	[Marca]	[Medicamento con terapia escalonada. Se requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Requiere receta médica.]
[CRINONE GEL 4% VAG]	[Contraceptivo Vaginal]	[Marca]	[Medicamento con terapia escalonada. Se requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Requiere receta médica.]
[CRINONE GEL 8% VAG]	[Contraceptivo Vaginal]	[Marca]	[Medicamento con terapia escalonada. Se requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Requiere receta médica.]
[ELLA TAB 30MG]	[Contraceptivo de Emergencia Oral]	[Marca]	[Medicamento con terapia escalonada. Se requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Requiere receta médica.]
[LEVONORGES TR TAB 0.75MG]	[Contraceptivo de Emergencia Oral]	[Genérico]	[Requiere receta médica.]
[LO LOESTRIN TAB]	[Combinación de Contraceptivo Oral]	[Marca]	[Medicamento con terapia escalonada. Se requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Requiere receta médica.]

[NATAZIA TAB]	[Combinación de Contraceptivo Oral]	[Marca]	[Medicamento con terapia escalonada. Se requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Requiere receta médica.]
[NORGEST/ETH I TAB 0.25/35]	[Combinación de Contraceptivo Oral]	[Genérico]	[Requiere receta médica.]
[NORGEST/ETH I TAB ESTRADIO]	[Combinación de Contraceptivo Oral]	[Genérico]	[Requiere receta médica.]

Este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*.

Este plan cubre el despacho de medicamento buprenorphina para el tratamiento de dependencia de opio, según dispone la Ley Núm. 140 del 22 de septiembre de 2010.

Este plan cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del especialista u oncólogo, según las disposiciones de la ley Núm. 107 del año 2012 según enmendada.

Programa de Medicamentos Especializados

El Programa de Medicamentos Especializados es coordinado a través del Servicio de Farmacia Especializada [Walgreens]. Este programa está enfocado en el manejo de medicamentos especializados utilizados para condiciones crónicas y que requieren precauciones especiales para ser administrados.

El Programa provee para que usted pueda recibir un despacho inicial de treinta (30) días por receta del medicamento especializado, en cualquier farmacia contratada dentro de la red de farmacias de MCS Life. Los suplidos subsiguientes de medicamentos especializados serán despachados únicamente en Farmacias Especializadas [Walgreens], según se indica en el párrafo anterior.

Para lograr un mejor servicio al asegurado, es necesario que todo medicamento especializado sea pre autorizado. En aquellos casos en que se prescriba un medicamento especializado por primera vez, el asegurado podrá ir una farmacia de la Red de Farmacias Contratadas, aunque no sea participante del Programa de Medicamentos Especializados de MCS Life y ésta gestionará con MCS Life la preautorización requerida para el despacho inicial de estos medicamentos especializados. Para los despachos subsiguientes, y de haber expirado esa

autorización, el médico enviará una receta al Servicio de Farmacia Especializada [Walgreens] para que ésta gestione con MCS Life una nueva preautorización. El Plan de Salud no cubrirá los medicamentos especializados que no hayan sido pre autorizados.

De requerir información adicional o presentarse alguna situación especial o de emergencia, le exhortamos a que se comunique con los representantes del Programa al número telefónico libre de cargos [1-888-456-4283 o al 787-777-1120]. Los medicamentos especializados no son considerados despachos de emergencia, pero en caso de surgir uno, los mismos serán atendidos dentro de las primeras veinticuatro (24) a setenta y dos (72) horas.

Requisitos y Procedimiento de Excepción Médica para Medicamentos Recetados

MCS Life establece y mantiene un procedimiento para solicitar excepciones de medicamentos que permita que el asegurado, o su representante personal, solicite por escrito, si el médico que expidió la receta ha determinado que el medicamento con receta solicitado es medicamento necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o el asegurado, la aprobación de:

- 1) Cubierta continuada de determinado medicamento de receta discontinuado por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o
- 2) Una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.

El medicamento con receta que figura como primera línea conforme a la terapia escalonada:

- Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad, o a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o el asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento con receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento con receta o el cumplimiento por parte del paciente; o
- Ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona asegurada; o
- La persona asegurada ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.

La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

MCS Life requerirá que toda excepción contenga una justificación médica que incluya:

- Nombre del asegurado,
- Número de grupo o contrato,
- Historial del asegurado,
- Diagnóstico primario relacionado con el medicamento con receta objeto de la solicitud de excepción médica, y
- Razón clínica por la cual es necesaria la excepción.

Al recibo de una solicitud de excepción médica, MCS Life se asegurará de que la solicitud sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al hacer su determinación sobre la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables al asegurado para el cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

- Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y
- Si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica de MCS Life u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la farmacia.

Los profesionales de la salud designados por MCS Life para revisar las solicitudes de excepción, se asegurarán de que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona cubierta o asegurado. Los profesionales de salud designados para revisar las solicitudes de excepción deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar debidamente en un informe y en el mismo se harán constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron tal determinación.

El procedimiento de solicitud de excepciones requerirá que MCS Life tome la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha determinación a la persona asegurada, o a su representante personal. Dicha evaluación se hará conforme

a la premura que requiera la condición médica de la persona asegurada, pero en ningún caso a más de setenta y dos (72) horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha del recibo de la certificación, en el caso que MCS Life solicite la misma, cual fuere posterior de las fechas. Para medicamentos controlados este término no deberá exceder de las treinta y seis (36) horas.

Si MCS Life no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción de medicamento, ni le notifica dentro del periodo antes mencionado:

- El asegurado tendrá derecho al suministro del medicamento con receta objeto de la solicitud hasta por treinta (30) días; y
- MCS Life tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción de medicamento antes de que el asegurado termine de consumir el medicamento suministrado.
- Si MCS Life no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción del medicamento, ni notifica la determinación antes de que la persona cubierta o asegurado termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona asegurada y se considere que el mismo es seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

Si se aprueba una solicitud de excepción de medicamento hecha conforme a este proceso, MCS Life cubrirá el medicamento recetado objeto de la solicitud y no requerirá que el asegurado solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento con receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior estará sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos con receta de esta póliza, siempre y cuando:

- La persona que le expidió la receta a la persona asegurada siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica; y
- Se siga considerando que el medicamento con receta es seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona asegurada.

MCS Life no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos con receta aprobados mediante solicitudes de excepción.

Toda denegación de una solicitud de excepción de medicamento hecha por MCS Life:

- Se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona cubierta o asegurado ha acordado recibir la información por esa vía;

- Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito;
- Se podrá apelar mediante la presentación de una querrela se podrá apelar mediante la presentación de una querrela según el proceso de Querellas y Apelaciones descrito en la Parte VII de esta póliza.

La denegación expresará de una manera comprensible a la persona asegurada o, si fuera aplicable, a su representante personal:

- Las razones específicas de la denegación;
- Referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como la evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud;
- Instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación; y
- Una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querrela para apelar la denegación según el proceso de Querellas y Apelaciones descrito en la Parte VII de esta póliza.

7. Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero

Terapia Física Rehabilitativa Ambulatoria	Cubierto hasta veinte (20) terapias físicas por año póliza por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Según la Ley Núm. 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo), no aplicarán límites a los tratamientos para las condiciones de autismo.
Terapia Física Habilitativa Ambulatoria	Cubierto hasta veinte (20) terapias físicas por año póliza por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Según la Ley Núm. 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo), no aplicarán límites a los tratamientos para las condiciones de autismo.

<p>Terapias Ocupacionales (ambulatoria)</p>	<p>Estos servicios ambulatorios serán cubiertos solamente para tratamientos para las condiciones de autismo, según definidas en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales, en conforme a la Ley Núm. 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo). Aplica copago o coaseguro correspondiente.</p>
<p>Terapias del Habla (ambulatoria)</p>	<p>Estos servicios ambulatorios serán cubiertos solamente para tratamientos para las condiciones de autismo, según definidas en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales, en conforme a la Ley Núm. 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo). Aplica copago o coaseguro correspondiente.</p>
<p>Manipulaciones de Quiropráctico</p>	<p>Cubierto hasta veinte (20) manipulaciones por año póliza por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Según la Ley Núm. 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo), no aplicarán límites a los tratamientos para las condiciones de autismo.</p>
<p>Equipo Médico Duradero</p>	<p>Los gastos por equipo médico duradero estarán cubiertos a través de proveedores contratados y los mismos requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. La persona asegurada pagará la cantidad aplicable a estos. Los servicios cubiertos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camas de posición • Silla de ruedas • Oxígeno y equipo necesario para su administración • Máquina de Terapia Respiratoria • Zapatos para Diabéticos

<p>Servicios de Equipo Tecnológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respiradores eléctricos y ventiladores para menores de veintiún (21) años de edad • Incluye el equipo técnico cuyo uso sea necesario para que el menor de veintiún (21) años continúe viviendo, un mínimo de un turno de ocho (8) horas de enfermeras especializadas con conocimiento en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimiento de enfermería, los suministros que conlleva el manejo del equipo técnico, y terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes conforme a la Ley Núm. 125 del 21 de septiembre de 2007.
<p>Aparatos Ortóticos</p>	<p>Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente a Equipo Médico Duradero. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. (Incluye <i>brace</i> ortopédico y <i>brassier</i> requerido luego de una mastectomía.)</p>
<p><i>Devices</i> (Aparatos, artefactos)</p>	<p>Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente a Equipo Médico Duradero. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</p>
<p>Prótesis Interna y Externa</p>	<p>Cubierto. Aparatos prostéticos (internos y externos) para la sustitución de partes o de un órgano físico, o para el mantenimiento de su funcionamiento, estarán limitados a una (1) prótesis por extremidad por vida de cada asegurado. Aplica copago o coaseguro correspondiente a Equipo Médico Duradero. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</p>

<p>Cuidado de Salud en el Hogar</p>	<p>Los cargos hechos por una institución certificada de Cuidado de Salud en el Hogar estarán cubiertos si dicho cuidado está prescrito por un médico, bajo las siguientes modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuidad del tratamiento por las mismas causas que estén relacionadas a la condición o diagnóstico de ingreso que provocaron la estadía en un Hospital; o, • Como alternativa a una hospitalización. <p>Los cargos elegibles por el Cuidado de Salud en el Hogar estarán cubiertos hasta sesenta (60) días por año póliza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de Enfermera Graduada (R.N.), Enfermera Práctica Autorizada (L.P.N.) o Enfermera Vocacional Autorizada (L.V.N.); • Máximo de terapia del habla, rehabilitativa, terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia de rehabilitación ofrecida por un terapeuta autorizado por el Estado para brindar estos servicios cubiertos de acuerdo a la necesidad médica y requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. • Equipo tecnológico por prescripción médica cuyo uso sea necesario para que el asegurado pueda mantenerse con vida en conformidad con la Ley Núm. 125 de 21 de septiembre de 2007, según enmendada. • Terapia cardiovascular rehabilitativa <p>Todos estos servicios deberán ser coordinados y pre autorizados a través de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Terapias adicionales requieren justificación y pre autorización de Asuntos Clínicos.</p>
-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Servicios de Laboratorio y Rayos X

MCS Life pagará la cantidad negociada y contratada en la Red de Proveedores de MCS Life para la producción e interpretación de procedimientos de Laboratorio y Rayos X. Si un asegurado incurre en gastos por pruebas de laboratorio o exámenes de Rayos X que sean:

- Ordenados por un Médico;
- Necesarios para el diagnóstico de alguna enfermedad o lesión;
- Médicamente necesarios; y
- Practicados por un laboratorio o radiólogo

Laboratorios	Cubierto con coaseguro de laboratorio.
Rayos X	Cubierto con coaseguro de rayos x.
Pet Scan/PET CT	Cubierto uno (1) por año póliza por persona asegurada. Requiere pre autorización de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas.
Medicina Nuclear	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x.
Polisomnografía (Estudio del Sueño)	Cubierto, un (1) servicio de por vida. Aplica coaseguro de rayos x. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos.
CT Scan	Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
Densitometría Ósea	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Ecocardiograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Electrocardiograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Electroencefalograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Electromiograma	Cubierto, dos (2) por año póliza por asegurado. Aplica coaseguro de rayos x.
Angiografía	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Holter	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Estudios Cerebrovasculares Periferales No Invasivos	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
Mielografía	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x
MRA	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de rayos x. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
MRI	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.

Sonogramas	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x.
SPECT	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas.
Prueba de esfuerzo (Stress Test)	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x.
Prueba de esfuerzo (Stress Test) con Septa Mibi, Persatine o Talio	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x.
Pruebas de Alergia	Cubierto. Aplica coaseguro de laboratorio. Requiere pre autorización.

9. Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas

Los servicios de medicina preventiva estarán cubiertos con \$0 copago o 0% coaseguro de acuerdo a la edad y género del asegurado. Los servicios de cuidado preventivo a los que se aplican estas condiciones están definidos e incluidos más adelante y descritos en el siguiente enlace: <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>

MCS Life cubrirá la evaluación y/o pruebas descritas cuando son realizadas como parte de un servicio preventivo. El servicio de medicina preventiva incluye el historial y los exámenes físicos de acuerdo a la edad y género del asegurado(a). Los servicios de medicina preventiva incluyen:

- Evaluación de un médico que sea apropiada para la edad y el género del asegurado(a),
- Consejería y tratamiento para identificar y reducir los Factores de Riesgo identificados

Servicios Preventivos para Niños

Los servicios de medicina preventiva para niños normalmente incluyen las recomendaciones de la *American Academy of Pediatrics* dependiendo de la edad y el género:

- Historial
- Medidas
- Cernimiento Sensorial
- Evaluación del Desarrollo/Conducta
- Examen Físico
- Procedimientos específicos para pacientes con riesgo
- Guías Anticipatorias (como la consejería nutricional)
- Referidos Dentales

Servicio Preventivo	Indicación
Uso de Alcohol y Drogas	Evaluación para identificar uso de alcohol y drogas.
Autismo	Cernimiento para niños entre 12 y 36 meses.
Evaluación de Salud Conductual	Niños de todas las edades, 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 11-14 años, 15 a 17 años
Cernimiento de presión sanguínea	Niños de todas las edades, 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 11-14 años, 15 a 17 años
Desplazamiento Cervical	Cernimiento para niñas sexualmente activas
Hipotiroidismo Congénito	Cernimiento para recién nacidos
Depresión	Cernimiento para desórdenes de depresión en adolescentes de 12-18 años para establecer un sistema que pueda diagnosticar adecuadamente el tratamiento necesario, incluyendo sicoterapias y visitas de seguimiento.
Cernimiento de desarrollo	Cernimiento para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
Dislipidemia	Cernimiento para niños con riesgo de desórdenes de lípidos Edades: 1-4 años, 5 -10 años, 11-14 años, 15-17 años
Suplementos Orales de Fluoruro	Suplementos Orales de Fluoruro – Niños Pre-escolares de seis (6) meses o más de edad
Gonorrea	Medicamento preventivo para los ojos de los recién nacidos
Cernimiento Auditivo	Cernimiento Auditivo Neonatal Universal
Cernimiento de crecimiento de estatura, peso y masa de índice corporal	Cernimiento para los niños Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.
Hematocrito o Hemoglobina	Cernimiento para niños
Enfermedad de Células Falciformes	Cernimiento para recién nacidos
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cernimiento para adolescentes de alto riesgo.
Suplementos de Hierro	Para niños en edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia
Cernimiento de Plomo	Cernimiento a niños de 1 a 5 años con alta concentración de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo, y cernimiento a mujeres embarazadas.
Historial Médico	Para todos niño durante el desarrollo; edades 0-11

	meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años
Obesidad	Cernimiento de obesidad para niños de 6 años en adelante y consejería comprensiva, intervenciones intensas de comportamiento para promover mejoramiento en el peso del niño.
Salud Oral	Evaluación de riesgo para niños recién nacidos hasta 10 años de edad.
Fenilcetonuria (PKU)	Cernimiento en recién nacidos para desordenes genéticos
Enfermedad de Transmisión Sexual	Consejería de prevención y cernimiento para adolescentes en riesgo
Tuberculina	Prueba de tuberculina para niños con riesgo de tuberculosis de 0 a 17 años de edad
Visión	Cernimiento de visión en todos los niños
Cáncer de la Piel	Consejería a niños adolescentes y adultos jóvenes entre 10 a 24 años que tienen piel clara para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta y reducir el riesgo de cáncer de la piel.

Servicios Preventivos para Adultos

El médico determinará los servicios de medicina preventiva para el adulto, de acuerdo a la edad y género del asegurado(a), incluyendo como mínimo los siguientes servicios:

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento para la aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para cernimiento para AAA en hombres de 65 a 75 años de edad que sean fumadores o hayan sido fumadores en algún momento.
Abuso del Alcohol	Cernimiento y consejería sobre abuso de alcohol
Consejería y suplido de Aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares	Para los hombres entre las edades de 45 a 79 años o para mujeres entre las edades de 55 a 79 años.
Cernimiento de hipertensión (HBP)	Cernimiento de hipertensión para hombres y mujeres de 18 años en adelante.
Cernimiento de Colesterol	Cernimiento de colesterol para hombres y mujeres, conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012.
Cernimiento de Cáncer Colorrectal	Cernimiento de Cáncer Colorrectal para hombres y mujeres, conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012

	sigmoidoscopia o colonoscopia. Consulte con su médico cuál es la prueba apropiada para usted. Todas las pruebas de cernimiento de cáncer colorrectal según establecidas en las regulaciones están cubiertas sin copago.
Cernimiento de Depresión	Evaluación para cernimiento de depresión. Aplica a hombres y mujeres que piensen que están deprimidos.
Cernimiento de Diabetes Tipo II	Para adultos con hipertensión. Incluye consejería y prueba para identificar los niveles de azúcar en la sangre.
Dieta	Consejería para adultos en riesgo de enfermedades crónicas.
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cernimiento de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para hombres y mujeres, conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012.
Obesidad	Consejería y cernimiento para todos los adultos. Los médicos podrán ofrecer o referir a pacientes a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes, a esos pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés), de 30kg/m ² o más.
Enfermedades de Transmisión Sexual	Consejería conductual alta-intensa para prevenir enfermedades de transmisión sexual para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades asociadas.
Uso de Tabaco	Cernimiento para todos los adultos e intervenciones para cesar el uso de tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Sífilis	Cernimiento de sífilis en adultos de alto riesgo.

Servicios Preventivos para Mujeres, incluyendo mujeres embarazadas

Servicio Preventivo	Indicación
Anemia	Cernimiento rutinario de deficiencia de hierro a mujeres embarazadas que muestren síntomas.

Bacteriuria (o infección en el tracto urinario)	Cernimiento para mujeres embarazadas que muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las 12 a 16 semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término de embarazo.
BRCA	Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determinará si la asegurada amerita hacerse una prueba de BRCA.
Medicamentos preventivos para cáncer de seno	Orientación clínica a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, que le permita decidir junto con su médico si la terapia de medicamentos es adecuada para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico podrá prescribir medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como <i>tamoxifen</i> o <i>raloxifen</i> , para las mujeres que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
Mamografía de Cernimiento de Cáncer de Seno	Cernimiento de uno (1) a dos (2) años para mujeres mayores de 40. Cernimiento cada dos (2) años para mujeres de 40 años de edad a 74 años de edad.
Discusión de medicación preventiva para cáncer de Seno	Consejería para mujeres de alto riesgo.
Lactancia	Apoyo y consejería a través de un proveedor adiestrado en lactancia (pediatra, ginecólogo/obstetra, médico de familia) durante el embarazo y/o en el periodo post parto. El equipo de lactancia está cubierto con orden médica luego del tercer trimestre de embarazo y hasta el primer año luego del parto. Suplidos adicionales para máquina de lactancia están cubiertos y equipo disponible a través de proveedores contratados.
Cernimiento de Cáncer Cervical	Cernimiento para mujeres que están sexualmente activas. Mujeres entre las edades de 21 y 65 años deben hacerse la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años o para mujeres entre las edades de 30 a 65 años que quieran hacerse la prueba menos frecuente en combinación con una prueba del virus de papiloma humano (HPV) cada cinco (5) años.

Cernimiento de Infección de Clamidia	Cernimiento para mujeres de 24 años o menos de edad, o mujeres de 25 años o más de edad de alto riesgo y mujeres embarazadas.
Métodos Anticonceptivos aprobados por la FDA	Incluye métodos hormonales y dispositivos implantados. El Medicamento <i>Plan B</i> (conocido como el <i>morning after pill</i>) estará cubierto a través de farmacias contratadas. Se requiere prescripción médica.
Visitas preventivas que incluyan cuidado preconcepcivo y prenatal	Cubierto una (1) visita con \$0 copago o 0% coaseguro por año póliza
Cernimiento y consejería para la violencia doméstica e interpersonal	A través de la cubierta de salud mental. Uno por año póliza.
Suplementos de ácido fólico	Mujeres que estén planificando o tengan la capacidad para quedar embarazadas.
Pruebas de Cernimiento de diabetes gestacional	Para embarazadas entre las semanas 24 y 28 de gestación y en la primera visita prenatal para mujeres identificadas con alto riesgo de diabetes.
Gonorrea	Cernimiento de infección de gonorrea para mujeres sexualmente activas, incluyendo mujeres embarazadas si tienen factores de riesgo a infección (por ejemplo si son jóvenes o si tienen otros factores individuales o comunitarios de riesgo).
Virus de la Hepatitis B	Cernimiento para mujeres embarazadas.
Consejería y Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cubierto para toda mujer sexualmente activa. Uno por año póliza. Según orden administrativa Num. 307 del 14 de agosto de 2013 del Departamento de Salud de Puerto Rico, se realizará la prueba a las mujeres embarazadas de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal • Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo)
Prueba de alto riesgo del virus del Papiloma Humano (<i>Human Papilloma</i>) (Prueba de DNA)	Aplica a mujeres con resultados normales de citología. Esta prueba de cernimiento debe realizarse a partir de los 30 años de edad, con una frecuencia de cada tres años.
Osteoporosis	Cernimiento de osteoporosis para mujeres, conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012.

Clasificación de Grupo Sanguíneo - Factor Rh (D)	Cernimiento del tipo de sangre Rh (D) y de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante la primera consulta prenatal. Asimismo, el USPSTF recomienda repetir la prueba de anticuerpos a mujeres embarazadas con pruebas RH (D) negativo no sensibilidad entre las semanas 24 a 28 de embarazo, a menos que el padre biológico es conocido por ser Rh (D) negativo.
Uso de Tabaco	Cernimiento e intervenciones para mujeres usuarias de tabaco e intervenciones extendidas para embarazadas que utilizan tabaco.
Enfermedades de Transmisión Sexual	Consejería anual para mujeres sexualmente activas.
Sífilis	Cernimiento para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con alto riesgo.
Visitas Preventivas de Mujeres	Visitas preventivas para obtener los servicios preventivos recomendados.

Inmunizaciones

Las inmunizaciones, consejería y administración de vacunas recomendadas por el *United States Preventive Services Task Force* estarán cubiertas para Niños, Adolescentes y Adultos de acuerdo a lo especificado en los itinerarios de vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico y el *Center for Disease Control* (CDC, por sus siglas en inglés). Las inmunizaciones estarán cubiertas con \$0 copago o 0% coaseguro. Los servicios de cuidado preventivo a los que se aplican estas condiciones están definidos y descritos en el siguiente enlace: <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>.

Inmunización para <u>Niños</u> de acuerdo al Itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico	
Hepatitis (Hep B)	Según indicado en el Itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico del año vigente de esta póliza. El Itinerario vigente estará disponible en el portal www.mcs.com.pr o por teléfono, Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al [(787) 281-2800].
Difteria, Tétano y Pertusis (Tos Ferina) (DTaP)	
Toxoides de Tétano y Difteria (Tdap)	
Rotavirus	
Inactivated Poliovirus (IPV)	
<i>Haemophilus Influenzae</i> , Tipo B (Hib)	
Neumococo (PCV) and (PPV)	
Sarampión, Papera y Rubeola (MMR)	
Varicela (Var)	

Hepatitis A (Hep A)	
Meningococo (MCV) and (MPS)**	
Influenza	
Human Papillomavirus (HPV)- vacuna para prevenir cáncer cervical	

Itinerario de Vacunación del <i>Center for Disease Control</i> (CDC, por sus siglas en inglés) para Niños, Adolescentes y Adultos	
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Itinerario de Vacunación del <i>Center for Disease Control</i> (CDC, por sus siglas en inglés) del año vigente de esta póliza. El Itinerario vigente estará disponible en el portal www.mcs.com.pr o por teléfono, Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al [(787) 281-2800].
Human Papillomavirus (HPV) – vacuna para prevenir cáncer cervical	
Varicela	
Zoster	
Sarampión, Papera y Rubeola (MMR)	
Influenza	
Neumococo	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Meningococo**	
Influenza	

**Se cubrirá la inmunización para meningitis (MCV4) o vacuna Meningococo según requerida por la carta normativa de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (CN-2011-131-AV).

Imunizaciones Adicionales que requieren copagos o coaseguros

Virus Respiratorio Sincitial (RSV) (Conocida como la vacuna Synagis®)	Esta vacuna estará cubierta en las dosis sugeridas de conformidad a la Ley Núm. 165 del 3 de agosto de 2006. Se le requiere a la persona que primero coordine este servicio con Asuntos Clínicos de MCS Life. El asegurado pagará la cantidad que corresponde a la vacuna y a la visita al médico por un servicio ambulatorio, de acuerdo a la Parte XII de ésta póliza.
Vacunas de Alergia	Cubierto. El asegurado pagará la cantidad de veinte por ciento (20%) de coaseguro que corresponde a la vacuna y a la visita al médico por un servicio ambulatorio, de acuerdo a la Parte XII de ésta póliza.

Vacuna Rhogan	Cubierto. El asegurado pagará la cantidad de veinte por ciento (20%) de coaseguro que corresponde a la vacuna y a la visita al médico por un servicio ambulatorio, de acuerdo a la Parte XII de ésta póliza.
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10. Servicios Pediátricos de Dental y Visión.

Dental Pediátrico	
Servicios dentales cubiertos para menores de 21 años de edad	Dos (2) exámenes dentales y limpiezas por año póliza (cada seis meses)
	Radiografías de mordida y periapicales, no más de un juego cada tres (3) años
	Tratamiento de fluoruro cubierto como un beneficio fundamental para los asegurados menores de diecinueve (19) años.

Visión Pediátrica	
Servicios de Visión cubiertos para menores de 21 años de edad.	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Examen de refracción:</u> Un (1) examen de refracción por asegurado por año póliza por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro correspondiente. • <u>Lentes para corrección visual:</u> Un (1) par de lentes o lentes de contacto. Servicios disponibles solo dentro de la Red Preferida de Visión de MCS Life. <ul style="list-style-type: none"> ○ Lentes para espejuelos: Los lentes para corrección visual incluyen una selección de visión sencilla, de plástico (CR-39 <i>Plastic</i>) o policarbonato ○ Lentes de contacto (desechables): cubierto en su totalidad con un suplido de doce (12) pares al año (un par de lentes de contacto por mes). ○ Lentes de gran potencia o lupas para asegurados con pérdida significativa de la visión (<i>low vision</i>), pero que no tienen ceguera total. • <u>Montura para lentes de corrección visual (<i>frames</i>):</u> El asegurado podrá escoger un par de lentes dentro de los disponibles en la colección contratada. Servicios disponibles solo dentro de la Red Preferida de Visión de MCS Life.

Si usted decide visitar a un proveedor no participante, se le reembolsará de acuerdo a las cantidades descritas en esta póliza. Refiérase a la Sección 3: Servicios Cubiertos por Reembolsos, y a la Parte IV de esta póliza. Los beneficios de Visión Pediátrica, específicamente los lentes para corrección visual y las monturas para lentes de corrección visual (*frames*), solamente estarán cubiertos a través de la Red Preferida de Visión de MCS Life, y no estarán disponibles a través de reembolso.

Sección 2: Otros Servicios Cubiertos

A algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza.

Servicios
Dentales
(adicionales a
Dental Pediátrico)

A. Diagnóstico

- Un (1) examen periódico oral cada seis (6) meses
- Un (1) examen de emergencia cada seis (6) meses
- Un (1) examen oral inicial comprensivo cada treinta y seis (36) meses
- Una (1) evaluación comprensiva realizada por un cirujano oral
- Un (1) examen comprensivo periodontal (solo Periodoncista)
- Un (1) set completo de imágenes radiográficas intraorales o una imagen radiográfica panorámica cada treinta y seis (36) meses
- Cuatro (4) imágenes radiográficas periapicales individuales en un período de doce (12) meses
- Prueba de vitalidad

B. Preventivo

- Una (1) limpieza cada seis (6) meses por año póliza, por persona asegurada Tratamiento de fluoruro cubierto como un beneficio esencial para los asegurados menores de diecinueve (19) años
- Sellantes de fisura limitado a un (1) tratamiento por vida en dientes posteriores permanentes hasta los primeros molares y hasta los catorce (14) años
- Mantenedores de espacio

C. Restaurativo

- Restauraciones en amalgama
- Restauraciones en resina
- Restauraciones con coronas en metal o porcelana en aquellas piezas que no puedan ser restauradas con amalgama o resina o aquellas tratadas con endodoncia
- Restauración con coronas de acero inoxidable para aquellos molares deciduos que no puedan ser restaurados con amalgama o resina
- Tratamiento sedativo
- Corona temporera (diente fracturado)
- Restauración protectora uno (1) por diente cada cinco (5) años.

Servicios
Dentales
(adicionales a
Dental Pediátrico)
continuación

D. Cirugía Oral

- Extracciones sencillas
- Extracciones quirúrgicas y de raíces retenidas
- Extracciones de dientes impactados

E. Otros Servicios Dentales

- Tratamiento paliativo (emergencia) o dolor dental
- Sedación profunda (Anestesia)
- Visita a hospital o instalaciones ambulatorias (Visita profesional)
- Ajuste oclusal limitado o completo

F. Endodoncia

- Tratamiento del nervio (*root canal treatment*) para dientes anteriores y posteriores.

Predeterminación de Beneficios y Preautorizaciones: Los servicios de predeterminación o preautorización estarán sujetos a que los servicios solicitados cumplan con las reglas y limitaciones establecidas en la cubierta para cada uno de los servicios. Al evaluar el plan de tratamiento, MCS Life determina cuál es su responsabilidad económica como asegurador por los servicios recomendados por el proveedor y la responsabilidad económica del asegurado para con el proveedor. Esta revisión conlleva la verificación de la cubierta dental del asegurado y las políticas de pago. El proceso de preautorización deberá ser completado por el dentista que provea el servicio, según indicado en el Manual del dentista disponible a través de PROVINET. El procedimiento de predeterminación de beneficios en la cubierta Comercial aplica solamente a los servicios de anestesia general y sedación para procedimientos dentales. Los servicios de anestesia general para procedimientos dentales sólo se cubren a Pedodoncistas. Estos servicios deberán ser ofrecidos en un Hospital o en un Centro de Cirugía Ambulatorio. Los servicios de anestesia general y sedación para procedimientos dentales serán autorizados por treinta (30) días. Si fuese necesario extender el periodo, deberá solicitar una prórroga por escrito al Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life. MCS Life no se hace responsable de los servicios facturados que requieran preautorización y que se sometan a MCS Life sin haber pasado por este proceso. El plan de tratamiento para el proceso de determinación y preautorización debe someterse en el formulario de la ADA, versión 2006 ó 2012. Éste se someterá con imágenes radiográficas periapicales o copias con valor diagnóstico. MCS Life no se hace responsable por servicios facturados previo a la preautorización o posterior a la fecha de expiración, sin que medie una extensión de tiempo.

Si el asegurado adquiere una cubierta opcional de dental, estos servicios serán sustituidos por los mencionados en el endoso adjunto.

<p>Servicios de Visión adicionales a Visión Pediátrica)</p>	<p>Para los adultos se cubrirán los siguientes como servicios esenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de refracción por año póliza. Aplica copago o coaseguro. • Un máximo de cien dólares (\$100) por persona por año póliza. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. <p>Estos servicios estarán cubiertos a través de proveedores contratados por MCS Life o por reembolso. Si la persona asegurada incurre en gastos por servicios o suministros que hayan sido recetados por un optómetra y/o oftalmólogo calificado, MCS pagará dicha cantidad hasta el máximo establecido. El máximo establecido podrá ser utilizado para los siguientes servicios:</p> <p>A. <u>Lentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visión Sencilla ○ Bifocal ○ Trifocal ○ Lenticular <p>B. <u>Espejuelos (Monturas)</u></p> <p>C. <u>Lentes de Contacto regulares o tóricos</u></p> <p>D. <u>Terapias ortópticas</u> estarán cubiertas mediante reembolso al asegurado de acuerdo a la necesidad médica, hasta un máximo de treinta (30) servicios por vida por persona asegurada.</p> <p>E. <u>Opciones Adicionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anti-reflectivo ○ Lente Policarbón ○ Minimizar los rayados ○ Minimizar Rayos Ultravioletas ○ Progresivos Trifocal ○ Progresivo Bifocal ○ Lente de Transición (foto-sensitivo)
<p>Mastectomía y Mamoplastia Reconstructiva</p>	<p>MCS Life cubrirá los beneficios de servicios relacionados a una mastectomía incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr asimetría entre los senos, las prótesis y complicaciones que surjan de una mastectomía, incluyendo linfodemas, conforme a lo requerido por la Ley de los Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (<i>Women's Health and Cancer Rights Act</i> del 1998).</p>
<p>Ginecomastia</p>	<p>Aplica copago o coaseguro de la facilidad en que se realice el procedimiento. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos MCS Life.</p>
<p>Esterilización</p>	<p>Cubierto. No requiere copago ni coaseguro.</p>

Vasectomía	Estos servicios estarán cubiertos solamente a través de facilidades contratadas. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. El beneficio no está disponible a través de reembolso.
Servicios de Ambulancia Aérea en Puerto Rico	El servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico estará cubierto de acuerdo a la necesidad médica, a través de proveedores contratados y conforme al protocolo establecido para este servicio. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
Examen Físico Anual	MCS Life cubrirá un examen físico anual, siempre que sea para propósitos preventivos. Se excluyen los exámenes físicos y pruebas de laboratorios para certificados médicos que sean ordenados por el patrono para certificados médicos o algún otro propósito que no sea preventivo. La evaluación comprensiva de salud anual realizada por profesionales de la salud puede incluir pruebas diagnósticas, entre otras, de acuerdo con la edad, sexo y condición de salud del asegurado.
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA/VIH)	Cubierto como cualquier otra condición conforme a la Ley 349 del 2 de septiembre de 2000, según enmendada.
Autismo	Según la Ley 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo) los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales, estarán cubiertas sin límites luego que la necesidad médica haya sido establecida bajo esta póliza. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a genética, neurología, inmunología gastroenterología, nutrición, terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas, e incluirá visitas médicas y pruebas médicamente necesarias.
Cámara Hiperbárica	Cubierto. Aplica coaseguro de laboratorio, más copago o coaseguro de facilidad en que se brinda el servicio. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.

<p>Carta de Derechos de pacientes con Cáncer y Sobrevivientes de Cáncer</p>	<p>En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, de Pacientes Diagnosticados con Cáncer y Sobrevivientes, MCS Life no rechazará o denegará ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines.</p> <p>Además, cubre todos los servicios y beneficios preventivos mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno y también estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva post-mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.</p>
-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sección 3: Servicios Cubiertos por Reembolso

A algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza.

Los siguientes servicios serán cubiertos por medio de reembolso:

<p>Proveedores no Participantes en Puerto Rico</p>	<p>MCS Life reembolsará a la persona asegurada la cantidad que hubiese sido pagada si el tratamiento, servicios o abastos hubieran sido brindados por un Proveedor Participante de MCS Life, menos cualquier copago o coaseguro que aplique, excepto en casos de emergencia.</p>
<p>Servicios brindados dentro de los Estados Unidos, que no sean Emergencia, ni sean coordinados con Asuntos Clínicos de MCS Life</p>	<p>Será reembolsado a base de las tarifas contratadas por MCS Life en Puerto Rico, menos copago o coaseguro que aplique.</p>

Emergencias, Tratamientos y Servicios no disponibles en Puerto Rico	Los servicios dentro de los Estados Unidos para tratamientos no disponibles en Puerto Rico y coordinados por Asuntos Clínicos de MCS Life, serán reembolsados a base del costo usual y razonable del área geográfica, o de acuerdo a la tarifa negociada por MCS Life con el proveedor, descontando el deducible, copago o coaseguro que aplique.
Servicios de Ambulancia Terrestre en Puerto Rico y Estados Unidos	El servicio de ambulancia terrestre estará cubierto mediante reembolso a la persona asegurada. La cantidad máxima a reembolsar será de ochenta dólares (\$80) por viaje.
Servicios de Nutricionista	Cubiertos mediante reembolso al asegurado hasta un máximo de seis (6) visitas por año póliza, por persona asegurada. El máximo de reembolso será veinte dólares (\$20) por cada visita. Según la Ley Núm. 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo), no aplicarán límites a los tratamientos para las condiciones de autismo.
Anestesia Epidural	Cubierto por reembolso hasta un máximo de doscientos ochenta y ocho dólares (\$288).
Ambulancia Aérea en los Estados Unidos	Será reembolsado al ochenta por ciento (80%) a base de las tarifas contratadas por MCS Life en Puerto Rico, menos cualquier copago o coaseguro que aplique.

B. Servicios Elegibles para Reembolso en esta Póliza:

Reembolso de Servicios de Emergencia dentro de los Estados Unidos	Se le reembolsará al asegurado la cantidad basada en el costo usual y razonable del área geográfica, o de acuerdo a la tarifa negociada por MCS Life con el proveedor, descontando el deducible, copago o coaseguro que aplique.
Tratamientos y Servicios no disponibles en Puerto Rico pre autorizados por Asuntos Clínicos	Estos servicios serán reembolsados basados en el costo usual y razonable del área geográfica, o de acuerdo a la tarifa negociada por MCS Life con el proveedor, descontando el deducible, copago o coaseguro que aplique.
Servicios incluidos en su póliza cubiertos solo por reembolso	Se le reembolsará al asegurado la cantidad estipulada en su póliza.

Reembolso para Proveedores no	Se le reembolsará al asegurado la cantidad que hubiese sido pagada si el tratamiento, servicios o abastos hubieran sido brindados por un
----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Participantes en Puerto Rico	Proveedor Participante de MCS Life, menos cualquier copago o coaseguro que aplique.
Servicios brindados dentro de los Estados Unidos, que no sean Emergencia, ni pre autorizados por Asuntos Clínicos	Se le reembolsará al asegurado la cantidad que hubiese sido pagada si el tratamiento, servicios o abastos hubieran sido brindados por un Proveedor Participante de MCS Life, menos cualquier copago o coaseguro que aplique.
Trabajador social	Estos servicios serán reembolsados solamente para tratamientos para las condiciones de autismo, según definidas en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales, en conforme a la Ley Núm. 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo).

C. Servicios Elegibles para Reembolso de Medicamentos Recetados (Beneficio de Farmacia):

Para reembolsos de medicamentos recetados (beneficio de farmacia): solo se considerarán reembolsos bajo las siguientes circunstancias:

- El asegurado no tenía la tarjeta del plan. (Ejemplos: la tarjeta nueva no le llegó a tiempo, no tenía su tarjeta al momento de la compra o perdió la tarjeta)
- Suplido por concepto de vacaciones (Solo si fue adquirido en territorio de E.U. y no solicitó a tiempo sus suplidos por concepto de viaje ni visitó la farmacia de nuestra red)
- El reclamo fue rechazado por la farmacia. (Ejemplos: la farmacia tenía problemas técnicos, procesó un NDC incorrecto, la información del paciente que tenía la farmacia no era igual a la que tenía el plan)
- Consideración del reclamo para la Coordinación de Beneficios (COB, cubierta secundaria). Farmacia no procesó el COB electrónicamente y/o el paciente no informó que tenía más de un seguro médico.
- Compra fuera de la red (asegurado compró medicamento en farmacia no contratada).

Sección 5: Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida

A algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza.

El beneficio de tratamiento de la Obesidad Mórbida requiere un periodo de espera de los primeros doce (12) meses a partir de la fecha de efectividad de la póliza, a menos que un médico certifique que la vida de la persona esté en riesgo inminente. Los servicios cubiertos incluyen: cirugía por *bypass* gástrico, banda ajustable o gastrectomía en manga (en procedimientos abiertos o cerrados a través de la laparoscopia). Otras metodologías de cirugía bariátrica están excluidas de póliza. El asegurado será responsable por el coaseguro aplicable a la cirugía en adición al copago por la admisión al hospital.

La cubierta está sujeta a pre autorización del procedimiento por Asuntos Clínicos de MCS Life, y los mismos serán cubiertos a través de proveedores contratados por MCS Life en Puerto Rico. La cirugía bariátrica está limitada a un (1) procedimiento por vida. Para comenzar el proceso de autorización, el asegurado deberá cumplir con las indicaciones mínimas según se detallan a continuación:

- Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35)
- Plan de tratamiento dietético de por lo menos seis (6) meses, supervisado por un médico o cirujano bariátrico previo a la cirugía. Además, el médico deberá indicar el plan dietético utilizado y las razones de fracaso del mismo.
- El médico deberá especificar si existen condiciones en el paciente que se agravan con la obesidad mórbida como por ejemplo: enfermedades cardiovasculares o cardiopulmonares, diabetes severa, artritis y apnea del sueño conforme al Artículo 3(c) de la ley Núm. 212 del 9 de agosto de 2008.

- Evaluación de especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra) que certifique que el asegurado entiende y está dispuesto a acomodar cambios en estilos de vida necesarios para el éxito del procedimiento bariátrico.

Las cirugías para la remoción de la piel excesiva (comúnmente conocida como colgajos) no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo.

Sección 6: Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios

A algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza.

<p>MCS Alivia</p>	<p>Es un modelo de terapias y tratamientos alternativos y complementarios que se integran a los sistemas convencionales de salud. Algunos de los servicios de Medicina Integral disponibles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud Integral y Complementaria • Medicina Tradicional China • Acupuntura Médica • Masaje Terapéutico • Homeopatía ofrecida por médicos con certificación • Medicina Bioenergética (<i>Pranic Healing</i>) <p>Para obtener acceso a estos beneficios y garantizar la coordinación apropiada de todos los servicios necesarios, se requiere que el asegurado llame o coordine una cita. El asegurado será evaluado por el Médico Generalista del Centro de Alivia, que determinará las modalidades correspondientes al tratamiento.</p> <p>Está cubierto con un máximo de diez (10) visitas por año póliza por persona asegurada con un máximo de dos (2) modalidades por visita. Aplica copago correspondiente. Límites no aplican a Doctores en Naturopatía.</p>
<p>MCS Solutions</p>	<p>Programa que integra el cuidado de salud mental y tratamiento para el abuso de sustancias controladas. Todos los servicios se ofrecen de manera confidencial y privada, disponibles las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana.</p> <p>Un coordinador del programa le proveerá servicios de consejería, educación en salud y referidos de manera confidencial, tanto a usted como a los miembros de la familia del asegurado. En situaciones de emergencia, el asegurado debe ir directamente al hospital y solicitar el servicio.</p> <p>Para información adicional sobre los servicios, llame al [1-866-627-4327].</p>

<p>Programas e Iniciativas de Bienestar</p>	<p>Como parte del compromiso de MCS Life con la salud de nuestros asegurados, desarrollamos una serie de programas innovadores e iniciativas que complementan los beneficios básicos de nuestras cubiertas. Estos Programas e Iniciativas de Bienestar, atienden desde la salud física hasta la salud emocional de nuestros asegurados para satisfacer las expectativas de un plan de salud comprensivo. Incluye iniciativas de bienestar como charlas educativas, sesiones de ejercicios, orientaciones clínicas, entre otras.</p> <p>Para más información sobre los programas disponibles, comuníquese con nuestro centro de llamadas de Servicio al Cliente al [787-281-2800 en el área metro, o libre de costo al 1-888-758-1616, de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 10:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.; las personas con impedimentos auditivos (TTY) podrán llamar al 1-866-627-8182], o puede acceder a nuestra página cibernética www.mcs.com.pr</p>
---------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PARTE IV: LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA

A algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza.

Sección 1: Limitaciones de la Cubierta

LIMITACIONES	
<p>Diálisis y Hemodiálisis</p>	<p>Servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis y hemodiálisis, incluyendo servicios por cualquier complicación que surja y los correspondientes servicios hospitalarios o servicios médico quirúrgicos, estarán cubiertos por los primeros noventa (90) días desde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La fecha en que el/la asegurado(a) advino elegible a esta póliza (en el caso que la diálisis o hemodiálisis comenzaran antes de la fecha de elegibilidad) o, 2. La fecha en que el/la asegurado(a) recibiera el primer tratamiento de diálisis y hemodiálisis. Esto aplicará cuando los servicios de diálisis y hemodiálisis estén relacionados a las mismas condiciones clínicas.

Cirugía Reconstructiva	Se ofrecerán sólo cuando sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por enfermedad o lesión corporal, accidental (post trauma) o cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido, y que no esté relacionado con la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) o con la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) ocurrido durante la vigencia de la póliza. Aplica copago o coaseguro de procedimiento e instalaciones.
Inmunizaciones (Vacunas) para niños y adolescentes	Las inmunizaciones recomendadas por el “ <i>United States Preventive Services Task Force</i> ” y el itinerario de vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico estarán cubiertas para infantes, niños y adolescentes menores de veintiún (21) años de edad, sin costo adicional ni copago alguno, en las dosis correspondientes de acuerdo a la edad. La persona asegurada pagará la cantidad que corresponde a la visita médica.
Inmunizaciones (Vacunas) para adultos	Las inmunizaciones para adultos recomendadas por el “ <i>United States Preventive Services Task Force</i> ” y el itinerario de vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico estarán cubiertas en las dosis correspondientes de acuerdo a la edad, sin costo adicional ni copago alguno. El asegurado pagará la cantidad que corresponde a la visita médica.
Inmunización (Vacuna) Virus del Papiloma Humano (Vacuna de Cáncer Cervical)	Cubierta con cero por ciento (0%) copago para féminas y varones de 9 a veintiséis (26) años de edad de acuerdo a las dosis recomendadas por la Administración de Drogas y Alimentos, y conforme requerido por la Ley Núm. 9 del 20 de enero de 2010 y la Ley Núm. 255 del 15 de septiembre de 2012.
Inmunización (Vacuna) contra el Virus Respiratorio Sincitial (RSV) (Conocida como la Synagis)	Esta vacuna estará cubierta en las dosis conforme a la Ley Núm. 165 del 3 de agosto de 2006. Se le requiere a la persona que primero coordine este servicio con el Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life. El asegurado pagará la cantidad que corresponde a la vacuna y a la visita médica.
Terapia Física Rehabilitativa Ambulatoria	Este servicio está limitado hasta veinte (20) terapias por año póliza en oficina médica o facilidad ambulatoria. La terapia respiratoria estará cubierta de manera ilimitada en la Sala de Emergencia y en caso de un paciente hospitalizado
Terapia Física Habilidadativa Ambulatoria	Este servicio está limitado a veinte (20) terapias físicas por año póliza por persona asegurada.
Manipulaciones de Quiropráctico	Este servicio está limitado a veinte (20) manipulaciones por año póliza por persona asegurada.

Otros Servicios de Quiroprácticos	Los servicios ofrecidos por quiroprácticos pueden incluir servicios de radiología y terapia física, siempre que estos servicios sean parte del contrato del proveedor con MCS Life.
Terapia Respiratoria Ambulatoria	Este servicio está limitado hasta veinte (20) terapias por año póliza en oficina médica o facilidad ambulatoria. La terapia respiratoria estará cubierta de manera ilimitada en la Sala de Emergencia o para pacientes hospitalizados.
Prueba de Velocidad de Conducción Nerviosa	Dos (2) procedimientos por año póliza por asegurado.
Polisomnografía (Estudio del Sueño)	Un (1) servicio de por vida por persona asegurada que requiere pre autorización.
Vasectomía	Una (1) vasectomía por vida por persona asegurada.
Sonogramas Obstétricos	Tres (3) sonogramas por embarazo.
Perfil Biofísico (<i>Physical Bioprofile</i>)	Uno (1) por embarazo. Cualquiera adicional a éste requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Amniocentesis (genética)	Hasta una (1) por embarazo.
Quimioterapia y Radioterapia	Según las disposiciones de la Ley Núm. 107 del año 2012, MCS Life cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del médico especialista u oncólogo.
Fetal Non Stress Test	Límite de uno (1) por embarazo.

<p>Servicios de Ambulancia Terrestre en Puerto Rico y Estados Unidos</p>	<p>La cantidad máxima a reembolsar será de ochenta dólares (\$80) por viaje. Este beneficio será cubierto sujeto a que la entidad que provee los servicios esté autorizada por la Comisión de Servicio Público de Puerto Rico o debidamente autorizada por la Comisión de Servicio Público o cualquier agencia regulatoria en el área geográfica en que se brinda el servicio.</p> <p>El servicio sólo tendrá cubierta si el asegurado cumple con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El/La paciente fue transportado por un servicio de ambulancias según descrito en la Parte I de Definiciones bajo “Ambulancia”; • El/La paciente sufrió una enfermedad o lesión para la cual no se recomienda otros tipos de transportación; • Emergencias psiquiátricas conforme a la Ley 183 del 6 de agosto de 2008, según enmendada; • El/La paciente fue transportado; <ul style="list-style-type: none"> ○ Desde la residencia o lugar de la emergencia al hospital o institución de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) ○ Entre hospital y hospital o institución de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), cuando la institución transfiere o autoriza el alta, no es la apropiada para los servicios cubiertos ○ Desde el hospital a la residencia, para pacientes cuya condición de salud no permite el uso de otros medios de transportación; ○ Entre instituciones proveedoras de cuidado de la salud, incluyendo ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, conforme a la Ley 183 del 6 de agosto de 2008, según enmendada. • La solicitud de reembolso por el servicio incluye el certificado médico del transporte, el lugar de recogido y el destino; • No es un caso cubierto por la Administración de Compensación de Accidentes de Automóviles (ACAA), la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), o cualquier otro seguro con responsabilidad primaria.
<p>Ambulancia Aérea en los Estados Unidos</p>	<p>Un (1) viaje por año póliza por persona asegurada.</p>
<p>Cuidado en el Hogar</p>	<p>Sesenta (60) días en el hogar combinadas, aplican a las terapias físicas, terapias ocupacionales y terapias del habla recibidas en la residencia. Requiere pre autorización.</p>

<p>Visión Pediátrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Examen de refracción:</u> Un (1) examen de refracción por asegurado por año póliza. • <u>Lentes para corrección visual:</u> Un (1) par de lentes o lentes de contacto. Servicios disponibles solo dentro de la Red Preferida de Visión de MCS Life. Este servicio no está disponible a través de reembolso. <ul style="list-style-type: none"> ○ Lentes para espejuelos: Los lentes para corrección visual incluyen una selección de visión sencilla, de plástico (CR-39 <i>Plastic</i>) o policarbonato ○ Lentes de contacto (desechables): cubierto en su totalidad con un suplido de doce (12) pares al año (un par de lentes de contacto por mes). • <u>Montura para lentes de corrección visual (<i>frames</i>):</u> El asegurado podrá escoger un par de lentes dentro de los disponibles en la colección contratada. Servicios disponibles solo dentro de la Red Preferida de Visión de MCS Life. Este servicio no está disponible a través de reembolso.
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Servicios de Visión (adicionales a Visión Pediátrica)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de refracción por año póliza. • Un máximo de cien dólares (\$100) por persona, por año póliza. <p>Estos servicios estarán cubiertos a través de proveedores contratados por MCS o por reembolsos, y deberán ser pre autorizados por las instalaciones previo al servicio. Si la persona asegurada incurre en gastos por servicios o suministros que hayan sido recetados por un optómetra y/o oftalmólogo calificado, MCS pagará dicha cantidad hasta el máximo establecido. El máximo establecido podrá ser utilizado para los siguientes servicios:</p> <p>A. Lentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visión Sencilla • Bifocal • Trifocal • Lenticular <p>B. Espejuelos (Monturas)</p> <p>C. Lentes de Contacto regulares o tóricos</p> <p>D. Terapias ortópticas estarán cubiertas mediante reembolso al asegurado de acuerdo a la necesidad médica, hasta un máximo de treinta (30) servicios por vida por persona asegurada.</p> <p>E. Opciones Adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti-reflectivo • Lente Policarbón • Minimizar los rayados • Minimizar Rayos Ultravioletas • Progresivos Trifocal • Progresivo Bifocal • Lente de Transición (foto-sensitivo)
<p>Dental Pediátrico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dos (2) exámenes dentales y limpiezas por año póliza (cada seis meses) por asegurado menor de veintiún (21) años. • Mordida y periapicales, no más de un juego cada tres (3) años, por asegurado menor de veintiún (21) años. • Tratamiento de fluoruro cubierto como un beneficio fundamental para los miembros menor de diecinueve (19) años
<p>Servicios de Nutricionista</p>	<p>Seis (6) visitas por año póliza por persona asegurada. La primera visita tendrá un reembolso máximo de treinta dólares (\$30), las visitas subsiguientes tendrán un máximo de reembolso de veinte dólares (\$20) por cada visita.</p>
<p>Programa de Asistencia al Empleado (PAE)</p>	<p>Ocho (8) visitas por persona asegurada al Psicólogo o Trabajador Social, sin copago.</p>

Hospicio	Cubierto para pacientes en etapa terminal con expectativa de vida de seis (6) meses o menos.
Prótesis	Aparatos prostéticos (interno y externo) para la sustitución de partes o de un órgano físico, o para el mantenimiento de su funcionamiento, estarán limitados a una (1) prótesis por extremidad por vida de cada asegurado.
MCS Alivia	Está cubierto con un máximo de diez (10) visitas por año póliza, con un máximo de dos (2) modalidades por visita.

Límites de Servicios Dentales (adicionales a Dental Pediátrico)

A. Limitaciones de frecuencia (Generalistas, Pedodontistas, Endodontistas y Prostodontistas)

Categoría	Servicio	Limitaciones de Frecuencia
Diagnóstico	Examen periódico oral	Uno (1) cada seis (6) meses.
	Examen de emergencia	Uno (1) cada seis (6) meses.
	Examen comprensivo	Uno (1) cada seis (6) meses.
	Imágenes radiográficas intraorales	Un (1) juego completo de imágenes radiográficas cada treinta y seis (36) meses.
Diagnóstico	Imágenes radiográficas periapicales individuales	Cuatro (4) exposiciones en doce (12) meses.
	Imágenes radiográficas de mordida	Una (1) derecha y una (1) izquierda cada doce (12) meses.
	Imagen radiográfica panorámica	Una (1) cada treinta y seis (36) meses.
	Prueba de vitalidad	Una (1) por asegurado, cada seis (6) meses.
Preventivo	Limpiezas niños y adultos	Dos (2) por año a intervalos de no menos de seis (6) meses.
	Aplicación tópica de fluoruro	Dos (2) por año a intervalos no menores de seis (6) meses.

	Sellantes (Estas piezas no pueden haber sido restauradas)	Uno (1) por vida en dientes posteriores permanentes hasta catorce (14) años sólo en las superficies oclusales.
	Mantenedores de espacio fijos o removibles.	Uno (1) por área o arco por vida y sólo para molares deciduos que sean extraídos prematuramente. Una (1) recementación por vida para ese mantenedor.
Restaurativo	Amalgama o Resina	Cada treinta y seis (36) meses en el mismo diente. Si fuese necesario rehacer la restauración por el mismo dentista o la misma oficina u otro dentista deberán haber transcurridos seis (6) meses.
	Resina base compuesta	Cada treinta y seis (36) meses. Sólo está cubierta en la superficie bucal hasta las primeras molares permanentes.
	Coronas de acero inoxidable (primario y permanente)	Uno (1) por diente, por vida.
	Restauración protectora	Uno (1) por diente, cada cinco (5) años.
	Corona temporera (diente fracturado)	Una por vida por diente.

B. Limitaciones de frecuencia (Cirujanos Orales y Periodoncistas)

(Imágenes radiográficas – aplican las mismas limitaciones mencionadas en la sección 4.A. Apicectomías, Sellados retrógrados, amputación de raíz, hemisección: las mismas limitaciones que la sección 4.B.)

Diagnóstico	Examen comprensivo detallado enfocado en un problema	Sólo se cubre a cirujanos.
	Evaluación oral limitado a emergencias	Sólo se cubre a Periodoncistas

MCS Life requiere pre autorización para los servicios descritos en la Parte V de esta póliza.

SECCIÓN 2: EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA

Los siguientes servicios no están cubiertos bajo esta póliza:

1. Servicios que se presten, mientras el seguro de la persona no esté vigente.
2. Servicios que correspondan ser recibidos, de acuerdo a las Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo (CFSE), o que sean responsabilidad del asegurado, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y otros servicios disponibles con arreglo a leyes estatales o federales. También estarán excluidos dichos servicios cuando éstos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes por incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, o de cualquiera otra, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Servicios cubiertos por cualquier otro seguro o entidad con responsabilidad primaria (*third party liability*).
4. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión de un delito o intento de perpetrar asalto o cualquier ofensa criminal, incumplimiento de las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquier otro país por la persona cubierta; servicios que surjan debido a guerra, declarada o no, actos de terrorismo o cualquier acto incidental a la guerra o participación en una revuelta o desorden civil.
5. Gastos por aquellas enfermedades que el Secretario del Departamento de Asuntos del Veterano de Estados Unidos determine que fueron contraídas o se empeoraron mientras el empleado estaba activo en el servicio militar.
6. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos; o que la persona obtenga o tenga derecho a obtener sin cargos o bajo cualquier plan de gobierno.
7. Gastos o servicios de comodidad personal, tales como: habitación privada, excepto en los casos donde el servicio es requerido debido a una necesidad médica, teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia (con excepción de Instalaciones de Enfermería Diestra que están cubiertas por esta póliza) o cuidado a domicilio, a menos que su póliza estipule lo contrario.
8. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina, dentistas o paramédicos, excepto los que estén especificados en su cubierta de beneficios.
9. Servicios que no estén enumerados en la Parte III de esta póliza, o que no sean parte de los requisitos provistos en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico (CSSPR) para planes de pequeñas y medianas empresas (PYMES), o no sean requeridos por Comisionado de Seguros de Puerto Rico, o cualquier otra agencia o entidad que regula la industria de seguros de salud de Puerto Rico, o que no sean requeridos por cualquier ley federal o local que requiere cubrir el servicio.
10. Gastos por servicios de exámenes físicos para fines de certificados médicos o algún otro propósito que no sea preventivo, excepto que de otro modo sean provistos por la Ley Núm. 296 del 1ro de septiembre de 2000, según enmendada.
11. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la *Federal Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud, o que no están de acuerdo con la política médica establecida por las

entidades autorizadas sobre la salud para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.

12. Medicamentos o tratamientos experimentales o drogas con la etiqueta de "Precaución: Limitado por las leyes federales para uso de investigación". Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, que no sean considerados experimentales o investigativos, excepto que sean requeridos por una ley estatal o federal. No obstante lo dispuesto en los puntos 10 y 11, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar en un estudio de tratamiento autorizado, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a éste un beneficio potencial y el médico que refiere al estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el paciente provea a MCS Life evidencia de que su participación es apropiada, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. No serán gastos médicos rutinarios del paciente los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio.
13. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos o cuidados para corregir defectos de apariencia física, a no ser que sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por enfermedad o lesión corporal accidental o cirugía para corregir anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido. Mamoplastias o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno, la cual está cubierta en la póliza), intervenciones quirúrgicas que no sean luego de una cirugía bariátrica, conforme a la Ley 212 del 9 de agosto de 2008, tratamientos de liposucción, abdominoplastias, ritidectomía abdominal, ritidectomías faciales, braquioplastias, inserción y remoción de implantes con propósitos cosméticos, rinoseptoplastias, blefaroplastias, implantes de pelo, otoplastias, rinoplastias o septoplastias (excepto post-trauma), dermabrasión, inyecciones de colágeno, grasa, fibril y botox, entre otros, con propósitos cosméticos, e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas.
14. Se excluyen también los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a todos los servicios enumerados en el inciso 13, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento, excepto según dispuesto en la Ley Núm. 212 del 9 de agosto de 2008.
15. Cargos que resulten por alguna enfermedad o lesión corporal surgida de, o en el curso del empleo de la persona asegurada.
16. Cargos por rayos x dentales adicionales a los descritos en esta póliza o en la cubierta opcional adquirida por el asegurado.
17. Cargos por el tratamiento de Síndrome de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
18. Reembolsos por servicios prestados en Puerto Rico por Dentistas Participantes y/o no participantes de la red de proveedores de MCS Life, excepto en casos de

emergencia según descritos en la Parte III, sección 3 de esta póliza. Cargos por drogas o medicamentos suministrados en visitas médicas, a menos que su cubierta incluya dichos servicios.

19. Cargos por servicios de termografía ofrecidos u ordenados por quiroprácticos y otros especialistas médicos.
20. Cargos por servicios de tratamientos para la infertilidad o relacionados con la concepción por medios artificiales.
21. Cargos por servicios de equipo auditivo y/o implante coclear independientemente de si existe o no justificación médica.
22. Cargos por servicios de terapias ortópticas (terapias visuales), así como los aparatos y artefactos necesarios como parte de las terapias adicionales al máximo establecido en la cubierta de visión.
23. Cargos por servicios de plantillas ortopédicas.
24. Cargos por servicios prestados para abortos electivos incluyendo todos los servicios relacionados.
25. Cargos por pruebas psicométricas sin justificación clínica. Condiciones bajo la Ley 220-2012 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo), los tratamientos para las condiciones de autismo definidas en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales estarán cubiertos sin límites.
26. Todo procedimiento cuyo propósito sea restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear o algún procedimiento que no cubija la condición de infertilidad, después que se usen para inducir el embarazo como, por ejemplo, fertilización in vitro.
27. Terapias ocupacionales y del habla ambulatorias, y trabajador social, excepto para tratamientos de las condiciones de autismo, según definidas en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales, en conforme a la Ley Núm. 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo).
28. Gastos por vacunas y servicios relacionados que son requeridos por el patrono para obtener o mantener un empleo o seguro, o para un viaje.
29. Gastos por servicios provistos en Clínicas de Salud en masa que son ofrecidos y provistos por el patrono a sus empleados o por terceros.
30. Los Servicios de Cuidado de la Salud en el Hogar no incluyen cuidado residencial o custodial, servicios suministrados para conveniencia personal o comodidad como, por ejemplo, tareas domésticas, cuidado de niños y servicio de fiambreras, independientemente de si fue recomendado por un nutricionista o un médico.
31. Servicios de diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios o en instalaciones renales, servicios médico quirúrgicos y complicaciones asociadas; luego de agotar el máximo de noventa (90) días indicado en ésta póliza.
32. Cirugías orales adicionales a las descritas en esta póliza, excepto aquellas que resulten de un accidente o que estén cubiertas por una cubierta opcional dental.
33. Procedimientos de *Lasik* y cirugías para corregir defectos refractivos.
34. Cirugías para la transformación sexual y sus complicaciones.
35. Servicios de analgesia intravenosa o analgesia administradas a través de la inhalación, por el médico o dentista.

36. La escisión de granulomas o quistes radiculares que se originen por la infección de la pulpa del diente.
37. Servicios de asistencia quirúrgica en cirugías ambulatorias.
38. Visitas médicas a domicilio.
39. Exclusiones del beneficio de Visión Pediátrica:
 - a. Servicios de visión pediátrica para mayores de veintiún (21) años de edad.
 - b. Tintes o terminaciones para lentes, o lentes que no estén especificados en el beneficio de visión pediátrica.
 - c. Lentes de contacto excepto los descritos en el beneficio
 - d. Monturas para lentes de corrección visual (*frames*) que no sean parte de la colección contratada.
 - e. Servicios y materiales requeridos como resultado de una reclamación bajo una cubierta de seguro de incapacidad ocupacional (*worker's compensation*) o provista por el plan de seguro médico de la empresa en que trabaja el menor.
 - f. Cualquier servicio, lentes para corrección visual, lentes de contacto, o montura para lentes de corrección visual requerido por el patrono como condición de empleo.
 - g. Cualquier gasto por lentes para corrección visual, lentes de contacto, o montura para lentes de corrección visual fuera de la red de proveedores preferida de visión de MCS Life.

Sección 3: Exclusiones de Medicamentos Recetados

MCS Life no será responsable por los gastos correspondientes a los siguientes beneficios:

1. Drogas o medicamentos que estén expresamente excluidos por esta póliza.
2. Drogas o medicamentos que no requieran una receta del médico, excepto insulina, a menos que su cubierta incluya dichos servicios.
3. Agentes inmunizadores (vacunas, toxoides, toxinas) que no estén expresamente cubiertos en la póliza, suero biológico, sangre o plasma, cosméticos, suplementos dietéticos y artículos de belleza;
4. Artefactos o artículos terapéuticos, incluyendo agujas hipodérmicas (excepto para la administración de insulina), jeringuillas y vestimenta;
5. Drogas recetadas que pueden ser obtenidas sin costo bajo programas locales, estatales o federales;
6. Drogas y/o tratamientos experimentales o drogas con leyenda: "Precaución – limitada por la Ley Federal para usos de investigación" excepto en el caso de pacientes que padezcan de una condición que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, cuando dicho paciente sea elegible para participar en un estudio de tratamiento clínico autorizado, de acuerdo a las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del paciente le ofrezca a éste un beneficio potencial y se cumpla con la condición de que el médico que refiera al paciente presente evidencia de que es apropiada su participación en el estudio, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente, entendiéndose que no son "gastos médicos rutinarios del paciente" los

- gastos relacionados con el estudio, o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio;
7. Repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el médico o despachos posteriores a la fecha de vigencia de la receta, según establecido por la Ley de Farmacia de PR;
 8. Cualquier cantidad de drogas o medicamentos dispensados que exceda un abasto de 15 días para medicamentos agudos, o un abasto de 30 días para medicamentos de mantenimiento;
 9. Drogas utilizadas para tratar la condición de impotencia;
 10. Vitaminas y suplementos vitamínicos, excepto los requeridos por ACA
 11. Drogas anabólicas;
 12. Medicamentos para rebajar;
 13. Hormonas de crecimiento;
 14. Inmunoglobulina inyectable
 15. Lancetas y Tirillas
 16. Medicamentos de fertilidad o infertilidad
 17. Se excluyen medicamentos cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe. Los medicamentos que se utilicen en pruebas de investigación que tengan el patrocinio de los fabricantes o de una entidad gubernamental, así como los medicamentos o servicios suministrados durante pruebas de investigación, si el patrocinador de dichas pruebas de investigación provee los medicamentos o servicios sin cobrarle nada a los participantes, no estarán cubiertos.

Sección 4: Exclusiones Dentales

Los siguientes servicios son considerados como exclusiones generales:

1. Cargos por servicio restaurativo mayor, endodoncia (excepto tratamiento del nervio), periodoncia, prostodoncia y ortodoncia.
2. Servicios que se provean con fines estéticos.
3. El cierre de diastema por razones estéticas.
4. Servicios que se provean para corregir la dimensión vertical u oclusión.
5. Implantes y prótesis relacionadas a los implantes.
6. Reconstrucciones totales maxilares o mandibulares.
7. Puentes fijos a la misma vez que uno parcial en el mismo arco para sustituir dientes en áreas posteriores, se considera el parcial solamente.
8. Servicios relacionados al síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
9. Prótesis con propósitos de ferulización permanente de dientes con problemas periodontales.
10. Servicios relacionados a accidentes o enfermedades cubiertas o relacionadas con la Ley del Fondo del Seguro del Estado, ACAA, Veterano, etc.
11. Instrucciones relacionadas a la higiene oral y dietas.
12. Sustituciones de puentes removibles por puentes fijos por razones de alergia.
13. Reemplazo de prótesis perdidas.
14. Servicios comenzados antes del paciente tener la cubierta dental.
15. Servicios de prótesis para sustituir piezas naturales perdidas antes de que el paciente tuviera la cubierta dental.
16. Cargos para corregir anomalías congénitas, excepto por la cubierta de niños recién nacidos , adoptado o colocados para adopción.
17. Cualquier otro servicio no incluido de forma expresa en la cubierta del asegurado.
18. Reembolsos por servicios prestados en Puerto Rico por Dentistas Participantes y/o no participantes de la red de proveedores de MCS Life, excepto en casos de emergencia según descritos en la Parte III, sección 3 de esta póliza.

Sección 4: Exclusiones de Visión

1. Sea resultado de cualquier enfermedad o daño corporal que surge de o en el curso del Empleo de la Persona Asegurada;
2. Gastos para gafas de sol o con tintes;
3. Gastos incurridos por tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos, fuera de los especificados;
4. Para uso estético;
5. Gastos incurridos para lentes de contacto *Pediatric Aphakic Contact Lenses* u otro tipo de lentes de contacto que no sean regulares o tóricos;
6. Gastos incurridos luego de agotar el beneficio o servicio según le indica su cubierta de visión;
7. Deducibles o coaseguros que le corresponden al asegurado;
8. Aparatos y artefactos necesarios como parte de las terapias ortópticas; y
9. Terapias ortópticas para tratamientos en casos de desórdenes del aprendizaje y dislexia, excepto para condiciones bajo la Ley 220-2012 del 4 de septiembre de

2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo) de los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales.

Sección 5: Exclusiones de Trasplantes de Órganos y Medula Ósea

Los siguientes servicios estarán excluidos:

1. Cualquier servicio, tratamiento o procedimiento prestado o incurrido con anterioridad a la fecha de efectividad del acuerdo de la póliza.
2. Enfermedades, condiciones o trasplantes que resulten de cualquier infección por motivo del virus (*T-Cell*) de Inmuno Deficiencia Humana (Ej. SIDA).
3. Servicios, tratamientos o procedimientos que sean la responsabilidad primaria de Medicare.
4. Trasplantes experimentales o investigativos, o que no sean de efectividad médica comprobada.
5. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos recibidos sin una preautorización de MCS Life.
6. Compra de automóvil o cualquier método de transportación.
7. Alquiler de un automóvil cuando no sea de una compañía de renta de automóvil dedicada formalmente a este negocio. Gastos por gasolina, mantenimiento del automóvil y pagos de estacionamiento.
8. Bebidas alcohólicas, cigarrillos, gastos recreacionales y artículos que no sean alimentos.
9. Artículos personales y productos de limpieza.
10. Gastos por servicios de transportación, comida y alojamiento según mencionados en la Parte III sección 4 – Servicios Cubiertos, sin recibo de gastos y/o recibo de compra que especifique fecha, lugar de compra, nombre de los artículos que compró y precio del artículo.
11. Cargos en exceso de las cantidades establecidas para los beneficios según se expresan en la Parte III, sección 4 de este documento.

Sección 6: Exclusiones y Limitaciones de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida

1. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva (comúnmente conocida como colgajos) no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso debido a que afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo.
2. Otras técnicas o metodologías de cirugía bariátrica diferente a *bypass* gástrico, banda ajustable o gastrectomía en manga están excluidas del beneficio.
3. El beneficio de cirugía bariátrica está limitado a los límites territoriales de Puerto Rico, se excluyen de la cubierta procedimientos de cirugía bariátrica fuera de Puerto Rico.
4. La cirugía bariátrica está limitada a una (1) de por vida, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada.

5. Servicios de cirugía bariátrica o de reconstrucción asociados a la cirugía bariátrica sin pre autorización de MCS Life están excluidos del beneficio.



**P.O. Box 9023547
San Juan, PR 00902-3547
(787) 758-2500**

www.mcs.com.pr