MCS Personal Health

PLAN: [8010, 8030, 8011, 8031]

PARTE IV: 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 pre autorización para aquellos procedimientos y servicios determinados por MCS Life. 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 definidos en esta póliza, y por proveedores participantes contratados por MCS Life. También estarán cubiertos aquellos casos pre autorizados por Asuntos Clínicos de MCS Life para realizarse en E.U. según dispuestos en esta póliza. Todos los casos de emergencias también estarán cubiertos 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,* 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.

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 entiéndase: deducible inicial, copagos y/o coaseguros establecidos para la cubierta médica y los medicamentos recetados (combinados). Cuando el asegurado alcance el máximo de gastos del bolsillo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, MCS Life cubrirá los beneficios esenciales de salud al 100%. Para información sobre la cantidad vigente en esta poliza, favor de referirse a la Parte IX 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. Usted deberá pagar esa cantidad antes de comenzar a recibir los servicios que requieran un deducible inicial.

Refierase a Ia Parte identificada como Exclusiones y Limitaciones de Ia Cubierta para obtener el detalle complete de los maximos establecidos para ciertos beneficios.

Sección 1: Beneficios Esenciales de Salud

A algunos de estos servicios se les aplica un costo compartido según descrito en la Parte IX de esta póliza.

1. Servicios de Emergencia y Urgencia

MCS Life proveerá beneficios de servicios de emergencia, sin periodo 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 los proveedores no participantes en Puerto Rico, los servicios serán cubiertos en conformidad con la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley 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 accedan a los servicios a través del Sistema **9-1-1 no requerirán pre autorización** y estarán cubiertos conforme a la Ley Número 383 de 6 de septiembre de 2000.

MCS Life cubre servicios en la Sala de Emergencia y el asegurado deberá pagar la cantidad del copago o coaseguro de sala de emergencia.	• Servicios médicos por causa de trauma y/o enfermedad
	• 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	• Servicios médicos por causa de trauma y/o enfermedad

asegurado deberá pagar la cantidad del copago o coaseguro de sala de emergencia.	• Medicamentos, Materiales y Equipo
	• Terapia Respiratoria sin límite
	• Condiciones auto infligidas (intentos de suicidio)

2. Servicios de Hospital

Servicios de Hospitalización: 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 Nivel I, Nivel II, Nivel III. El nivel de cada hospital está indicado en el Directorio de Proveedores [*Health Network*]	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 los establecido por la Ley Núm. 311 del 19 de diciembre de 2003 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, 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 el hospital usualmente provea, que sean ordenados por el médico y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital.
	Las 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	
Anestesia en Hospital	Cubierto.
Asistencia Quirúrgica en el Hospital	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente.Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Cirugías en el Hospital	Cubierto. Cirugías que usualmente se realizan en facilidad ambulatoria y necesiten realizarse en el hospital requieren ser pre autorizadas por Asuntos Clínicos de MCS Life.
Facilidades de Enfermería Diestra (*Skilled Nursing Facilities*)	Cubierto. Hasta ciento veinte (120) días por año póliza, por asegurado. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere 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 al Médico Personal	Cubierto sin referido. La persona asegurada pagará el copago o coaseguro de Médico Personal. El Médico Personal incluye las siguientes especialidades: • Médico Generalista • Médico de Familia • Pediatra • Médico Internista • Médico Ginecólogo/Obstetra
Ginecólogo Obstetra	Cubierto sin referido. Aplica copago o coaseguro de Generalista. Las mujeres embarazadas podrán elegir un Ginecólogo Obstetra como su Médico Personal (que forme parte del mismo grupo médico que su Médico Personal) durante el término de su embarazo.
Visitas a Especialistas, Profesionales de la Salud y/o Sub-Especialistas	Cubierto. Requiere referido de Médico Personal. Aplica copago o coaseguro correspondiente de acuerdo a la especialidad médica. Los servicios incluyen visitas a: • Especialistas • Sub especialistas • Psicólogos clínicos • Podiatras • Audiólogos • Optómetras • Quiroprácticos • Doctor en Naturopatía
Psiquiatra	Cubierto sin referido. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Psicólogo Clínico	Cubierto sin referido. 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	Requiere referido de Médico Personal. Cubierto conforme a la Ley 127 del 27 de septiembre de 2007.

Quiropráctico	Requiere referido de Médico Personal. Para la visita inicial al quiropráctico, la persona asegurada pagará el copago o coaseguro correspondiente a la visita de especialista. Para visitas subsiguientes, aplicará la cantidad correspondiente para manipulaciones. Los servicios serán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes que estén autorizados a proveer dichos servicios conforme a la Carta de Derechos del Paciente bajo la Ley 150 del 8 de agosto de 2006, según enmendada.
Servicios Podiátricos	Requiere referido de Médico Personal. 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 que estén autorizados a proveer dichos servicios, conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades de la Ley Núm. 150 del 8 de agosto de 2006, según enmendada.
Doctor en Naturopatía	Cubierto conforme a Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007. Estarán cubiertos a través del Programa MCS Alivia, aplica copago establecido para el programa. Visitas a Doctores en Naturopatía no tendrán limites.
Facilidades Ambulatorias	Cubierto. Requiere referido de Médico Personal. El asegurado será responsable por el copago o coaseguro por concepto del uso de la facilidad.
Lente Intraocular	Requiere referido de Médico Personal. Estará incluido como parte de los servicios contratados en la facilidad de cirugía ambulatoria.
Exámenes de Pre Admisión	Cubierto. Requiere referido de Médico Personal. Aplica copago o coaseguro de los exámenes o laboratorios correspondientes.
Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	Cubierto. Requiere referido de Médico Personal. Aplica copago o coaseguro de Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria, más el copago o coaseguro de facilidad ambulatoria.

Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica y de la visita médica. Si el procedimiento es realizado por otro médico que no es el Médico Personal seleccionado, requiere referido de Médico Personal.
Inyección Intra-articular	Requiere referido de Médico Personal. Se cubren doce (12) inyecciones por año póliza. Aplica coaseguro para Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en oficina médica y copago de visita médica.
Terapia Respiratoria Ambulatoria	Cubierto sin referido hasta veinte (20) terapias por año póliza. Aplica copago de terapia respiratoria. La terapia respiratoria estará cubierta de manera ilimitada en la Sala de Emergencia y en caso de un paciente hospitalizado.
Vasectomía en Oficina Médica	Requiere referido de Médico Personal. MCS Life cubrirá una (1) vasectomía de por vida, sólo para el asegurado principal y/o cónyuge. Aplica copago o coaseguro para Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica y copago de visita médica.
Endoscopias en Oficina Médica	Requiere referido de Médico Personal. Aplica copago o coaseguro para Procedimientos de Diagnóstico y Quirúrgicos en Oficina Médica y el copago o coaseguro de visita médica.
Endoscopias en Facilidad Ambulatoria	Requiere referido de Médico Personal. 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	Requiere referido de Médico Personal. Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.

Cirugía Ortognática	Requiere referido de Médico Personal. 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.
Pruebas y Procedimientos Cardiovasculares Invasivos y no Invasivos	Requiere referido de Médico Personal. Aplica copago o coaseguro por prueba correspondiente, además de copago o coaseguro de oficina médica o facilidad ambulatoria.
Septoplastías, Rinoseptoplastías y Rinoplastías post- trauma o por necesidad médica	Requiere referido de Médico Personal. Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Pruebas y procedimientos neurológicos	Requiere referido de Médico Personal. Aplica copago o coaseguro de Rayos X.
Criocirugía Cervical	Cubierto. Requiere referido de Médico Personal. Uno (1) por año póliza. • Facilidad Ambulatoria: aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización. • 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	Requiere referido de Médico Personal. Cubierto. Aplica coaseguro de laboratorio. Dos (2) procedimientos por año póliza, por asegurado.
Escalenotomía	Requiere referido de Médico Personal. Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria.
Pruebas audiológicas	Requiere referido de Médico Personal. 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 estan disponibles para el asegurado principal, cónyuge, cohabitante e hijas dependientes del asegurado principal.

Servicios de Maternidad	Cubiertos como cualquier otra enfermedad bajo esta póliza, no requiere referido. El cuidado prenatal 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:	• 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. Los adicionales requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • *Fetal Non Stress Test,* 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. No aplica copago ni coaseguro. • Amniocentesis (maduración fetal). No aplica copago ni coaseguro. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos. • Servicios de hospital. Aplica copago o coaseguro correspondiente a hospitalización. • Uso de sala de partos. Aplica copago o coaseguro correspondiente a hospitalización. • Monitoria fetal por embarazo (producción e interpretación) en hospital. Aplica copago o coaseguro de 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) si se trata de un 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 prueba médica requerida, tanto para el infante como para la madre. Aplica copago o coaseguro de visita médica.

Atención al 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: • Servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y los tratamientos de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico, conforme al Artículo 54.050 (B) del Código de Seguros de Puerto Rico. • Atención médica en el hospital y en Unidades de Intensivo Neonatal (NICU) • Uso de sala de recién nacidos (*Well baby nursery*) • Cernimiento auditivo neonatal universal • Cargos de enfermería rutinaria en el hospital • Circuncisión del recién nacido en el hospital • Visitas rutinarias del bebé (*Well baby Care*). Aplica copago o coaseguro de visita médica en todas las visitas.
Pruebas de Cernimiento al Recién Nacido	Pruebas preventivas requeridas por PPACA y establecidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico y según el Título XIX del Programa de *Medicaid*, el Título V del Programa para Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría, según requerido por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000. Para información sobre cernimientos que aplican, refiérase al inciso 9, Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas.

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 y a través de una cubierta que integra el 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

408 de 2 de octubre de 2000 conocida como la “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 tiene una emergencia, de todos modos el asegurado podrá acceder directamente los servicios según su necesidad. En casos de emergencia, la persona asegurada podrá obtener servicio inmediato y directo en una sala de emergencia.

<u>Salud Mental;</u> Tratamiento a nivel ambulatorio incluye, pero no se limita a	• Visitas ilimitadas a Psiquiatras y Psicólogos Clínicos, aplica el copago o coaseguro correspondiente.
	• Unidades de estabilización de veintitrés (23) horas; luego de las veinticuatro (24) horas se considera una hospitalización.
	• *Intensive Outpatient* (IOP)
	• Visitas de terapias grupales y visitas colaterales; aplica el copago correspondiente.
	• Hospitalización parcial, completa y/o intensiva; aplica el copago correspondiente. Hospitalizaciones parciales requieren preautorización de Asuntos Clínicos.
	• Manejo de casos intensivos mediante la intervención de manejo de casos.
<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:	Cubierto sin límites, conforme a la ley Núm. 408 de 2000, según enmendada y conforme a PPACA: • Manejo de Casos Intensivos • Psiquiatra • Psicólogos Clínicos • Terapias Colaterales • Terapias Grupales (por Psicólogos Clínicos) • Traslado entre instituciones
Tratamiento Residencial en Facilidad para Trastorno por Dependencia o Abuso de Sustancias Controladas	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.

Pruebas Psicológicas	Cubiertas. Aplica copago o coaseguro de laboratorios. Para menores de veintiún (21) años, se cubrirá aquellas pruebas sicológicas 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 296 de 1 de septiembre de 2000, según enmendada.

6. Medicamentos Recetados

Requiere referido de Médico Personal cuando las recetas son ordenadas por médicos especialistas, excepto por psiquiatras.

MCS Life provee el beneficio del pago de medicamentos recetados por un médico, que sean aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), adquiridos 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 203 de 2012 que enmienda el Código de Salud de Puerto Rico, MCS Life proveerá para el despacho de los medicamento 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 que se trate en uno de los siguientes compendios de referencia estándar:

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

Y 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 que el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas haya determinado que cumple 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, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamentoa través de la cubierta de servicios médicos.

Durante la vigencia de la póliza sólo podrán ocurrir cambios en el formulario o en procedimientos de manejo de medicamentos de receta, si el cambio obedece a motivos de seguridad, que el fabricante del medicamento de receta no lo pueda suplir o lo ha retirado del mercado o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. A estos efectos, a más tardar a la fecha de efectividad del cambio notificará o hará las gestiones para que algún tercero bajo su responsabilidad 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 de receta en el formulario. En este caso, el asegurador deberá dar notificación con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión.

Formulario EHB	Esta póliza tendrá un formulario que contiene una lista específica de los medicamentos cubiertos. Este formulario incluye la lista de los medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferida, medicamentos de marca no preferida y medicamentos especializados. El mismo estará disponible en el portal www.mcs.com.pr o el asegurado puede solicitarlo por teléfono al Centro de llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al [(787) 281-2800.]
Regla de Despacho de Medicamento	Esta póliza requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos genéricos como mandatorios (primera opción). Si el medicamento no tiene una versión genérica al asegurado se le despachará el de marca y pagará el copago o coaseguro del medicamento de marca correspondiente. Si el Médico y/ o 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.
Terapia Escalonada (*Step Therapy*)	MCS Life se reserva el derecho de aplicar el beneficio de terapia escalonada para algunos medicamentos debidamente identificados en su formulario de 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.
Medicamentos fuera del Recetario (*Over the Counter* OTC, por sus siglas en inglés)	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Los medicamentos OTC no contienen leyenda federal y 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.

Red de Farmacia Especial	Red de farmacias contratadas para proveer el beneficia de farmacia de esta p61iza.

Programa de Medicamentos por Correo	Es un programa voluntario que permite al asegurado recibir los medicamentos de mantenimiento por el sistema de correo regular autorizando un suministro de hasta noventa (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, para controlar la presión alta, para los desórdenes de la tiroides, 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 90 días de suplido más tres repeticiones para completar un año de suplido). Nota: o **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.** o **Recetas de medicamentos controlados solamente tienen una vigencia de seis (6) meses.** o **Recetas de medicamentos Control II no están cubiertas por correo.** • 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 envio y el método de pago. Una vez coteje que la información esté completa y correcta, incluya su firma y la fecha. • Envíe por correo postal el formulario de pedido completado junto a 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 alterna. Es posible que las sustancias controladas requieran la firma de un adulto al momento de recibirse. 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 tiene disponible opciones de envío urgente. 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 a:[www.mycatamaranRx.com]

Suministros y Medicamentos Cubiertos:

El beneficio de medicinas tiene los siguientes límites por despacho:

Medicamentos Agudos	Quince (15) días; 0 repeticiones
Medicamentos de Mantenimiento, farmacia al detal	Treinta (30) días y cinco (5) repeticiones
Medicamentos de Mantenimiento, por correo (voluntario)	Noventa (90) días y tres (3) repeticiones
Medicamentos Especializados	Despacho solamente en farmacias participantes

Los medicamentos cubiertos bajo esta póliza son:

Medicamentos con leyenda federal	
Medicamentos agudos	• Antibióticos • Analgésicos • Antifungales • Antivirales • Anti-migraña • Agentes orales/dentales • Agentes dermatológicos • Agentes gastrointestinales • Agentes oftálmicos • Agentes óticos • Agentes antihistamínicos • Agentes del tracto respiratorio
Medicamentos de mantenimiento	• Antidiabéticos • Cardiovasculares • Anti-inflamatorios • Anticonvulsivos • Antidepresivos • Agentes contra la gota • Antineoplásicos

	• Agentes contra el Parkinson • Antipsicóticos • Ansiolíticos • Agentes contra la glaucoma • Reemplazo Hormonal • Inmunosupresores • Antiasmáticos • Contraceptivos • Preventivos
Medicamentos especializados	Requieren pre autorización antes del despacho. Ver Programa de Medicamentos Especializados. Si el plan elegido tiene una cantidad de Pago Máximo de Medicamentos Especializados descrita en la Parte XI de esta póliza, el asegurado pagará el copago o coaseguro correspondiente hasta el máximo establecido por cada despacho.

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

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 administradas.

El Programa provee para que usted pueda recibir un despacho inicial de 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 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 a 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 pre autorización 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 é sta gestione con MCS Life una nueva preautorización. El Plan de Salud no cubrirá los medicamentos especializados que no hayan sido preautorizados.

De requerir información adicional o de 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 una, 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, solicite por escrito, si el médico que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado la aprobación de:

1) Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario,
2) Cubierta continua de determinado medicamento de receta que MCS Life descontinúe del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado o
3) Un medicamento de receta que no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.
4) Si el medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere como primera línea conforme a la terapia escalonada:
    a. Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o si, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o del 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;

b. 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

c. 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.

d. Si 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 asegurada.

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 de receta objeto de la solicitud de excepción médica y
- Racional clínico por el 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 la 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 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 del asegurado. Para revisar las solicitudes de excepción, los profesionales de salud designados deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe debidamente 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 la notifica dentro del periodo antes mencionado:

- El asegurado tendrá derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud 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 el 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 sea 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 de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos de 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 de receta sea 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 de 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 al asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito o por medios electrónicos, si la persona cubierta o el asegurado ha acordado recibir la información por esa vía;

- Se notificará a la persona que expide la receta por medios electrónicos o, a su petición, por escrito;

- Se podrá apelar mediante la presentación de una querella según el proceso de Querellas y Apelaciones descrito en la Parte VIII 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 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 querella para apelar la denegación según el proceso de Querellas y Apelaciones descrito en la Parte VIII de esta póliza.

- **7. Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero**

Terapia Física Rehabilitativa Ambulatoria	Requiere referido de Médico Personal. Cubiertas 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	Requiere referido de Médico Personal. Cubiertas 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.

Manipulaciones de Quiropráctico	Requiere referido de Médico Personal. Cubiertas 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.
Terapias Ocupacionales (ambulatoria)	Requiere referido de Médico Personal. 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.
Terapias del Habla (ambulatoria)	Requiere referido de Médico Personal. 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.
Equipo Médico Duradero	Requiere referido de Médico Personal. Cubierto a través de proveedores contratados y requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. La persona asegurada pagará la cantidad aplicable a estos. Los servicios cubiertos son: • Camas de posición • Silla de ruedas • Oxígeno y equipo necesario para su administración

Servicios de Equipo Tecnológicos	Requiere referido de Médico Personal. Incluye: el equipo técnico cuyo uso sea necesario para que el asegurado 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 y 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 125 del 21 de septiembre de 2007.
Cuidado de Salud en el Hogar	Requiere referido de Médico Personal. Aplica copago o coaseguro de Cuidado de Salud en el Hogar. 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: • 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. Los cargos elegibles del Cuidado de Salud en el Hogar estarán cubiertos hasta cuarenta (40) visitas por año póliza, por persona asegurada: • 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 terapista 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. Todos estos servicios deberán ser coordinados y pre autorizados por Asuntos Clínicos de MCS Life. Las terapias adicionales requieren justificación y pre autorización.

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

Este producto cuenta con una red exclusiva de proveedores.

Laboratorios	Cubierto con coaseguro de laboratorio. Requiere referido de Médico Personal.
Rayos X	Cubierto con coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.
Medicina Nuclear	Cubierto. Aplica 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. Requiere referido de Médico Personal.
Polisomnografía (Estudio del Sueño)	Cubierto. Un (1) servicio de por vida, por persona asegurada. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Requiere referido de Médico Personal.
CT Scan	Cubierto. Uno (1) por región anatómica por año póliza, por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Requiere referido de Médico Personal.
Densitometría Ósea	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.

Ecocardiograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.
Electrocardiograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.
Electroencelograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.
Angiografía	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.
Holter	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.
Estudios Cerebrovascuares Periferales No Invasivos	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.
Mielografía	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.
MRA	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Requiere referido de Médico Personal.
MRI	Cubierto. Uno (1) por región anatómica, por año póliza y por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Requiere referido de Médico Personal.
Sonogramas	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.
SPECT	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Requiere referido de Médico Personal.
Prueba de esfuerzo (Stress Test)	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.
Prueba de esfuerzo (Stress Test) con Septa Mibi, Persatine o Talio	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.

Pruebas de Alergia	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de laboratorios. Cincuenta (50) por año póliza, por persona asegurada. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Requiere referido de Médico Personal.
Electromiograma	Cubierto. Dos (2) por año póliza, por asegurado. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere referido de Médico Personal.

9. Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas

Los servicios de medicina preventiva estarán cubiertos con $ 0 copago ó 0% coaseguro de acuerdo a la edad y el género del asegurado. Los servicios de cuidado preventivo a los que se aplican estas condiciones están definidos e incluidos más adelante y están 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 sean 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 al género del asegurado. Los servicios de medicina preventiva incluyen:

- Una evaluación de un médico que sea apropiada para la edad y el género del asegurado.
- 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 el uso de alcohol y drogas.

Autismo	Cernimiento para niños entre los 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.
Dyslipidemia	Cernimiento para niños a 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.
Hematocritos 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 a 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 los 10 años de edad.
Phenylketonuria (PKU)	Cernimiento en recién nacidos para desórdenes genéticos.
Enfermedad de Transmisión sexual	Consejería de prevención y cernimiento para adolescentes a riesgo.
Tuberculina	Prueba de tuberculina para niños a 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 piel.

Servicios Preventivos para Adultos

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

Servicio Preventivo	**Indicación**
Cernimiento de la aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para el cernimiento de la 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 Colesterol	Cernimiento de colesterol para hombres y mujeres, conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012.
Cernimiento de Cancer Colorectal	Cernimiento de Cáncer Colorectal para hombres y mujeres, conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012.

Cernimiento de depresión	Evaluación para cernimiento de depresión. Aplica a hombres y mujeres que piensan 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 a 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 paientes que tengan un Indice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés), de 30kg/m2 o más.
Enfermedades de Transmisión sexual	Consejería conductual alta-intensa para prevenir enfermedades de transmisión sexual para adolecentes y adulos 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 noventa (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 idetifiquen 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 mutacion 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 *tamoxifen* o *raloxifen*, 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. Los suplidos adicionales para una máquina de lactancia están cubiertos y el equipo está 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 Papanicolau 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 que sean de alto riesgo y mujeres embarazadas.
Métodos Anticonceptivos aprobados por la FDA	Incluye métodos hormonales y dispositivos implantados. El Medicamento *Plan B* (conocida como el *morning after pill*) estará cubierto a través de farmacias contratadas. Se requiere prescripción médica.
Visitas preventivas que incluyan cuidado preconceptivo 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 (1) por año póliza.
Suplementos de ácido fólico	Mujeres que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.
Pruebas de Cernimiento de diabetes gestacional	Para embarazadas entre las 24 y 28 semanas 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 contienen factores de riesgo a infección (por ejemplo si son jóvenes o si contienen 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 (1) por año póliza. Según la orden administrativa Num. 307 de 14 de agosto de 2013 del Departamento de Salud de Puerto Rico, se realizará la prueba a las mujeres embarazadas de la siguiente manera: a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal. b. 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 (*Human Papilloma*) (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 (3) 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 de el 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 de 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 del *Center for Disease Control* (CDC, por sus siglas en Inglés). Las Inmunizaciones estarán cubiertas por $0 copago ó 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 Niños 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 en el 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)	
Haemophilus Influenzae, 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 *Center for Disease Control* (CDC por sus siglas en Inglés) para <u>Niños</u>, <u>Adolescentes</u> y <u>Adultos</u>	
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Itinerario de Vacunación del *Center for Disease Control* (CDC) del año vigente de esta póliza. El Itinerario vigente estará disponible en el portal www.mcs.com.pr o por teléfono en el 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 la vacuna Meningococo según requerida por la carta normativa de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (CN-2011-131-AV).

<u>Inmunizaciones Adicionales que requieren copagos o coaseguros</u>

Virus Respiratorio Sincitial (RSV) (Conocida como la vacuna Synagis®)	Esta vacuna estará cubierta en las dosis sugeridas en conformidad con 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 IX de ésta póliza.

10. Servicios Pediátricos de Dental y Visión.

Dental Pediátrico	
Servicios dentales cubiertos para menores de veintiún (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 fluoruro cubiertos como un beneficio fundamental para los asegurados menores de diecinueve (19) años.

Visión Pediátrica	
Servicios de Visión cubiertos para menores de veintiún (21) años de edad	• <u>Examen de refracción:</u> Un (1) examen de refracción por asegurado, por año póliza. Requiere referido de Médico Personal. Aplica copago o coaseguro. • <u>Lentes para corrección visual:</u> Un (1) par de lentes o lentes de contacto. Servicios disponibles sólo dentro de la Red Preferida de Visión de MCS Life. o Lentes para espejuelos: Los lentes para corrección visual incluyen una selección de visión sencilla, de plástico (CR-39 *Plastic*) o policarbonato. o Lentes de contacto (desechables): cubiertos en su totalidad con un suplido de doce (12) pares al año. o Lentes de gran potencia o lupas para asegurados con pérdida significativa de la visión (*low vision*), pero que no tienen ceguera total. • <u>Marco para lentes de corrección visual (*frames*):</u> Espejuelos para asegurados hasta los veintiún (21) años, un (1) par por año póliza, dentro de la colección contratada, Disponible a través de la red de proveedores exclusivamente contratados para el beneficio de visión pediátrica.

SECCIÓN 2: OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

A algunos de estos servicios se les aplica un costo compartido según descrito en la Parte IX 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 • Un set de imágenes radiográficas de mordida cada doce (12) meses • Cuatro (4) imágenes radiográficas de mordida cada doce (12) meses • Prueba de vitalidad B. Preventivo • Dos (2) limpiezas por año póliza, por persona asegurada (cada seis (6) meses) • 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. Endodoncia • Tratamiento del nervio (*root canal treatment*) para dientes anteriores y posteriores. <u>Predeterminacion de Beneficios:</u> 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 determinará cuál es su responsabilidad económica por los servicios recomendados por el proveedor y la responsabilidad económica del asegurado para con el proveedor. El plan de tratamiento para el proceso de determinación y/o preautorización debe someterse 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.

Servicios de Visión (adicionales a Visión Pediátrica)	Requiere referido de Médico Personal. Se cubrirán los siguientes como servicios: • Un (1) examen de refracción por año póliza. Aplica copago o coaseguro. • Un máximo de cien dólares ($100) por asegurado, por año póliza para gastos de servicios de visión cubiertos. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos. Estos servicios estarán cubiertos únicamente a través de los proveedores contratados por MCS Life. Si la persona asegurada incurre en gastos por servicios o suministros que hayan sido recetados por un optómetra y/o oftalmólogo calificado, MCS Life pagará dicha cantidad hasta el máximo establecido. El máximo establecido podrá ser utilizado para los siguientes servicios: A. <u>Lentes</u> o Visión Sencilla o Bifocal o Trifocal o Lenticular B. <u>Espejuelos (Monturas)</u> C. <u>Lentes de Contacto regulares o tóricos</u> D. <u>Terapias ortópticas</u> estarán cubiertas mediante reembolsos al asegurado de acuerdo a la necesidad médica, hasta un máximo de treinta (30) servicios de por vida por persona asegurada. E. <u>Opciones Adicionales</u>**:** o Anti-reflectivo o Lente Policarbón o Minimizar los rayasos o Minimizar Rayos Ultravioletas o Progresivos Trifocal o Progresivos Bifocal o Lente de Transición (foto-sensitivo)
Mastectomía y Mamoplastía Reconstructiva	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 linfoedemas, conforme a lo requerido por la Ley de los Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer *(Women's Health and Cancer Rights Act* de 1998). Requiere preautorización de Asuntos Clínicos.
Esterilización	Requiere referido de Médico Personal. No requiere copago ni coaseguro.

Servicios de Ambulancia Aérea en Puerto Rico	Requiere referido de Médico Personal. El servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico estará cubierto de acuerdo a la necesidad médica y a través de proveedores contratados, conforme al protocolo establecido para este servicio. Aplica coaseguro correspondiente.
Examen Físico Anual	MCS Life cubrirá un examen físico anual, siempre y cuando sea para propósitos preventivos. Se excluyen los exámenes físicos y pruebas de laboratorios para certificados médicos que sean ordenados por el patrono 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 otros, de acuerdo a la edad, sexo y condición de salud del asegurado.
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA/ VIH)	Cubierto como cualquier otra condición y cernimiento preventivo 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 cubiertos 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 y terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas e incluirá visitas médicas y pruebas médicamente necesarias.
Carta de Derechos de pacientes con Cáncer y Sobrevivientes de Cáncer	Conforme a la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012, esta póliza también cubre estudios, tratamientos y pruebas de monitoreo de cáncer según dispone la Ley.

SECCIÓN 3: SERVICIOS CUBIERTOS POR REEMBOLSO

A algunos de estos servicios se les aplica un costo compartido según descrito en la Parte IX de esta póliza.

Emergencias, Tratamientos y Servicios no disponibles en Puerto Rico	Los servicios dentro de los Estados Unidos en caso de emergencia y para tratamientos no disponibles en Puerto Rico coordinados por conducto del Departamento de Asuntos Clinicos 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, descontados del 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 de 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.

A. Proceso para solicitar un Reembolso

Para recibir un reembolso por los servicios descritos en esta sección deberá llenar un formulario de reembolso dentro de los trecientos sesenta y cinco (365) días de recibir el servicio y presentar el mismo sujeto a los términos descritos en la Parte VII: Disposiciones Generales de esta póliza.

El asegurado deberá entregar el formulario de reembolso junto al recibo original y oficial de los servicios solicitados por reembolso. El recibo debe contener la siguiente información y cumplir con los requisitos descritos:

a. Recibo original y oficial (recibo con logo o sello del proveedor del servicio que indique: nombre, dirección, teléfono y especialidad).
b. Número de identificación nacional de proveedor (*National Provider Identifier* NPI, por sus siglas en inglés) o uno de los siguientes números: identificación patronal o licencia estatal.
c. Nombre completo del paciente y la información de grupo/contrato.
d. Fecha de servicio (mes/ día/ año).
e. Descripción del servicio recibido. Si el recibo es por más de un servicio, cada servicio tiene que estar desglosado.
f. Los recibos de laboratorios deben especificar todas las pruebas realizadas al paciente.
g. Indicar el código de servicio y de diagnóstico para cada servicio reclamado.

h. Indicar el costo total del servicio y la cantidad pagada por el paciente. Si el recibo es por más de un servicio, se tiene que detallar cuánto se pagó por cada uno.

i. Si el rembolso es por servicios dentales, deberá indicar el diente o la pieza trabajada. Incluir lado de la pieza trabajada. Cada superficie tiene una tarifa por separado.

j. Para reembolsos de medicamentos recetados (beneficio de farmacia), el asegurado deberá proveer el número de la receta, el número de proveedor de la farmacia (*National Provider Identifier* NPI), la fecha del despacho, el nombre del medicamento y la dosis, el código nacional del medicamento (*National Drug Code* NDC, por sus siglas en inglés), el número del DEA del médico que receta el medicamento, la cantidad, los días de suplido y el total pagado. De no tener esta información en el recibo original, el asegurado deberá proveerla en el formulario de reembolso de farmacia firmado por el farmacéutico que despacho la receta.

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 sólo por reembolso	Se le reembolsará al asegurado la cantidad estipulada en su póliza.
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); sólo se considerarán reembolsos bajo las siguientes circunstancias:

a. 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)
b. Fue suplido por concepto de vacaciones (Sólo si fue adquirido en territorio E.U. y no solicitó a tiempo sus suplidos por concepto de viaje, ni visitó la farmacia de nuestra red).
c. 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)
d. Consideración del reclamo para la Coordinación de Beneficios (COB, cubierta secundaria). La farmacia no procesó el COB electrónicamente y/o el paciente no informó que tenía más de un seguro médico.

Sección 4: Servicios de Trasplante De Hueso, Piel y Córnea

Estos servicios estarán cubiertos solamente a través de facilidades contratadas. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Este beneficio estará cubierto al 100%. El beneficio no está disponible a través de reembolso.

Están cubiertos al 100% si los servicios de trasplantes en Puerto Rico, y los servicios en los Estados Unidos, son en instituciones u hospitales pertenecientes a la red de proveedores o con un proveedor con el que MCS Life haya coordinado previamente este servicio para el paciente en particular, según los términos y condiciones que estipula la cubierta.

El proveedor médico se comunicará con Asuntos Clínicos de MCS Life para notificar sobre el servicio de trasplante. Asuntos Clínicos de MCS Life, en conjunto con el proveedor, complementarán los documentos necesarios para el procedimiento.

Los gastos cubiertos serán aquellos que estén directamente relacionados con el servicio de trasplante, incluyendo el cuidado previo a la cirugía, el cuidado post cirugía y el tratamiento por concepto de las drogas inmunosupresoras.

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

A algunos de estos servicios se les aplica un costo compartido según descrito en la Parte IX de esta póliza. Requiere referido de Médico Personal.

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 está en un 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 laparoscopía). Otras metodologías de cirugías bariátricas están excluídas 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 el mismo será cubierto a través de proveedores contratados por MCS Life en Puerto Rico. La cirugía bariátrica está limitada a un (1) procedimiento de por vida. Para comenzar el proceso de autorización, el asegurado deberá cumplir con las indicaciones mínimas según se detallan a continuación:

- Un índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35).
- Un plan de tratamiento dietético de por lo menos seis (6) meses, supervisado por un médico cirujano 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 de 9 de agosto de 2008.
- Una evaluación por parte de un 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.

Sección 6: Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios

A algunos de estos servicios se les aplica un costo compartido según descrito en la Parte IX de esta póliza.

MCS Alivia	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: • Salud Integral y Complementaria • Medicina Tradicional China • Acupuntura Médica • Masaje Terapéutico • Homeopatía ofrecida por médicos con certificación • Medicina Bioenergética (*Pranic Healing*) 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, quien determinará las modalidades correspondientes al tratamiento. Está cubierto con un máximo de diez (10) visitas por año póliza, por persona asegurada, con un máximo de dos (2) modalidades por visita, por persona asegurada. Aplica copago correspondiente. Limites no aplican a Doctores en Naturopatía.
MCS Solutions	Programa que integra el cuidado de salud mental y el tratamiento para el abuso de sustancias controladas, a las que el asegurado podrá acceder de manera voluntaria. Todos los servicios se ofrecen de manera confidencial y privada, disponibles las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. 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. Para información adicional sobre los servicios, llame al 1-866-627-4327.

Programas e Iniciativas de Bienestar	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. Para más información de 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. Personas con impedimentos auditivos (TTY) podrán llamar al 1-866-627-8182 o puede acceder a nuestra página cibernética www.mcs.com.pr]

PARTE V: LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA

A algunos de estos servicios se les aplica un costo compartido según descrito en la Parte IX de esta póliza.

Sección 1: Limitaciones de la Cubierta

LIMITACIONES	
Diálisis y Hemodiálisis	Servicios relacionados a 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: a) La fecha en que el/la asegurado(a) advino elegible a esta póliza (en caso de que la diálisis o hemodiálisis comenzaran antes de la fecha de elegibilidad) o b) 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 están relacionados a las mismas condiciones clínicas.
Cirugía Reconstructiva	Sólo se ofrecerá 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 relacionada 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 y facilidad.
Inmunizaciones (Vacunas) para niños y adolescentes	Las inmunizaciones recomendadas por el "*United States Preventive Services Task Force*" y por el itinerario de vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico estarán cubiertas para infantes, niños y adolescentes menores de 21 años de edad, sin costo adicional, ni copago alguno y en las dosis correspondientes de acuerdo a su edad. La persona asegurada pagará la cantidad que corresponde a la visita al médico por un servicio ambulatorio.
Inmunizaciones (Vacunas) para adultos	Las inmunizaciones para adultos recomendadas por el *"United States Preventive Services Task Force"* y por 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 al médico por un servicio ambulatorio.

Inmunización (Vacuna) Virus del Papiloma Humano	Cubierta con 0% copago para féminas y varones de 9 a 26 años de edad, de acuerdo a las dosis recomendadas por la Administración de Drogas y Alimentos y conforme a lo 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 Asuntos Clínicos de MCS Life. El asegurado pagará el copago o coaseguro correspondiente a la vacuna más el copago aplicable a la visita médica por un servicio ambulatorio, de acuerdo a la Parte IX de esta póliza.
Terapia Física Rehabilitativa Ambulatoria	Este servicio está limitado a veinte (20) terapias físicas por año póliza, por persona asegurada.
Terapia Física Habilitativa 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 y cuando estos servicios sean parte del contrato entre el proveedor y 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 y en caso de un paciente hospitalizado.
Polisomnografía (Estudio del Sueño)	Un (1) servicio de por vida por persona asegurada, requiere pre autorización.
Vasectomía	Una (1) vasectomía de por vida, por persona asegurada.
Sonogramas Obstétricos	Tres (3) sonogramas por embarazo, por persona asegurada.
Perfil Biofísico (*Physical Bioprofile*)	Uno (1) por embarazo, por persona asegurada. Cualquier adicional a éste requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Amniocentesis (genética)	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. Los mismos estarán cubiertos con el copago o coaseguro aplicable.
Fetal Non Stress Test	Uno (1) por embarazo.
Servicios de Ambulancia Terrestre en Puerto Rico y Estados Unidos	La cantidad máxima a reembolsar será de ochenta dólares ($80) por viaje. Este beneficio será cubierto sujeto a si la entidad que provee los servicios está autorizada por la Comisión de Servicio Público de Puerto Rico o debidamente autorizada por la Comision de Servicio Público o cualquier agencia regulatoria en el area geografica en que se brinda el servicio. El servicio sólo tendrá cubierta si el asegurado cumple con los siguientes requisitos: • El/La paciente fue transportado(a) por un servicio de ambulancias según descrito en la Parte I de Definiciones bajo "Servicios de Ambulancia"; • El/La paciente sufrió una enfermedad o lesión para la cual no se recomiendan otros tipos de transportación; • Emergencias psiquiátricas conforme a la Ley 183 del 6 de agosto de 2008; • El/La paciente fue transportado(a) o Desde la residencia o el lugar de la emergencia al hospital o institución de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), o Entre hospital y hospital o institución de enfermería especializada, cuando la institución que transfiere o autoriza el alta no es la apropiada para los servicios cubiertos, o Desde el hospital a la residencia para pacientes cuya condición de salud no permite el uso de otros medios de transportación, o Entre instituciones proveedoras de cuidado de 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.

CT SCAN	Uno (1) por región anatómica por año póliza, por persona asegurada.
MRI	Uno (1) por región anatómica, por año póliza.
Servicios de Visión (adicionales a Visión Pediátrica)	• Un (1) examen de refracción para adultos, por año póliza. • Un máximo de cien dólares ($100) por persona, por año póliza. Estos servicios estarán cubiertos únicamente a través de proveedores contratados por MCS Life y deberán ser pre autorizados por la facilidad antes del servicio. Si la persona asegurada incurre en gastos por servicios o suministros que hayan sido recetados por un optómetra y/o oftalmólogo calificado, MCS Life pagará dicha cantidad hasta el máximo establecido. El máximo establecido podrá ser utilizado para los siguientes servicios: A. Lentes • Visión Sencilla • Bifocal • Trifocal • Lenticular B. Espejuelos (Monturas) C. Lentes de Contacto regulares o tóricos D. Las terapias ortópticas estarán cubiertas mediante reembolso al asegurado, de acuerdo a la necesidad médica, hasta un máximo de treinta (30) servicios de por vida, por persona asegurada. E. Opciones Adicionales: • Anti-reflectivo • Lente Policarbón • Minimizar los rayasos • Minimizar Rayos Ultravioletas • Progresivos Trifocal • Progresivos Bifocal • Lente de Transición (foto-sensitivo)

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 • Un set de imágenes radiográficas de mordida cada doce (12) meses • Cuatro (4) imágenes radiográficas de mordida cada doce (12) meses • Prueba de vitalidad B. Preventivo • Dos (2) limpiezas por año póliza, por persona asegurada (cada seis (6) meses) • 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
Cirugía Bariátrica	Un (1) procedimiento por asegurado de por vida.
Facilidad de Enfermería Diestra (Skilled Nursing Facility)	Ciento veinte (120) días por año póliza, por asegurado.
PET SCAN/ PET CT	Uno (1) por año póliza, por persona asegurada.
Dental Pediátrico	Este beneficio está disponible para los asegurados que sean menores de veintiún (21) años de edad. • Dos (2) exámenes dentales y limpiezas por año póliza (cada seis (6) meses). • Refracciones de mordida y periapicales, no más de un juego cada tres (3) años. • Tratamientos de fluoruro cubiertos como un beneficio fundamental para los miembros menores de veintiún (21) años.

Visión Pediátrica	Este beneficio está disponible para los asegurados que sean menores de veintiún (21) años de edad. • Examen de refracción: Un (1) examen de refracción por asegurado, por año póliza. • Lentes para corrección visual: Un (1) par de lentes o lentes de contacto. Servicios disponibles sólo dentro de la Red Preferida de Visión de MCS Life. o Lentes para espejuelos: Los lentes para corrección visual incluyen una selección de visión sencilla, de plástico (CR-39 *Plastic*) o policarbonato. o Lentes de contacto (desechables): cubiertos en su totalidad con un suplido de doce (12) pares al año. o Lentes de gran potencia o lupas para asegurados con pérdida significativa de la visión (*low vision*), pero que no tienen ceguera total. • Marco para lentes de corrección visual (*frames*): Espejuelos para asegurados hasta los veintiún (21) años, un (1) par por año póliza, dentro de la colección contratada, Disponible a través de la red de proveedores exclusivamente contratados para el beneficio de visión pediátrica.
Pruebas de Alergia	Cincuenta (50) pruebas por año póliza, por asegurado.
Inyecciones Intrarticulares	Doce (12) inyecciones por año póliza por asegurado.
Criocirugía Cervical	Un (1) procedimiento por año póliza por, asegurado.
Electromiograma	Dos (2) procedimientos por año póliza, por asegurado.
Timpanometría	Uno (1) por año póliza, por asegurado.
Prueba de Velocidad de Conducción Nerviosa	Dos (2) procedimientos por año póliza, por asegurado.
Servicios de Nutricionista	Seis (6) visitas por año póliza, por persona asegurada. El máximo de reembolso será de veinte dólares ($20) por cada visita.

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

Sección 2: Exclusiones de Servicios Médicos

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 no tengan pre autorización o referido del Médico Personal del asegurado excepto en casos de emergencias, según indicado en la póliza.
3. Servicios que correspondan ser recibidos de acuerdo a las Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo (CFSE), que sean responsabilidad del asegurado, de planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, por accidentes de automóvil (ACAA) y otros servicios disponibles con arreglo a leyes estatales o federales. También estarán excluidos dichos servicios cuando sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes por incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
4. Servicios cubiertos por cualquier otro seguro o entdad con responsabilidad primaria (third party liability).
5. 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, a actos de terrorismo o cualquier acto incidental a la guerra o por la participación en una revuelta o desorden civil.
6. 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.
7. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos o servicios que la persona obtenga, o tenga derecho a obtener, sin cargos o bajo cualquier plan de gobierno.
8. 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 o cuidado a domicilio, a menos que su póliza estipule lo contrario.
9. 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.
10. Servicios que no estén enumerados en la Parte IV 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 individuales, 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.
11. 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 296 del 1ro de septiembre de 2000, según enmendada.
12. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la *Federal Drug Administration (FDA),* el *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 en cuanto a la salud, según las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.

13. 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 los que sean requeridos por ley estatal o federal. No obstante lo dispuesto en los puntos 10 y 11, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida y para la cual no exista un tratamiento efectivo aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar de un estudio de tratamiento autorizado, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre y cuando la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a éste un beneficio potencial y el médico que refiera el estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el paciente le provea a MCS Life evidencia de que su participación es apropiada, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. Los gastos médicos rutinarios del paciente no serán 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.
14. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento y 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 una cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido. Mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto la reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno, la cual está cubierta en la póliza) o intervenciones quirúrgicas que no sean luego de una cirugía bariátrica, conforme a la Ley 212 del 9 de agosto de 2008. Tratamientos de liposucción, abdominoplastías, ritidectomía abdominal, ritidectomías faciales, mamoplastías para ginecomastía, braquioplastías, mamoplastías para aumentar el tamaño del busto, inserción y remoción de implantes con propósitos cosméticos, rinoseptoplastías, rinoplastias y septoplastias (excepto post trauma), blefaroplastías, implantes de pelo, otoplastías, dermabrasión, inyecciones de colágeno, grasa, fibril y botox entre otros con propósitos cosméticos e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas.
15. Se excluyen también los servicios hospitalarios, médico quirúrgicos y las complicaciones asociadas a todos los servicios enumerados en el inciso 14, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento, excepto según lo dispuesto en la Ley 212 del 9 de agosto de 2008.
16. Cargos que resulten por alguna enfermedad o lesión corporal surgida de o en el curso del empleo de la persona asegurada.
17. Cargos por rayos X dentales adicionales a los descritos en esta póliza o en la cubierta adicional adquirida por el asegurado.
18. Cargos por el tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular.
19. Cargos por cuidado dental, que no estén incluidos en esta poliza. Refierase a la Sección: 4 Exclusiones Dentales.
20. Cargos por drogas o medicamentos suministrados en visitas médicas que no estén cubiertos en esta póliza.

21. Cargos por servicios de termografía ofrecidos u ordenados por quiroprácticos y otros especialistas médicos.
22. Cargos por servicios de tratamientos para la infertilidad o relacionados con la concepción por medios artificiales.
23. Cargos por servicios de equipo auditivo y/o implante coclear, independientemente de si existe o no justificación médica.
24. Cargos por servicios de terapias ortópticas (terapias visuales), así como los aparatos y artefactos necesarios como parte de las terapias en exceso al máximo establecido en el beneficio de visión.
25. Cargos por servicios de plantillas ortopédicas.
26. Cargos por servicios prestados para abortos electivos, incluyendo todos los servicios relacionados a ellos.
27. Todo procedimiento cuyo propósito sea el restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear o por algún procedimiento que no cobija la condición de infertilidad después que se use para inducir el embarazo como por ejemplo, la fertilización in vitro.
28. Cargos por pruebas sicométricas sin justificación clínica. Las 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, estarán cubiertas sin límites.
29. 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).
30. Cargos por excesos de los límites establecidos en esta póliza.
31. Gastos por vacunas y servicios relacionados que son requeridos por el patrono para obtener o mantener un empleo o seguro, o para propósitos de un viaje.
32. Gastos por servicios provistos en Cínicas de Salud en masa que son ofrecidos y provistos por el patrono a sus empleados o por terceros.
33. Los Servicios de Cuidado de la Salud en el Hogar no incluyen el cuidado residencial o custodial, los servicios suministrados para conveniencia personal o comodidad como, por ejemplo, tareas domésticas, cuido de niños y servicio de fiambreras, independientemente de si fue recomendado por un nutricionista o un médico.
34. Servicios de diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios o en facilidades renales, servicios médico quirúrgicos y complicaciones asociadas, luego de agotar el máximo de noventa (90) días indicados en esta póliza.
35. Vacunas de alergia.
36. Cirugías orales, excepto aquellas que son resultado de un accidente o que estén cubiertas por una cubierta dental opcional.
37. Procedimientos excluidos por esta póliza son:
    a. Eliminación de las *Skin tags,*
    b. Reparación de ptosis,
    c. Lasik y cirugías para corregir defectos refractivos.
38. Cirugías para la transformación sexual y sus complicaciones.

39. Servicios de analgesia intravenosa o analgesia administradas a través de la inhalación.
40. La escisión de granulomas o quistes radiculares que se originen por la infección de la pulpa del diente.
41. Servicios de anestesia epidural durante el parto.
42. Servicios de asistencia quirúrgica en cirugías ambulatorias.
43. Servicios fuera de los Estados Unidos.
44. *Devices* (Artefactos, Aparatos y Prótesis).
45. Servicios de hospicio.
46. Ambulancia aérea en los Estados Unidos.
47. Proveedores no participantes, excepto para servicios de emergencia según requerido por ley.
48. Visitas médicas al domicilio que no sean parte del cuidado de salud en el hogar o del tratamiento residencial según está descrito en esta póliza.
49. Cámara Hiperbárica.
50. Terapias cardiacas rehabilitativas.
51. Equipo Médico Duradero que no esté descrito en esta póliza.
52. Exclusiones al 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. Marcos para lentes de corrección visual (*frames*) que no sean parte de la colección contratada.
    e. Servicios y materiales requeridos como resultado de una reclamación de incapacidad ocupacional (*worker's compensation*) o provistos por el plan de seguro médico de la empresa.
    f. Cualquier servicio, lentes para la corrección visual, lentes de contacto o marco para lentes de corrección visual requeridos por el patrono como condición de empleo.
    g. Cualquier gasto por lentes para la corrección visual, lentes de contacto o marco 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 de un 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 y para la cual no exista un tratamiento efectivo. Cuando dicho paciente sea elegible para participar de un estudio de tratamiento clínico autorizado, de acuerdo a las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre y cuando 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, 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 cargos por segundas repeticiones para las drogas o medicamentos que sean dispensados más de un año después de la fecha en que fueron recetados por el médico.
8. Cualquier cantidad de drogas o medicamentos dispensados que excedan un abasto de quince (15) días para medicamentos agudos o un abasto de treinta (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

Sección 4: Exclusiones Dentales

Los siguientes servicios son considerados como exclusiones generales:

1. Cargos por servicios restaurativos, cirugía oral, endodoncia (excepto tratamiento del nervio), periodoncia, prostodoncia y ortodoncia.Servicios que se provean con fines estéticos.
2. El cierre de diastemas por razones estéticas.
3. Servicios que se provean para corregir la dimensión vertical u oclusión.
4. Implantes y prótesis relacionadas a los implantes.
5. Reconstrucciones totales maxilares o mandibulares.
6. Para puentes fijos a la misma vez que una parcial en el mismo arco para sustituir dientes en áreas posteriores, se considera la parcial solamente.
7. Servicios relacionados al síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).

8. Prótesis con propósitos de ferulización permanente de dientes con problemas periodontales.
9. Servicios relacionados a accidentes o enfermedades cubiertas o relacionadas con la Ley del Fondo del Seguro del Estado, ACAA, Veterano, etc.
10. Instrucciones relacionadas a la higiene oral y dietas.
11. Sustituciones de puentes removibles, por puentes fijos por razones de alergia.
12. Reemplazo de prótesis perdidas.
13. Servicios comenzados antes del paciente tener la cubierta dental.
14. Servicios de prótesis para sustituir piezas naturales perdidas antes de que el paciente tuviera la cubierta dental.
15. Cargos para corregir anomalías congénitas, excepto para niños recién nacidos, adoptados o colocados para adopción.
16. Cualquier otro servicio no incluido de forma expresa en la cubierta del asegurado.
17. Reembolsos por servicios prestados en Puerto Rico por Dentistas Participantes y/o no participantes de la red de proveedores de MCS Life, en Puerto Rico y los Estados Unidos, excepto en casos de emergencia según descritos en la Parte IV, sección 3 de esta póliza.

Sección 4: Exclusiones de Visión

Los siguientes servicios están excluidos:

1. Resultados 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 usos estéticos.
5. Gastos incurridos para lentes de contacto *Pediatric Aphakic Contact Lenses* u otros tipos de lentes de contacto que no sean regulares o tóricos.
6. Gastos incurridos luego de agotar el beneficio o el servicio según le indica su cubierta de visión.
7. Deducibles, copagos o coaseguros que le corresponden al asegurado.
8. Aparatos y artefactos necesarios como parte de las terapias ortópticas.
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 4: Exclusiones de Servicios de Trasplantes

Los siguientes servicios estarán excluidos:

1. Cualquier servicio, tratamiento o procedimiento prestado o incurrido con anterioridad a la fecha de efectividad de la póliza.

2. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos (Ejemplo: corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea). Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante. Estarán cubiertos aquellos servicios de trasplantes que específicamente se incluyan en esta póliza.
3. Enfermedades, condiciones o trasplantes que resulten de cualquier infección por motivo del virus (*T-Cell*) de Inmuno Deficiencia Humana (Ej. SIDA).
4. Servicios, tratamientos o procedimientos que sean responsabilidad primaria de Medicare.
5. Trasplantes experimentales o investigativos o que no sean de efectividad médica comprobada.
6. Gastos y servicios de trasplantes sin pre autorización de MCS Life.

Sección 5: 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 diferentes a un *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.

Radicación de Querellas

MCS Life le notificará al asegurado que tiene acceso a un proceso de querellas y apelaciones. Una querella puede ser radicada de forma escrita o verbal a través de:

- Visita a los Centros de Servicios: El asegurado puede visitar el Centro de Servicios de MCS Life más cercano para presentar su caso mediante carta y/o completando el Formulario de Querella provisto por MCS Life.
- Centro de Llamadas: El querellante puede comunicarse al [1-888-758-1616] o al número de teléfono que aparece en la parte posterior de la tarjeta del plan de salud para presentar su querella de formar verbal o recibir instrucciones sobre cómo presentar su caso por escrito. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al [1-866-627-8182].
- Por correo regular: Enviando una carta con sus alegaciones y número de contrato a la siguiente dirección:

[Unidad de Querellas y Apelaciones
MCS Plaza PO Box 191720
San Juan, Puerto Rico 00919-1720]

- MCS Life le notificará al asegurado que tiene derecho a presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella.