



MCS Global Premium

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

NIVEL METÁLICO:	[SILVER, GOLD]
PLAN:	[7110, 7130, 7140, 8110, 8130, 8140, 8210, 8230, 8240, 8310, 8330, 8340, 8410, 8430, 8440]
PATRONO:	[Nombre y dirección del patrono]
SEGURO SOCIAL PATRONAL (PATRONO)	[Número de seguro social patronal del patrono que auspicia el plan]
NÚMERO DE GRUPO:	[00-000000] Seguro de Salud
OPCIONES:	[DENTAL 300, DENTAL 400, SEGURO DE VIDA POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO]
FECHA DE EFECTIVIDAD:	[00/00/00]
AÑO PÓLIZA	[00/00/00 – 00/00/00]

¡BIENVENIDO A MCS!

Estimado asegurado:

Bienvenido a la gran familia de MCS Life Insurance Company, y gracias por confiar en nosotros. MCS Life ofrece una amplia variedad de planes de salud y vida para grupos de pequeñas y mediana empresas (PYMES), redefiniendo así los servicios de salud en Puerto Rico.

A continuación encontrará un desglose de los beneficios que incluye esta cubierta de servicios. Para poderle brindar el mejor servicio, le recomendamos que lea este documento detenidamente.

De tener alguna duda o pregunta relacionada con sus beneficios, puede comunicarse con nuestro Centro 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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.; las personas con impedimentos auditivos (TTY) podrán llamar al 1-866-627-8182]. Le invitamos también a visitar nuestra página de internet [www.mcs.com.pr] donde podrá tener acceso a los directorios y formularios a los que se hace referencia en esta póliza, conectándose a la herramienta My MCS.

Nuestro compromiso y misión es facilitar vidas saludables a través de productos y servicios innovadores que cumplan y anticipen las necesidades de nuestros clientes.

Cordialmente,

[Roberto Pando]
Presidente
MCS Life Insurance Company

PARTE III: BENEFICIOS CUBIERTOS

Los beneficios aquí incluidos aplicarán solamente cuando una persona está asegurada bajo esta póliza. La persona asegurada deberá cumplir con el programa de 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 en Puerto Rico), según definida en esta póliza, y por proveedores participantes contratados por MCS Life. También estarán cubiertos aquellos casos pre autorizados y coordinados por Asuntos Clínicos de MCS Life para realizarse en Estados Unidos, según dispuesto en esta póliza. Todos los casos de emergencias también estarán cubiertos conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194 de 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*, o *MOOP*) 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 OCS.

El máximo que aplica a esta póliza será equivalente al máximo establecido por la OCS para su año de vigencia, 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 OCS, MCS Life cubrirá los beneficios esenciales de salud al cien por ciento (100 %). Para el año calendario 2019, la cantidad máxima vigente en esta póliza de gastos del bolsillo establecida por la OCS es seis mil trescientos cincuenta dólares (\$6,350) para individual y doce mil setecientos dólares (\$12,700) para familias. No se incluirá para el cálculo del MOOP los siguientes servicios y sus costos compartidos:

- ✓ MCS Alivia
- ✓ MCS Medilínea MD
- ✓ Servicios dentales que no sean esenciales
- ✓ Costos compartidos pagados por un tercero (ejemplo: programas de descuento de medicamentos)

[Adicional al MOOP, este plan contiene una cantidad de deducible inicial para la cubierta medicamentos recetados de cincuenta dólares (\$50) por individuo. El asegurado deberá pagar esa cantidad antes de comenzar a recibir los servicios que requieran un deducible inicial. Refiérase a la Parte XII de esta póliza para saber su deducible inicial.]

Sección I: Beneficios Esenciales de Salud

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

I. Servicios de emergencia y urgencia

MCS Life proveerá y cubrirá sin periodo de espera, beneficios de servicios de emergencia, incluyendo ambulancia terrestre por concepto de emergencia. En tales casos se pagará el costo total del servicio directamente al proveedor. Para servicios de ambulancia terrestre que no sean por emergencia, se pagará la cantidad estipulada en esta póliza a través de reembolso, tal y como se describe más adelante en esta póliza. 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, conforme al Art. 24.110 del CSSPR.

En el caso de proveedores no participantes en Puerto Rico, los servicios serán cubiertos de conformidad a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada. MCS Life compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y este vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la tarifa acordada con los proveedores contratados por MCS Life 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 acceda a los servicios a través del sistema **9-1-1 no requerirá pre autorización** y los servicios estarán cubiertos conforme a la Ley Núm. 383 de 6 de septiembre de 2000.

MCS Life cubre servicios en la sala de emergencia y el asegurado deberá pagar el copago o coaseguro de enfermedad o accidente, según corresponda.	· 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 dentro de los Estados Unidos en caso de emergencia estarán cubiertos como cualquier emergencia a través de la red contratada. Favor de hacer referencia a la Parte XI: Modelo de Acceso a los Servicios, de esta póliza, donde encontrará información sobre la red contratada para servicios en los Estados Unidos. El asegurado debe presentar su tarjeta del plan para que la facilidad pueda verificar su elegibilidad con MCS Life. En caso que el proveedor no sea parte de la red contratada se le requiere al asegurado notificar a MCS Life en o antes de cuarenta y ocho (48) horas luego de haber recibido los servicios de emergencia para negociar el pago de dichos servicios con la facilidad.

MCS Life cubre servicios en un centro o facilidad de urgencia y el asegurado deberá pagar la cantidad del copago o coaseguro de centro de urgencia.	· servicios médicos por causa de trauma y/o enfermedad
	· medicamentos, materiales y equipo
	· terapia respiratoria sin límite
	· condiciones auto-infligidas (intentos de suicidio)

2. Servicios de Hospital

<p>Servicios de hospitalización: Todos los servicios de hospitalización cubiertos por esta póliza se pagarán de acuerdo con las tarifas negociadas y contratadas por MCS Life con los hospitales participantes de la red. Aplica copago o coaseguro de hospitalización, de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 y Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 6] aplicable a esta póliza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuarto y cama cuando la persona asegurada sea hospitalizada en una habitación semi privada. En aquellos casos que el asegurado solicite una habitación privada, el asegurado será responsable del pago de la diferencia de la tarifa de una semi privada en comparación con la tarifa de la habitación privada, siempre y cuando no exista necesidad médica de aislamiento certificada por el médico(s) a cargo del manejo del asegurado durante la admisión, según dispuesto por la OCS mediante Carta Normativa Núm. N-AV-12-111-99 de 20 de diciembre de 1999. Además, salvo en el caso de diferencias en el costo de la habitación, el proveedor contratado no cobrará en habitaciones privadas, cantidades distintas a aquellas que tendría derecho a cobrar si el asegurado estuviese recluso en una habitación semiprivada. Admisiones electivas, cirugía electiva y/o procedimientos que comúnmente se realizan en facilidades ambulatorias, pero requieren que se realicen en un hospital, requerirán pre autorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life. ✓ Habitación de aislamiento cuando es médicamente necesario y es ordenado por el médico que admite al asegurado. ✓ Unidades de cuidado intensivo, cuidado coronario, cuidado de intensivo de pediatría y cuidado intensivo de neonatología. ✓ Evaluación auditiva neonatal universal, conforme a lo establecido por la Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003 y las evaluaciones de audiología a través de otorrinolaringólogos y audiólogos. ✓ Evaluación para defectos cardíacos congénitos críticos mediante la oximetría de pulso conforme a la Ley Núm. 192 de 20 de noviembre de 2014. ✓ Servicios de telemetría ✓ Cuidado de enfermería y otros profesionales aliados a la salud ✓ Servicios de nutrición ofrecidos en el hospital, incluyendo hiper-alimentación. ✓ Laboratorios clínicos y pruebas radiológicas ✓ Pruebas y estudios diagnósticos ✓ Terapias respiratorias y físicas ✓ Sangre, plasma y plaquetas ✓ Suplidos y medicamentos ✓ Quimioterapia y radioterapia (incluyendo cobalto) si la condición del asegurado requiere dichos tratamientos durante
---	---

	<p>su estadía en el hospital. (Según las disposiciones de la Ley Núm. 107 de 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).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> · Diálisis y hemodiálisis
	<ul style="list-style-type: none"> · Visitas médicas en el hospital
	<ul style="list-style-type: none"> · 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.
	<ul style="list-style-type: none"> · Las hospitalizaciones por enfermedades mentales y abuso de sustancias estarán cubiertas de acuerdo con 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 hospital	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Cirugías en 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. Esto aplica solo cuando el procedimiento es la razón de la admisión; no aplica cuando el procedimiento es realizado como tratamiento durante una admisión. La cirugía reconstructiva sólo se ofrecerá cuando sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por enfermedad o por una lesión corporal, un accidente (post-trauma) o cuando sea una 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.
Facilidades de enfermería diestra (<i>skilled nursing facilities</i>)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Hasta ciento veinte (120) días por año póliza por asegurado. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Se cubrirán estos servicios si comienzan dentro de los catorce (14) días siguientes a la fecha en que el paciente fue dado de alta después de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma enfermedad o por alguna situación relacionada con la condición de salud por la cual fue hospitalizado.
Hospitalización por salud mental o por abuso de sustancias controladas y/o alcohol (parciales y completas)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de hospitalización, de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 6] aplicable

a esta póliza. Terapias electro convulsivas requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.

3. Servicios Ambulatorios

Visitas a médicos o profesionales de la salud	<p>Cubierto. Existe una [(Red VIP)] y una [(Red PPO)]. Aplica copago o coaseguro que aplique a estos servicios de acuerdo con la especialidad médica. Los servicios de esta póliza incluyen visitas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> · médicos generalistas · especialistas · sub especialistas · psicólogos clínicos · podiatras · audiólogos · optómetras · quiroprácticos · doctor en naturopatía · nutricionistas
Pediatras	Cubierto. Aplica copago de generalista.
Psicólogo clínico	Cubierto conforme a la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002, según enmendada, y de acuerdo con la Ley Núm. 239 de 2012. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Audiólogo	Cubierto conforme a la Ley Núm. 127 de 27 de septiembre de 2007. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Optómetra	Cubierto conforme a la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Quiropráctico	<p>Cubierto. 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.</p> <p>Los servicios serán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes que estén autorizados a proveer dichos servicios en conformidad con la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente según enmendada por la Ley Núm. 150 de 8 de agosto de 2006.</p>
Servicios podiátricos	MCS Life cubrirá el cuidado rutinario del pie y los procedimientos quirúrgicos podiátricos prestados por podiatras participantes, los cuales serán tratados como cualquier otro procedimiento quirúrgico. La persona asegurada será responsable de pagar el copago o coaseguro por la visita al podiatra. Los servicios serán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes autorizados para proveer dichos servicios, conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, según enmendada por la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002. Aplica copago o coaseguro de especialista.

Doctores en naturopatía	Cubierto conforme a la Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Nutricionistas	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Facilidades Ambulatorias	El uso de facilidad de cirugía ambulatoria estará cubierto y el asegurado será responsable por el copago o coaseguro en concepto del uso de la facilidad. Aquellos procedimientos que comúnmente son realizados en una oficina médica y requieran ser realizados en una facilidad ambulatoria están sujetos a una pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Exámenes de Pre-admisión	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de los exámenes o laboratorios correspondientes.
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	Cubierto. La persona asegurada será responsable de pagar el copago o coaseguro de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria, más el copago o coaseguro aplicable a la facilidad ambulatoria. Aquellos procedimientos que, por lo general, se realizan en oficina médica y requieran utilizar la facilidad de cirugía ambulatoria requieren pre autorización de MCS Life. Para pruebas moleculares o genéticas, refiérase a la Parte III, inciso 8. Servicios de laboratorios y rayos X.
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	Cubierto. La persona asegurada será responsable de pagar al médico participante el copago o coaseguro por procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y el copago o coaseguro por la visita médica. Para pruebas moleculares o genéticas, refiérase a la Parte III, inciso 8. Servicios de laboratorios y rayos X.
Inyección intra-articular	Se cubren doce (12) inyecciones por año póliza por asegurado. Aplica copago o coaseguro para procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y el copago o coaseguro por la visita médica.
Terapia respiratoria ambulatoria	Cubierto hasta veinte (20) terapias por año póliza. En oficina médica o facilidad ambulatoria. Aplica copago o coaseguro de terapia respiratoria ambulatoria. La terapia respiratoria estará cubierta de manera ilimitada en la sala de emergencia y en hospital, en caso que el paciente esté hospitalizado.
Vasectomía en oficina médica	MCS Life cubrirá una (1) vasectomía de por vida, por asegurado. Aplica copago o coaseguro para Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y copago o coaseguro de la visita médica.
Endoscopías en oficina médica	Aplica copago o coaseguro de Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y copago o coaseguro de generalista (VIP o PPO), especialista (VIP o PPO) o sub especialista (VIP o PPO) según aplique. Procedimientos de endoscopias en facilidad ambulatoria, requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
Endoscopías en facilidad ambulatoria	Aplica el copago o coaseguro para procedimientos endoscópicos y el copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.

Quimioterapia y radioterapia (incluyendo cobalto)	Según las disposiciones de la Ley Núm. 107 de 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. Para quimioterapias y/o radioterapias, incluyendo medicamentos utilizados en preparación para tratamientos de quimioterapia administradas en oficina médica o facilidad ambulatoria, aplica copago o coaseguro correspondiente.
Diálisis y hemodiálisis	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. 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: <ol style="list-style-type: none"> 1. La fecha en que el/la asegurado(a) advino elegible a esta póliza (en caso de que la diálisis o hemodiálisis comenzara antes de la fecha de elegibilidad) o, 2. La fecha en que el/la asegurado(a) recibiera el primer tratamiento de diálisis y hemodiálisis. Esto aplicará cuando los servicios de diálisis y hemodiálisis estén relacionados a las mismas condiciones clínicas.
Litotricia	Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Cirugía ortognática	Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. <ul style="list-style-type: none"> · oficina médica: aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnósticos 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	Aplica copago o coaseguro por prueba correspondiente, además de copago o coaseguro de oficina médica o facilidad ambulatoria.
Pruebas y procedimientos neurológicos	Aplica copago o coaseguro de rayos X.
Criocirugía cervical	Cubierto. Uno (1) por año póliza por asegurado. <ul style="list-style-type: none"> · oficina Médica: aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica, más copago o coaseguro de la visita médica. · Facilidad ambulatoria: aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Prueba de velocidad de conducción nerviosa	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de laboratorio. Dos (2) procedimientos por año póliza, por asegurado.
Pruebas audiológicas	Cubierto. Timpanometría estará cubierta una (1) por año póliza. Aplica copago o coaseguro de laboratorios.

Cirugías reconstructivas	Sólo se ofrecerá cuando sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por enfermedad o por una lesión corporal, un accidente (post-trauma) o cuando sea una 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.
Cateterismo cardíaco	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de rayos X, más copago o coaseguro de facilidad ambulatoria.

4. Maternidad y atención al recién nacido

Los servicios de maternidad y atención al recién nacido están disponibles para el asegurado principal, cónyuge, y dependientes directos del asegurado principal.

Servicios de maternidad	Cubierto. El cuidado prenatal será pagado como cualquier otra visita a especialista.
Cubierta de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s)	Se proveerá una cubierta mínima de cuarenta y ocho (48) horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) por parto natural, y de noventa y seis (96) horas si el parto requiere una cesárea, conforme a la Ley Núm. 248 de 15 de agosto de 1999. Si por alguna razón el médico decide acortar la estadía de la madre y su(s) hijo(s) recién nacidos, deberá ser bajo el consentimiento de la paciente. En el caso de que así suceda, MCS Life cubrirá una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes, para asistencia y cuidado físico del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.
MCS Life cubrirá los siguientes servicios de maternidad y el asegurado es responsable por cualquier copago o coaseguro que aplique:	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de obstetricia en hospital y ambulatorio, aplica copago o coaseguro correspondiente a la facilidad. • Sonogramas obstétricos hasta tres (3) por embarazo. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • Perfil biofísico, limitado a uno (1) por embarazo. Adicionales requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • Servicios de hospital. Aplica copago o coaseguro de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 6] aplicable a esta póliza. • Sala de partos. Aplica copago o coaseguro de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 6] aplicable a esta póliza. • Monitoría fetal por embarazo (producción e interpretación) en hospital. Aplica copago o coaseguro de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 6] aplicable a esta póliza.

Visita de seguimiento del parto	La visita de seguimiento incluirá cualquier tratamiento y pruebas médicas requeridas tanto para el infante como para la madre. Aplica copago o coaseguro de visita médica.
Atención al recién nacido en el hospital (durante la estadía por nacimiento)	Los siguientes beneficios están cubiertos en esta póliza: <ul style="list-style-type: none"> • servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamientos de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico conforme al Art. 54.050(B) del Código de Seguros de Puerto Rico. • atención médica en el hospital y unidades de intensivo neonatal (NICU, por sus siglas en inglés). • uso de sala de recién nacidos (<i>well baby nursery</i>). • evaluación auditiva neonatal universal en el hospital. • evaluación para defectos cardíacos congénitos críticos mediante la oximetría de pulso conforme a la Ley Núm. 192 de 20 de noviembre de 2014. • cargos de enfermería rutinaria en el hospital. • circuncisión del recién nacido en el hospital.
Atención del recién nacido (servicios ambulatorios)	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas rutinarias del bebé (<i>well baby care</i>). Aplica copago o coaseguro de visita médica en todas las visitas. • Servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamientos de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico conforme al Art. 54.050(B) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. • Evaluación auditiva neonatal universal.
Pruebas de evaluación al recién nacido	<p>Pruebas preventivas requeridas por PPACA y establecidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico y según el Título XIX del Programa de Medicaid, Título V del Programa para Madres, Niños y Adolescentes y de la Academia Americana de Pediatría, según requerido por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, según enmendada.</p> <p>Para información sobre evaluaciones que aplican, referirse al inciso 9, Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas.</p>

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

MCS Life cubrirá los servicios de acuerdo con la Ley de Salud Mental (Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000), según enmendada de acuerdo con la Ley Núm. 239 de 13 de septiembre de 2012, y conforme a la Ley Federal de Paridad de Salud Mental (*Mental Health Parity Act*). Los profesionales que proveen los servicios psicológicos de MCS Life son debidamente licenciados por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

Los servicios de salud mental, abuso de sustancias y tratamiento de salud conductual se ofrecen directamente con el proveedor o mediante su participación voluntaria en el programa MCS Solutions, ofrecido las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana a través de una cubierta que integra cuidado de salud mental y abuso de sustancias. El propósito del programa es facilitar el acceso inmediato a los servicios necesarios para su situación o enfermedad 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 según dispuesto

por ley. El asegurado también tendrá la opción de 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.

Programa de Asistencia al Empleado (PAE)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ocho (8) visitas por persona asegurada al Psicólogo o Trabajador Social, sin copago, para consultoría, consejería y referidos. Si el asegurado excede las ocho visitas, deberá pagar el copago de especialista. <ul style="list-style-type: none"> ○ consultoría legal ○ consultoría financiera ○ manejo de crisis ○ consejería matrimonial
Salud mental y abuso de sustancias: tratamiento a nivel ambulatorio incluye, pero no se limita a:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Visitas ilimitadas a Psiquiatras y Sicólogos Clínicos, aplica copago o coaseguro correspondiente.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unidades de estabilización de veintitrés (23) horas, luego de las veinticuatro (24) horas, se considera una hospitalización.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambulatorio intensivo (<i>Intensive Outpatient, IOP</i>). Aplica copago de hospitalización. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de hospitalización, de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 6] aplicable a esta póliza.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Visitas de terapias grupales y visitas colaterales, aplica el copago o coaseguro correspondiente.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hospitalización parcial, aplica copago o coaseguro de hospitalización, de acuerdo a la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 6] aplicable a esta póliza. Hospitalización parcial requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo de casos intensivos mediante la intervención de manejo de casos de salud mental.
Abuso de sustancias:	<p>Los siguientes servicios están disponibles para trastorno por dependencia o abuso de sustancias controladas y/o alcohol in límites, conforme a la Ley de Salud Mental, según enmendada y conforme a PPACA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ manejo de casos intensivos ✓ psiquiatra ✓ psicólogos clínicos ✓ visitas colaterales ✓ terapias grupales (por psicólogos clínicos) ✓ traslado entre instituciones
Tratamiento residencial en Facilidad para trastorno por dependencia o abuso de sustancias controladas y/o alcohol	<p>Cubierto. Este beneficio incluye desintoxicación por razón de dependencia o abuso de sustancias controladas en facilidades disponibles dentro de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 408 de 2000, según enmendada. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</p>

Pruebas psicológicas	Cubiertas. Aplica copago o coaseguro de laboratorios. Para menores de veintiún (21) años, se cubrirá aquellas pruebas psicológicas determinadas por el Departamento de Salud en colaboración con el Departamento de Educación sujeto a las condiciones y limitaciones impuestas por las referidas agencias y/o leyes especiales aplicables, en conformidad a la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, según enmendada.
----------------------	---

6. Medicamentos Recetados

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

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

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

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

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

- ✓ Todas las personas cubiertas o asegurados y
- ✓ A las farmacias participantes, solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos con 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 de Medicamentos EHB 2019 II]	Esta póliza tendrá un formulario que contiene una lista específica de medicamentos cubiertos. Este formulario incluye la lista de medicamentos genéricos preferidos, genéricos no preferidos, medicamentos de marca preferida, medicamentos de marca no preferida, medicamentos especializados preferidos y medicamentos especializados no preferidos según requerido por el plan de referencia del Estado y en cumplimiento con la Ley Núm. 140 de 22 de septiembre de 2010. El mismo estará disponible en el portal [www.mcs.com.pr] o el asegurado puede solicitar el formulario 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 (<i>step therapy</i>)	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.
Límites de cantidad	Para ciertos medicamentos, MCS Life limita la cantidad de medicamento que cubre. Por ejemplo, MCS Life proveerá la cantidad de medicamento máxima según la aprobación de la <i>Food & Drug Administration</i> (FDA). Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.
Límites de especialidad	Existen algunos medicamentos que requieren ser prescritos por ciertas especialidades médicas. Usualmente, estos medicamentos son productos especializados o medicamentos que deben ser monitoreados por médicos especializados en ciertas condiciones de salud. Si el médico que prescribe no se encuentra bajo la especialidad médica asignada a la categoría de medicamentos, recibirá un despacho para quince (15) días de suplido del medicamento prescrito sin repeticiones permitidas.
Medicamentos fuera del recetario (<i>Over-the-Counter</i> u OTC)	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Los medicamentos OTC no contienen leyenda federal, es necesario que un médico provea una receta que indique “OTC” e incluya los medicamentos fuera del recetario que necesite el asegurado para el cuidado de su salud.
[Red Especial de farmacia]	Red de farmacias contratadas para proveer el beneficio de farmacia de esta póliza.
[Primer Nivel y Segundo Nivel de	Este plan tiene un primer nivel de cubierta y un segundo nivel de cubierta. •Primer Nivel de Cubierta — Aplica copago o coaseguro identificados como “Primer Nivel”, hasta que el gasto de farmacia llegue a la cantidad límite aplicable a esta póliza.

Cubierta de Farmacia	<p>Favor de hacer referencia a la Parte XII de esta póliza para validar la cantidad límite que aplica.</p> <p>•Segundo Nivel de Cubierta – Luego que el asegurado alcanza el gasto de farmacia estipulado en el Primer Nivel de Cubierta, el asegurado pagará el coaseguro correspondiente a “Segundo Nivel de Cubierta”. Favor de hacer referencia a la Parte XII de esta póliza para validar la cantidad límite que aplica.]</p>
Programa de Medicamentos por Correo	<p>Es un programa voluntario que permite al asegurado recibir los medicamentos de mantenimiento con despacho de hasta noventa (90) días por el sistema de correo regular autorizando. 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. Para información de cómo solicitar los medicamentos por el programa de correo, favor de comunicarse con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life. Los medicamentos disponibles bajo este programa serán los medicamentos de mantenimiento y los medicamentos preventivos.</p>

Suministros y medicamentos cubiertos:

El beneficio de medicinas tiene los siguientes límites por despacho:

Medicamentos agudos	Un despacho inicial de quince (15) días y cero (0) repeticiones
Medicamentos de mantenimiento, farmacia al detal	Un despacho inicial de treinta (30) días y cinco (5) repeticiones con suplido de treinta (30) días cada repetición para un total de ciento ochenta (180) días de suplido por receta. Para medicamentos de mantenimiento, en cumplimiento con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, Art. 4.120, cuando el historial del asegurado así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud, el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de ciento ochenta días (180) días, sujeto a las limitaciones de la cubierta del plan médico.
Medicamentos de mantenimiento, por correo (voluntario)	Un despacho inicial de noventa (90) días y una (1) repetición con suplido de noventa (90) días para un total de ciento ochenta (180) días de suplido por receta.
Medicamentos especializados preferidos y no preferidos	<p>Todo medicamento especializado requiere pre autorización por el Departamento de Farmacias de MCS Life. El asegurado recibirá su suplido de medicamento especializado, en las farmacias especializadas contratadas dentro de la red de farmacias de MCS Life aplicable a la cubierta. Favor de hacer referencia a su [Directorio de Proveedores 6] para información sobre las farmacias contratadas para brindar estos servicios.</p> <p>Programa de Medicamentos Especializados:</p> <p>El Programa de Medicamentos Especializados es uno coordinado a través del Servicio de Farmacia Especializada. Este programa está enfocado en el manejo de medicamentos especializados utilizados para condiciones crónicas y que requieren precauciones especiales para ser administradas. Para su conveniencia el Programa de Medicamentos Especializados</p>

de MCS Life cuenta con una línea telefónica libre de costos [1-888-456-4283] que está disponible de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm (ET).

A continuación te proveemos información importante sobre el Programa de Medicamentos Especializados:

- El asegurado recibirá un suministro de treinta (30) días por receta del medicamento especializado.
- El Programa de Medicamentos Especializados de MCS Life verificará los beneficios a que tiene derecho el asegurado cuando se le prescriba un medicamento clasificado como medicamento especializado según los términos de su plan de salud para determinar si el medicamento está cubierto, el alcance de la cubierta, la elegibilidad y los copagos aplicables.
- El Programa de Medicamentos Especializados de MCS Life le proveerá educación específica para su condición de salud, orientación sobre la administración del medicamento especializado y ayuda para el manejo de la terapia en cuanto a las dosis clínicas apropiadas, la seguridad y la eficacia de la terapia.
- Una semana antes del próximo suministro, el Programa de Medicamentos Especializados de MCS Life llamará al asegurado identificado y coordinará la fecha y el lugar en donde habrá de entregarse el medicamento.

Abastecimiento:

Los medicamentos especializados cubiertos bajo el Programa de Medicamentos Especializados, según los términos y las condiciones de esta póliza, están identificados en el Formulario de Medicamentos como Medicamentos especializados preferidos y Medicamentos especializados no preferidos, y se cubren solamente si el servicio se obtiene por conducto de la farmacia especializada contratada bajo el Programa de Medicamentos Especializados de MCS Life.

Para lograr un mejor servicio al asegurado, es necesario que todo medicamento especializado sea pre autorizado por el Departamento de Farmacia de MCS Life. El plan de salud no cubrirá aquellos medicamentos especializados que no hayan sido pre autorizados. De requerir información adicional o presentarse alguna situación especial o de emergencia le exhortamos a que se comunique con los representantes del Programa al número telefónico libre de cargos [1-888-456-4283.] Los medicamentos especializados no son considerados despachos de emergencia pero en caso de surgir uno, los mismos serán atendidos dentro de las primeras 24 a 72 horas.

Despacho:

El Programa provee para que usted pueda recibir un despacho:

- Para recetas de medicamentos especializados agudos: quince (15) días y cero (0) repeticiones
- Para recetas de medicamentos especializados de mantenimiento: treinta (30) días y 5 repeticiones.

Si la persona asegurada adquiere la receta o repeticiones de la misma en una farmacia no participante, deberá pagar el costo en su totalidad a la farmacia. Posteriormente, el asegurado podrá presentar una reclamación de reembolso a MCS Life incluyendo el recibo original de la receta. MCS Life reembolsará al asegurado la suma cobrada por la receta, menos cualquier deducible y/o coaseguro ó la cantidad que hubiera sido cubierta si la receta hubiese sido adquirida en una farmacia participante, lo que sea menor.

Medicamentos cubiertos sin leyenda federal

Insulina	Insulina y jeringuillas para la administración de insulina
Medicamentos fuera del Recetario (<i>Over-the-Counter</i> u OTC),)	Ver formulario para detalles de medicamentos cubiertos.

Medicamentos cubiertos por ley local y/o federal

Estarán cubiertos los medicamentos de servicios preventivos requeridos por las leyes federales PPACA, *Public Law No. 111-148* (PPACA) y la *Health Care and Education Reconciliation Act* de 2010, *Public Law No. 111-152* (HCERA), según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) y por el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico (CSSPR). Además, este plan cubre el despacho de medicamento buprenorfina para el tratamiento de dependencia de opio, según dispone la Ley Núm. 140 de 22 de septiembre de 2010.

La persona asegurada no pagará copago ni coaseguro para los medicamentos requeridos por las leyes federales, incluyendo el suplemento de ácido fólico para aseguradas embarazadas, tamoxifen o raloxifene para las mujeres que están en mayor riesgo del cáncer del seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento, aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares, suplementos de hierro para evitar anemia en niños de cuatro (4) meses a veintiún (21) años, suplemento de aspirina a mujeres embarazadas como prevención de preeclamsia, vitamina D para la prevención de caídas, los métodos contraceptivos, el uso de estatina como prevención de enfermedades cardiovasculares y medicamentos para dejar el hábito de fumar.

MCS Life cubrirá todos los métodos anticonceptivos aprobados por la *FDA*, en cumplimiento con la Reforma de Salud Federal (*ACA*, por sus siglas en inglés). La persona asegurada no pagará copago ni coaseguro para los métodos anticonceptivos. Favor de hacer referencia a al [Formulario de Medicamentos EHB 2019 I / Lista de Medicamentos Preferidos-A (*PDL-A*, por sus siglas en inglés)] para conocer cuáles son estos medicamentos.

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

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

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 con 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 con receta que no está cubierto según el formulario;
2. Cubierta continuada de determinado medicamento con 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 con 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. Una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.
5. No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado.
6. 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 a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento con receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento con receta o el cumplimiento por parte del paciente; o
 - 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. La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

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

- ✓ Nombre del asegurado,
- ✓ Número de grupo o contrato,
- ✓ Historial del asegurado,
- ✓ Diagnóstico primario relacionado con el medicamento con receta objeto de la solicitud de excepción médica,
- ✓ Razón por la cual entiéndase:
 - El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular;
 - El medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada; o
 - La dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis para ese paciente en particular.

- ✓ Razón por la cual el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica se necesita para el paciente, o, si la razón por la que se requiere la excepción a la limitación de dosis para ese paciente en particular;

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

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

Los profesionales de la salud designados por MCS Life para revisar las solicitudes de excepción se asegurarán de que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona cubierta o asegurado. Los profesionales de salud designados para revisar las solicitudes de excepción médica deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar debidamente en un informe en el que 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 la solicite, 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 período antes mencionado:

- ✓ El asegurado tendrá derecho al suministro del medicamento con receta objeto de la solicitud hasta por treinta (30) días; y según el suministro sea solicitado o prescrito, o en caso de terapia escalonada, por los términos que disponga la cubierta.
- ✓ MCS Life tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción de medicamento antes de que el asegurado termine de consumir el medicamento suministrado.
- ✓ Si MCS Life no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción del medicamento, ni notifica la determinación antes de que la persona cubierta o asegurado termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuamente, 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 con receta, luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos con receta de esta póliza, siempre y cuando:

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

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

- ✓ Se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona cubierta o asegurado ha acordado recibir la información por esa vía;
- ✓ Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito;
- ✓ Se podrá apelar mediante la presentación de una querrela según el proceso de Querellas y Apelaciones descrito en la Parte VII de esta póliza.

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

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

7. Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero

Terapia física rehabilitativa ambulatoria	Cubierto hasta veinte (20) terapias físicas por año póliza, por persona asegurada. Terapias adicionales requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Según la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo), no aplicarán límites a los tratamientos para las condiciones de autismo.
Terapia física habilitativa ambulatoria	Cubierto hasta veinte (20) terapias físicas por año póliza, por persona asegurada. Terapias adicionales requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Según la Ley Núm. 220 del 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	Cubierto hasta veinte (20) manipulaciones por año póliza, por persona asegurada. Adicionales requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Según la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo), no aplicarán límites a los tratamientos para las condiciones de autismo.

	<p>Otros servicios de quiroprácticos:</p> <p>Los servicios ofrecidos por quiroprácticos y recibidos por el asegurado pueden incluir servicios de radiología y terapia física, siempre y cuando los mismos estén contratados con el proveedor participante.</p>
Terapias ocupacionales (ambulatoria)	<p>Estos servicios ambulatorios serán cubiertos solamente para tratamientos para las condiciones de autismo, según definidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conforme a la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo). Aplica copago o coaseguro correspondiente.</p>
Terapias del habla y lenguaje (ambulatoria):	<p>Estos servicios ambulatorios serán cubiertos solamente para tratamientos para las condiciones de autismo, según definidas en el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en conforme a la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo). Aplica copago o coaseguro correspondiente.</p>
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	<p>Cubierto. Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Los gastos por equipo médico duradero estarán cubiertos a través de proveedores contratados, los servicios cubiertos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> · camas de posición · silla de ruedas estandarizada · oxígeno y equipo necesario para su administración
Glucómetro, lancetas y tirillas	<p>Cubierto conforme a la Ley Núm. 177 de 13 de agosto de 2016 solo para menores de veintiún (21) años de edad que estén diagnosticados con Diabetes <i>Mellitus</i> tipo I por un médico especialista en endocrinología pediátrica o un endocrinólogo. El especialista en endocrinología también podrá ordenar el uso del monitor de glucosa con sus aditamentos, a pacientes menores de veintiún (21) años que presenten un cuadro clínico de predisposición o mayor cantidad de factores de riesgo de desarrollar la condición de diabetes mellitus tipo I.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Un (1) monitor de glucosa cada tres (3) años. Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. · Ciento cincuenta (150) tirillas y ciento cincuenta (150) lancetas cada mes. Requiere prescripción médica. Las lancetas y tirillas estarán cubiertas a través de proveedores de equipo médico contratados por MCS Life, no serán cubiertas por farmacia. Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. <p>MCS Life cubrirá los glucómetros que sean aprobados por la <i>Food and Drug Administration</i> (FDA). Si el endocrinólogo ordena un glucómetro en específico debido al tratamiento que utilice el paciente, el endocrinólogo someterá una justificación. En dicho caso se cubrirá la marca del glucómetro ordenada por el endocrinólogo.</p>

	<p>En cumplimiento con las guías establecidas por CMS los niños hasta 21 años de edad deben recibir el cuidado de salud que necesiten, incluyendo los suplidos y tratamiento, y estos deben ser de alta calidad.</p>
Bomba portátil de infusión de insulina	<p>Cubierto, conforme a la Ley Núm. 177 de 13 de agosto de 2016. Una bomba de infusión portátil y su mantenimiento para menores de veintiún (21) años de edad que estén diagnosticados con Diabetes <i>Mellitus</i> tipo I por un médico especialista en endocrinología pediátrica o un endocrinólogo. Deberá cumplir con los mismos criterios establecidos para un paciente diabético que requiera el uso de la bomba de insulina conforme a lo establecido por los <i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i>. Aplica copago de equipo médico duradero. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</p> <p>La bomba portátil de infusión de insulina cubierta por MCS Life será la ordenada por el endocrinólogo. La selección de la marca de la bomba portátil de infusión de insulina la determina el endocrinólogo basado en la edad del paciente, el grado de actividad física del paciente y el conocimiento del paciente y/o cuidadores sobre la condición.</p>
Servicios de equipo tecnológico	<p>Incluye pruebas y equipo para asegurados que requieran el uso de un respirador mecánico para mantenerse con vida. Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. Además, se cubre un (1) turno diario de ocho (8) horas por asegurado de servicios de enfermeras diestras con conocimiento en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimiento de enfermería para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad.</p> <p>También se incluyen los suministros que conllevan el manejo del equipo técnico, y terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes conforme a la Ley Núm. 125 de 21 de septiembre de 2007 y Ley Núm. 62 de 4 de mayo de 2015.</p> <p>A los efectos de la Ley Núm. 62 de 4 de mayo de 2015, un beneficiario deberá ser entendido como aquellos que utilizan la tecnología médica, así como los niños con traqueotomía para respirar y cuyo funcionamiento depende de equipos médicos, respirador mecánico u oxígeno suplementario, y los que han iniciado el tratamiento como menores y alcancen la edad de veintiún (21) años, y que recibieron servicios médicos o reciben cuidados en el hogar, continuará recibiendo estos servicios después de cumplir los veintiún (21) años de edad.</p>
Cuidado de salud en el hogar	<p>Cubierto hasta cuarenta (40) días combinadas por año póliza, por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro de cuidado de salud en el hogar. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Terapias adicionales requieren justificación y pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</p> <p>Los cargos hechos por una institución certificada de cuidado de salud en el hogar estarán cubiertos si dicho cuidado está prescrito por un médico, bajo las siguientes modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Se cubrirán estos servicios si comienzan dentro de los catorce (14) días siguientes a la fecha en que el paciente fue dado de alta después de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma

	<p>condición o por alguna situación relacionada a la condición por la cual fue hospitalizado,</p> <ul style="list-style-type: none"> · Continuidad del tratamiento por las mismas causas que estén relacionadas a la condición o diagnóstico de ingreso que provocaron la estadía en un hospital; o · Como alternativa a una hospitalización. <p>Los servicios brindados bajo cuidado de salud en el hogar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Un (1) turno de ocho (8) horas de cuidado de Enfermera Graduada (R.N.), Enfermera Práctica Autorizada (L.P.N.) o Enfermera Vocacional Autorizada (L.V.N.); · terapia del habla (habilitativa o rehabilitativa) · terapia física · terapia ocupacional · terapia respiratoria
--	--

8. Servicios de Laboratorio y Rayos X

MCS Life pagará la cantidad negociada y contratada en la [Red Especial de Laboratorios] de MCS Life para la producción e interpretación de procedimientos de laboratorio y rayos X, si un asegurado incurre en gastos por pruebas de laboratorio o exámenes de rayos X que sean:

- ordenados por un médico,
- necesarios para el diagnóstico de alguna enfermedad o lesión,
- médicamente necesarios, y
- practicados por un laboratorio o radiólogo

Laboratorios	Cubierto. Aplica coaseguro de laboratorio.
Rayos X	Cubierto con coaseguro de rayos X.
Pruebas moleculares y/o genéticas	<p>Cubierto cuando sea requerido por ley local Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (BIDA) para el tratamiento de personas con autismo, federal (<i>Women's Health and Cancer Rights Act</i> del 1998) o requerido por el plan de beneficios esenciales de referencia de Puerto Rico (<i>Essential Health Benefit Benchmark Plan</i>) que incluyen los servicios preventivos requeridos. Solamente cubierto en proveedores participantes y contratados por MCS. Aplica coaseguro de pruebas moleculares y/o genéticas, excepto pruebas requeridas por ley como servicio preventivo. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Estas pruebas solo serán cubiertas cuando estén referidas por las siguientes especialidades según las políticas médicas establecidas por MCS Life:</p> <ul style="list-style-type: none"> · oncólogo · hematólogo oncólogo · urólogo · geneticista · ginecólogo

	gastroenterólogo
Medicina nuclear	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
PET CT	Cubierto uno (1) por año póliza, por persona asegurada. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. También conocido como <i>pet scan</i> .
Polisomnografía (estudio del sueño)	Cubierto un (1) estudio de por vida, por persona asegurada. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
CT Scan	Cubierto uno (1) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
Densitometría ósea	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Ecocardiograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Electrocardiograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Electroencefalograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Angiografía	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Holter	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Estudios cerebrovasculares periferales no invasivos	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Mielografía	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
MRA	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
MRI	Cubierto uno (1) por región anatómica, por año póliza y por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
Sonogramas	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
SPECT	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializados.
Prueba de esfuerzo (<i>stress test</i>)	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Prueba de esfuerzo (<i>stress test</i>) con sestamibi, Persantine o talio	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Pruebas de alergia	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de laboratorios. Cincuenta (50) por año póliza, por persona asegurada.
Electromiograma	Cubierto. Dos (2) por año póliza, por asegurado. Aplica copago o coaseguro de rayos X.

9. Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas

Los servicios de medicina preventiva estarán cubiertos con \$0 copago o 0 % coaseguro de acuerdo con la edad y género del asegurado. Los servicios de cuidado preventivo a los que se aplican estas condiciones están definidos

e incluidos más adelante y descritos en el siguiente enlace: [<https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>].

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

- ✓ una (1) 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
- ✓ evaluación sensorial
- ✓ evaluación del desarrollo/conducta
- ✓ examen físico
- ✓ procedimientos específicos para pacientes con riesgo
- ✓ guías anticipatorias (como la consejería nutricional)
- ✓ referidos dentales
- ✓ evaluación médica anual al inicio del año escolar

Servicio preventivo	Indicación
Abuso del alcohol	Evaluación para adultos de diez y ocho (18) años en adelante por abuso de alcohol y consejería sobre reducción de uso indebido de alcohol a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso del mismo.
Uso de tabaco, alcohol y drogas	Evaluación para identificar el uso en niños de once (11) a veintiún (21) años de edad.
Uso de tabaco	Intervenciones de parte del médico, que incluyan educación o consejería, para prevenir el inicio del consumo de tabaco en niños y adolescentes.
Autismo	Evaluación para niños entre doce (12) y treinta y seis (36) meses.
Evaluación de salud conductual	Niños de todas las edades, 0-11 meses, uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, once (11) a catorce (14) años, quince (15) a diecisiete (17) años.
Evaluación de hipertensión (<i>high blood pressure</i>)	Evaluación de hipertensión para hombres y mujeres de diez y ocho (18) años en adelante. Las medidas se deben obtener fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Displasia cervical	Evaluación para niñas sexualmente activas.
Hipotiroidismo congénito	Evaluación para recién nacidos.
Depresión	Evaluación para desórdenes de depresión en adolescentes de doce (12) a dieciocho (18) años para establecer un sistema que pueda

	diagnosticar adecuadamente el tratamiento necesario, incluyendo sicoterapias y visitas de seguimiento.
Evaluación de desarrollo	Evaluación para niños menores de tres (3) años y vigilancia durante toda la niñez.
Dislipidemia	Evaluación para niños en riesgo de desórdenes de lípido. Edades: uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a (10) años, once (11) a catorce (14) años, quince (15) diecisiete (17) años.
Prevención de caries dentales y suplementos de fluoruro	Cubierto para bebés y niños hasta la edad de cinco (5) años. Aplicación de fluoruro a los dientes primarios de todos los bebés y niños que empiezan a la edad de erupción de los dientes primarios en las prácticas de atención primaria. Suplementos de fluoruro por vía oral a partir de la edad de seis (6) meses para los niños cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro.
Gonorrea	Medicación tópica ocular profiláctica para todos los recién nacidos para la prevención de la oftalmía gonocócica neonatorum (Gonorrea).
Evaluación auditiva	Evaluación auditiva neonatal universal.
Evaluación de crecimiento de estatura, peso e índice de masa corporal	Evaluación para los niños. Edades cero (0) a once (11) meses, once (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, a once (11) a catorce (14) años, quince (15) diecisiete (17) años.
Hematocrito o hemoglobina	Evaluación para niños.
Enfermedad de células falciformes	Evaluación para recién nacidos.
Prueba de evaluación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	<p>Evaluación de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos de entre quince (15) y sesenta y cinco (65) años. Los adolescentes más jóvenes y los adultos mayores que están en mayor riesgo también deben someterse a evaluación.</p> <p>Prueba para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como parte de las pruebas de rutina de toda evaluación médica realizada al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) años de edad en bajo riesgo y anualmente para todas las personas en alto riesgo.</p> <p>Para las mujeres embarazadas aplican los requisitos descritos en la sección de “Servicios preventivos para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas”, más adelante en esta póliza.</p>
Suplementos de hierro	Para niños en edades de cuatro (4) meses a veintiún (21) años a riesgo de anemia.
Evaluación de plomo	Evaluación de niveles elevados de plomo en la sangre en niños de entre uno (1) y seis (6) años que tienen un riesgo promedio y mayor, y en mujeres embarazadas asintomáticas.
Historial médico	Para todo niño durante el desarrollo. Edades cero (0) a veintiún (21) años.
Obesidad	Evaluación de obesidad para niños de seis (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 diez (10) años de edad.
Fenilcetonuria (PKU)	Evaluación en recién nacidos para desórdenes genéticos.
Enfermedad de transmisión sexual	Consejería de prevención y evaluación para adolescentes a riesgo.
Tuberculina	Prueba de tuberculina para niños con riesgos de tuberculosis de cero (0) a veintiuno (21) años de edad.
Evaluación de visión	Examen de la vista al menos una vez en niños de tres (3) a cinco (5) años para detectar la ambliopía o sus factores de riesgo.
Cáncer de la piel	Consejería para jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre los beneficios de minimizar la exposición a la radiación de los rayos ultravioletas (UV) para las personas de piel clara desde los seis (6) meses hasta los veinticuatro (24) años de edad para reducir su riesgo de cáncer de la piel.
Infección de Hepatitis B Virus (HBV)	Evaluación para adolescentes y adultos en riesgo de contraer la infección.
Sífilis	Evaluación de sífilis en adolescentes y adultos de alto riesgo.

Servicios preventivos para adultos

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

Servicio preventivo	Indicación
Evaluación para la aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para evaluación de AAA en hombres de sesenta y cinco (65) a setenta y cinco (75) años de edad que hayan sido fumadores en algún momento.
Abuso del alcohol	Evaluación para adultos de dieciocho (18) años en adelante por abuso de alcohol y consejería sobre reducción de uso indebido de alcohol a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso del mismo.
Consejería y suplido de aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y el cáncer colorrectal	Se recomienda el uso de aspirina en dosis bajas para la prevención de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal en adultos entre las edades de cincuenta (50) a cincuenta y nueve (59) años con un riesgo cardiovascular de diez por ciento (10%) o mayor a diez (10) años, que no tienen un mayor riesgo de sangrado, su expectativa de vida es de al menos diez (10) años y están dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina por al menos diez (10) años.
Evaluación de hipertensión (<i>high blood pressure</i>)	Evaluación de hipertensión para hombres y mujeres de dieciocho (18) años en adelante. Las medidas se deben obtener fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Evaluación de colesterol	Evaluación para hombres y mujeres, por trastornos lipídicos si se encuentran en mayor riesgo de enfermedad coronaria conforme a la Ley Núm. 218 de 30 de agosto de 2012.

Evaluación de cáncer colorectal	Evaluación de cáncer colorectal para hombres y mujeres, mediante pruebas de sangre oculta en heces fecales, sigmoidoscopia o colonoscopia, comenzando a la edad de cincuenta (50) a setenta y cinco (75) años de edad, conforme a la Ley Núm. 218 de 30 de agosto de 2012. Los riesgos y beneficios de estos métodos de detección varían.
Evaluación de cáncer de pulmón	Evaluación anual para el cáncer de pulmón con la tomografía computarizada de dosis baja en adultos de cincuenta y cinco (55) a ochenta (80) años de edad que tienen antecedentes de fumar treinta (30) paquetes año y en la actualidad fuman o han dejado de fumar en los últimos quince (15) años. El Evaluación debe interrumpirse una vez que una persona no ha fumado por quince (15) años o desarrolla un problema de salud que limita considerablemente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación de pulmón curativa.
Evaluación de depresión	Evaluación para depresión. Aplica a hombres y mujeres, incluyendo mujeres durante el embarazo o post parto que piensen que están deprimidos. La evaluación deberá ser realizada en un sistema adecuado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Evaluación de diabetes tipo II	Cubierto para adultos con hipertensión y presión arterial mayor de 135/80 mm/Hg. Incluye consejería y prueba para identificar los niveles de azúcar en la sangre.
Evaluación de glucosa en sangre anormal y Diabetes Mellitus tipo II	Evaluación y examen de glucosa en la sangre anormal, como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos de cuarenta (40) a setenta (70) años que tienen sobrepeso o son obesos. Los médicos deben ofrecer o referir a los pacientes con glucosa anormal de la sangre hasta la atención intensiva de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física.
Dietas saludables y ejercicios para prevenir enfermedades cardiovasculares	Consejería y recomendación para adultos con sobrepeso u obesos con factores de alto riesgo a desarrollar condiciones cardiovasculares. La orientación incluye buena alimentación y actividad física con el propósito de prevenir dichas condiciones.
Infección de Hepatitis B Virus (HBV)	Evaluación para adolescentes y adultos en riesgo de contraer la infección.
Prevención de caídas y recomendación del uso de vitaminas D	Consejería sobre ejercicios o beneficio de terapia física y recomendación de usar vitamina D para prevenir las caídas en adultos mayores de sesenta y cinco (65) años que se encuentran en mayor riesgo.
Prevención de caídas y recomendación de ejercicio o terapia física	Consejería y recomendación de ejercitarse o recibir terapias físicas para prevenir las caídas en adultos de sesenta y cinco (65) años o más que se encuentran en mayor riesgo de caídas.
Prueba de evaluación del virus de la hepatitis C (HCV)	Evaluación de virus de la hepatitis C (HCV) para adultos con alto riesgo de contraer la infección y una (1) prueba para adultos nacidos entre 1945 y 1965.

Prueba de evaluación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Evaluación de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos de entre quince (15) y sesenta y cinco (65) años. Los adolescentes más jóvenes y los adultos mayores que están en mayor riesgo también deben someterse a evaluación. Prueba para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como parte de las pruebas de rutina de toda evaluación médica realizada al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) años de edad en bajo riesgo y anualmente para todas las personas en alto riesgo. Para las mujeres embarazadas aplican los requisitos descritos en la sección de “Servicios preventivos para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas”, más adelante en esta póliza.
Obesidad	Consejería y evaluación para todos los adultos. Los médicos podrán ofrecer o referir a pacientes a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes, a esos pacientes que tengan un índice de masa corporal (BMI por sus siglas en inglés), de treinta (30) kg/m ² o más.
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual alta-intensa para prevenir enfermedades de transmisión sexual para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades asociadas.
Tuberculina	Prueba de tuberculina para adultos con riesgo de la infección latente por tuberculosis (LTBI).
Uso de estatina como prevención de enfermedades cardiovasculares	Una dosis baja o moderada para adultos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV), como enfermedad coronaria sintomática o accidente cerebrovascular isquémico, para prevenir episodios de ECV y mortalidad, siempre y cuando cumpla con los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> · Tiene entre cuarenta (40) a setenta y cinco (75) años de edad · Tiene uno o más factores de riesgo de ECV (dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo) · Tiene un riesgo calculado de diez (10) años de un evento cardiovascular de diez por ciento (10%) o más. La identificación de la dislipidemia y el cálculo del riesgo de evento de CVD a diez (10) años requieren el tamizaje universal de los lípidos en adultos de cuarenta (40) a setenta y cinco (75) años.
Uso y medicación de tabaco	Evaluación 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	Evaluación de sífilis en adolescentes y adultos de alto riesgo.

Cáncer de la piel	Consejería para jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre los beneficios de minimizar la exposición a la radiación de los rayos ultravioletas (UV) para las personas de piel clara desde los seis (6) meses hasta los veinticuatro (24) años de edad para reducir su riesgo de cáncer de la piel.
-------------------	---

Servicios preventivos para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas

Servicio preventivo	Indicación
Bacteriuria (o infección en el tracto urinario)	Evaluación para mujeres embarazadas que no muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las doce (12) a dieciséis (16) semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término de embarazo.
BRCA	Evaluación y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determinará si la asegurada amerita hacerse una prueba de BRCA.
Medicamentos preventivos para cáncer de seno	Orientación clínica a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, que le permita decidir junto con su médico si la terapia de medicamentos es adecuada para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico podrá prescribir medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como 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 evaluación de cáncer de seno	Evaluación de uno (1) a dos (2) años para mujeres mayores de cuarenta (40). Evaluación cada dos (2) años para mujeres de cincuenta (50) años de edad a setenta y cuatro (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 período posparto. El equipo de lactancia está cubierto con orden médica luego del tercer trimestre de embarazo y hasta el primer año luego del parto. Suplidos adicionales para máquina de lactancia están cubiertos y equipo disponible a través de proveedores contratados.
Evaluación de cáncer cervical	Evaluación de cáncer de cuello uterino cada tres (3) años con citología cervical sola en mujeres de veintiuno (21) a veintinueve (29) años. Para las mujeres de treinta (30) a sesenta y cinco (65) años, se recomienda realizar exámenes cada tres (3) años con citología cervical sola, cada cinco (5) años con pruebas de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV) solo, o cada cinco (5) años con pruebas de hrHPV en combinación con citología (cotesting).

Evaluación de infección de clamidia	Evaluación para mujeres de veinticuatro (24) años o menos de edad, y mujeres embarazadas mayores de alto riesgo. Evaluación de infección de clamidia a todas las mujeres de veinticuatro (24) años o menos que no estén embarazadas y en mujeres mayores que no estén embarazadas presenten un alto riesgo de contraer la infección.
Métodos anticonceptivos	<p>Orientación, consejería y suplido de todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, según requerido por ley. Para estos medicamentos se aplicará cero (\$0) dólares de copago o cero (0 %) por ciento de coaseguro.</p> <p>Los siguientes métodos se cubrirán a través de su cubierta médica como servicio ambulatorio, incluyendo inserción y remoción para los dispositivos que aplique:</p> <ul style="list-style-type: none"> · cirugía de esterilización · esterilización quirúrgica de implantes para las mujeres · varilla implantable · dispositivo intrauterino de cobre · dispositivo intrauterino con progesterona · inyección · diafragma · esponja · capuchón cervical · espermicida <p>Los siguientes métodos se cubrirán por su cubierta de farmacia. Favor de referirse al [Formulario de Medicamentos EHB 2019 II] aplicable a esta póliza:</p> <ul style="list-style-type: none"> · anticonceptivos orales (píldora combinada) · anticonceptivos orales (progestina solamente) · anticonceptivos orales de uso extendido/continuo ; · parchos · anillo anticonceptivo vaginal · anticoncepción de emergencia (acetato de ulipristal) · condón femenino
Evaluación y consejería para la violencia doméstica e interpersonal	Evaluación a mujeres en edad fértil para detectar la violencia de pareja (IPV), como la violencia doméstica, y brindar o enviar a las mujeres que dan positivo a los servicios de intervención. Esta recomendación se aplica a las mujeres que no tienen signos o síntomas de abuso.
Suplementos de ácido fólico	Recomendación sobre el uso de suplementos de ácido fólico diarios que contengan de punto cuatro (0.4) a punto ocho(0.8) mg cuatrocientos a ochocientos (400 a 800µg) para mujeres que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas. Se requiere orden médica.
Pruebas de evaluación de diabetes gestacional	Para embarazadas entre veinticuatro (24) y veintiocho (28) semanas de gestación y en la primera visita prenatal para mujeres identificadas con alto riesgo de diabetes gestacional.
Gonorrea	Evaluación de infección de gonorrea para mujeres sexualmente activas, incluyendo mujeres embarazadas si tienen factores de riesgo

	de infección (por ejemplo, si son jóvenes o si tienen otros factores de riesgo individuales o comunitarios).
Virus de la hepatitis B	Evaluación para mujeres embarazadas, en su primera visita prenatal.
Consejería y prueba de evaluación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Cubierto para toda mujer sexualmente activa. Según la Orden Administrativa Núm. 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 veintiocho (28) y treinta y cuatro (34) semanas de embarazo)
Prueba de alto riesgo del virus del papiloma humano (<i>human papilloma</i>) (prueba de DNA)	Aplica a mujeres con resultados normales de citología. Esta prueba de evaluación debe realizarse a partir de los treinta (30) años de edad, con una frecuencia de cada tres años.
Osteoporosis	Evaluación de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas menores de sesenta y cinco (65) años con mayor riesgo de osteoporosis y en mujeres mayores de sesenta y cinco (65). Se recomienda realizar pruebas de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de 65 años que tienen un mayor riesgo de osteoporosis, según lo determinado por una clínica formal herramienta de evaluación de riesgos.
Clasificación de grupo sanguíneo – factor Rh (D)	Evaluación del tipo de sangre Rh (D) y de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante la primera consulta prenatal. Asimismo, el USPSTF recomienda repetir la prueba de anticuerpos a mujeres embarazadas con pruebas Rh (D) negativa o no reactiva entre las semanas veinticuatro (24) a veintiocho (28) de embarazo, a menos que el padre biológico es conocido por ser Rh (D) negativo.
Uso de tabaco	Evaluación e intervenciones para mujeres usuarias de tabaco e intervenciones extendidas para embarazadas que utilizan 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.
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería anual para mujeres sexualmente activas.
Sífilis	Evaluación para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con alto riesgo.
Visitas preventivas de mujeres también conocido como <i>Well Women Visits</i>	Atención preventiva anual (dependiendo del estado de salud de la mujer, las necesidades de salud y otros factores de riesgo) para mujeres adultas con el fin de obtener los servicios preventivos recomendados y apropiados según su edad y desarrollo, incluyendo atención antes de la concepción y servicios necesarios para la atención prenatal. Estas visitas incluyen los servicios preventivos para mujeres mencionados en esta póliza. Si el médico determina que la paciente requiere visitas adicionales, estas van a estar cubiertas con cero (\$0) copago ó cero (0%) coaseguro.

Suplemento de aspirina como prevención de preeclampsia	Evaluación, consejería y suplido de una dosis baja de aspirina como medicamento preventivo a mujeres embarazadas con alto riesgo de preeclampsia a partir de doce (12) semanas de gestación.
Evaluación de preclamsia	En mujeres embarazadas con medición de la presión arterial durante el embarazo.

Inmunizaciones

Las inmunizaciones, consejería y administración de vacunas 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 niños, adolescentes menores de veintiún (21) años y adultos de acuerdo con lo especificado en los itinerarios de vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico y el *Center for Disease Control* (CDC, por sus siglas en inglés), incluyendo las vacunas de seguimiento. Las inmunizaciones estarán cubiertas con \$0 copago o 0 % coaseguro. La persona asegurada pagará la cantidad que corresponde a la visita al médico por un servicio ambulatorio. Los servicios de cuidado preventivo a los que se aplican estas condiciones están definidos y descritos en el siguiente enlace: [<https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>].

Inmunización para <u>niños</u> de acuerdo con el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico	
Hepatitis B (Hep B)	Según indicado en el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico del año vigente de esta póliza. El asegurado puede solicitar el itinerario vigente por teléfono al [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 (RV)	
Poliovirus inactivo (IPV)	
<i>Haemophilus influenzae</i> , tipo B (Hib)	
Neumococo (PCV) y (PPV)	
Sarampión, papera y rubeola (MMR)	
Varicela (Var)	
Hepatitis A (Hep A)	
Meningococo (MCV) y (MPS)**	
Influenza	
Human papillomavirus (HPV)*- vacuna para prevenir el cáncer cervical	

Itinerario de vacunación del <i>Center for Disease Control</i> (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 <i>Center for Disease Control</i> (CDC, por sus siglas en inglés) del año vigente de esta póliza. El asegurado puede solicitar el Itinerario vigente por teléfono
Human papillomavirus (HPV)* – vacuna para prevenir el cáncer cervical	

Varicela	Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al [(787) 281-2800].
Zoster	
Sarampión, papera y rubeola (MMR)	
Influenza	
Neumococo	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Meningococo**	

*Se cubrirá la inmunización contra el virus VPH para varones y féminas de nueve (9) años en adelante y adolescentes con historial de abuso o violación sexual, que no han iniciado o completado la serie de tres (3) dosis, según la Ley Núm. 255 del 15 de septiembre de 2012.

**Se cubrirá la inmunización para meningitis (MCV4) o vacuna Meningococo, según requerida por la carta normativa de la OCS (CN-2011-131-AV).

Inmunizaciones adicionales que requieren copagos o coaseguros

Virus respiratorio sincitial (RSV) (conocida como la vacuna Synagis®)	Esta vacuna estará cubierta en las dosis sugeridas de conformidad a la Ley Núm. 165 de 30 de agosto de 2006. Requiere pre autorización del Departamento de Farmacia 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 con la Parte XII de esta 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). Aplica copago o coaseguro correspondiente.
	Radiografías de mordida y periapicales, no más de un juego cada tres (3) años. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
	Tratamiento de fluoruro cubierto como un beneficio fundamental para los asegurados menores de diecinueve (19) años. Aplica copago o coaseguro correspondiente.

Visión pediátrica	
Servicios de visión cubiertos para menores de veintiún (21) años de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de refracción: Un (1) examen de refracción por asegurado, por año póliza. Aplica copago o coaseguro correspondiente. • Lentes para corrección visual: Un (1) par de lentes o lentes de contacto. Servicios disponibles solo dentro de la Red de Visión de MCS Life.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lentes para espejuelos: Los lentes para corrección visual incluyen una selección de visión sencilla, de plástico (CR-39 <i>Plastic</i>) o policarbonato ○ Lentes de contacto (desechables): cubierto en su totalidad con un suplido de doce (12) pares al año (un par de lentes de contacto por mes). ○ Lentes de alta potencia o lupas para asegurados con pérdida significativa de la visión (<i>low vision</i>), pero que no tienen ceguera total. ✓ Marco para lentes de corrección visual (<i>frames</i>): Espejuelos para asegurados hasta los veintiún (21) años, un (1) par por año póliza dentro de la colección contratada. Disponibles 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 les aplica el costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza.

<p>Servicios dentales para adultos y niños (adicionales a dental pediátrico) Dental 100</p>	<p>A. Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un (1) examen periódico oral cada seis (6) meses (beneficio esencial de salud). ✓ Un (1) juego completo de imágenes radiográficas intraorales (periapicales) cada treinta y seis (36) meses (beneficio esencial de salud). <p>B. Preventivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dos (2) limpiezas por año póliza, por persona asegurada cada seis (6) meses (beneficio esencial de salud). ✓ Aplicación tópica de fluoruro cubierto como un beneficio esencial para los asegurados menores de diecinueve (19) años. <p><u>Predeterminación de Beneficios:</u> Los servicios de predeterminación o pre autorización 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 pre autorización debe someterse con imágenes radiográficas periapicales o copias con valor diagnóstico. MCS Life no se hace responsable por servicios facturados previo a la pre autorización o posterior a la fecha de expiración, sin que medie una extensión de tiempo.</p> <p>En cumplimiento con la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999, MCS Life cubrirá servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y dentales en los siguientes casos:</p> <p>a) Cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica.</p>
---	---

	<p>b) Cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;</p> <p>c) Cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en el hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;</p> <p>d) Cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;</p> <p>e) Cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;</p> <p>f) Cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.</p> <p>Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life y requiere que se provea los siguientes documentos para la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El diagnóstico del paciente; ✓ La condición médica del paciente, y ✓ Las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental de acuerdo a los casos presentados anteriormente. ✓ MCS aprobará o denegará la anestesia dentro de dos (2) días contados a partir de la fecha en que el asegurado someta todos los documentos requeridos.
<p>Servicios de visión para adultos y niños (adicionales a visión pediátrica) para adultos</p>	<p>Para los adultos se cubrirán los siguientes como servicios esenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ un (1) examen de refracción por año póliza. Aplica copago o coaseguro. <p>Para los adultos y niños (además de visión pediátrica) se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ un máximo de cien dólares (\$100) por persona por año póliza para adultos y niños (además de visión pediátrica) para gastos de servicios de visión cubiertos. Requiere pre autorización de Servicio al Cliente de MCS Life. <p>Estos servicios estarán cubiertos a través de proveedores contratados por MCS Life o por reembolso, si los servicios son provistos por un proveedor no contratado y deberán ser pre autorizados por Servicio al Cliente las instalaciones previo al servicio. Si la persona asegurada incurre en gastos por servicios o suministros que hayan sido recetados por un optómetra y/u oftalmólogo calificado, MCS pagará dicha cantidad hasta el máximo establecido. El máximo establecido podrá ser utilizado para los siguientes servicios:</p> <p>A. <u>Lentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ visión sencilla

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ bifocal ✓ trifocal ✓ lenticular <p>B. <u>Espeuelos (monturas)</u></p> <p>C. <u>Lentes de contacto regulares o tóricos</u></p> <p>D. <u>Terapias ortópticas</u> estarán cubiertas hasta la cantidad estipulada en su cubierta.</p> <p>E. <u>Opciones adicionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ antirreflectivo ✓ lente policarbonato ✓ tratamiento anti-rayazos ✓ tratamiento anti-UV ✓ progresivos trifocal ✓ progresivo bifocal ✓ lente de transición (foto-sensitivos)
Mastectomía y mamoplastía reconstructiva	<p>MCS Life cubrirá los beneficios de servicios relacionados con una mastectomía para hombres y mujeres, incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones que surjan de una mastectomía, incluyendo linfedemas, conforme a lo requerido por la Ley de los Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (<i>Women's Health and Cancer Rights Act</i> de 1998). Terapia para linfedema y mamoplastía requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de Terapia Física para terapia de linfedema.</p>
Carta de Derechos de Pacientes con Cáncer y Sobrevivientes de Cáncer	<p>En cumplimiento con la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012, de Pacientes Diagnosticados con Cáncer y Sobrevivientes, MCS Life no rechazará o denegará ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines.</p> <p>Además, cubre todos los servicios y beneficios preventivos mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno y también estudios, tratamientos y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva posmastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente. De igual forma se cubren exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical.</p>

Servicios de Ambulancia Aérea en Puerto Rico	El servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico estará cubierto de acuerdo con la necesidad médica que se establezca al momento de dar el servicio, a través de proveedores contratados. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
Examen Físico Anual	MCS Life cubrirá un (1) examen físico anual, siempre que sea para propósitos preventivos. Se excluyen los exámenes físicos y pruebas de laboratorio 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 con la edad, sexo y condición de salud del asegurado. La evaluación médica anual para niños al comienzo del año escolar debe incluir evaluación física y mental, higiene oral, pruebas auditivas y visuales, así como exámenes periódicos recomendados por la Academia Estadounidense de Pediatría.
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/VIH)	Cubierto como cualquier otra condición y evaluación preventiva conforme a la Ley Núm. 349 de 2 de septiembre de 2000, según enmendada.
Autismo	Según la Ley Núm. 220 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 diagnóstico y estadístico de los 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, terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas, e incluirá visitas médicas y pruebas médicamente necesarias.
Síndrome Down	Los servicios para asegurados con síndrome down estarán cubiertos sin límites conforme a la Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018. Los servicios incluyen pruebas, sin limitarse a, genéticas, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición; además las visitas médicas y las pruebas referidas medicamente y servicios terapéuticos.
Servicios de emergencia en los Estados Unidos	Los servicios dentro de los Estados Unidos en caso de emergencia estarán cubiertos como cualquier emergencia a través de la red contratada. Favor de hacer referencia a la Parte VIII: Modelo de Acceso a los Servicios, de esta póliza, donde encontrará información sobre la red contratada para servicios en los Estados Unidos. El asegurado debe presentar su tarjeta del plan para que la facilidad pueda verificar su elegibilidad con MCS Life. Aplica coaseguro de sala de emergencia en EE.UU. En caso que el proveedor no sea parte de la red contratada se le requiere al asegurado notificar MCS Life en o antes de cuarenta y ocho (48) horas luego de haber recibido los servicios de emergencia para negociar el pago de dichos servicios con la facilidad.
Tratamientos, servicios, equipos y facilidades no disponibles en Puerto Rico (dentro de los Estados Unidos)	Los tratamientos, servicios, equipos y facilidades no disponibles en Puerto Rico serán coordinados a través de la red contratada y requieren pre autorización y coordinación de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro al proveedor de Estados Unidos aplicable al servicio coordinado. Los servicios serán pagados de acuerdo a la tarifa usual y acostumbrada a la zona geográfica donde se ofreció el servicio.

Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina	Conforme a la Ley Núm. 139 del 8 de agosto de 2016, MCS Life se cubrirá el Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU), sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines relacionados.
--	---

Sección 3: Servicios cubiertos por reembolso

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

A. Servicios elegibles para reembolso en esta póliza:

Servicios incluidos en su póliza cubiertos solo por reembolso	Se le reembolsará al asegurado la cantidad estipulada en su póliza.
Servicios de ambulancia terrestre en Puerto Rico y Estados Unidos	<p>El servicio de ambulancia terrestre entre facilidades hospitalarias estará cubierto mediante reembolso a la persona asegurada. La cantidad máxima a reembolsar será de ochenta dólares (\$80) por viaje. Para los servicios de ambulancia terrestre por una emergencia, se pagará el costo total del servicio directamente al proveedor. Este beneficio será cubierto sujeto a que la entidad que provee los servicios esté debidamente autorizada por la Comisión de Servicio Público de Puerto Rico o cualquier agencia regulatoria en el área geográfica donde se brinda el servicio.</p> <p>El servicio sólo tendrá cubierta si la persona asegurada cumple con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · fue transportada por un servicio de ambulancias según descrito en la Parte I de Definiciones bajo “Ambulancia”; · sufrió una enfermedad o lesión para la cual no se recomiendan otros tipos de transportación; · o sufrió una emergencia psiquiátrica conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008; · fue transportada; <ul style="list-style-type: none"> ○ desde la residencia o el lugar de la emergencia al hospital o institución de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) ○ entre hospital y hospital o institución de enfermería especializada cuando la institución que transfiere o autoriza el alta no es la apropiada para los servicios cubiertos. ○ desde el hospital a la residencia para pacientes cuya condición de salud no permite el uso de otros medios de transportación; ○ entre instituciones proveedoras de cuidado de salud, incluyendo ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008, según enmendada. <p>Además, el servicio de ambulancia terrestre sólo tendrá cubierta si:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> · 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.
Trabajador social	Estos servicios serán reembolsados solamente para tratamientos relacionados a las condiciones de autismo, según definidas en el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conforme a la Ley Núm. 220 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo).
Servicios de visión para adultos y niños (adicionales a Visión pediátrica)	<p>Si la persona asegurada incurre en gastos por servicios o suministros que hayan sido recetados por un optómetra y/u oftalmólogo calificado, MCS Life pagará dicha cantidad hasta el máximo de cien dólares (\$100) para los siguientes beneficios:</p> <p>A. Lentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • visión sencilla • bifocal • trifocal • lenticular <p>B. Espejuelos (monturas)</p> <p>C. Lentes de contacto regulares o tóricos</p> <p>D. Las terapias ortópticas estarán cubiertas mediante reembolso al asegurado de acuerdo a la necesidad médica, hasta la cantidad estipulada en su cubierta.</p> <p>E. Opciones adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento anti-reflectivo • lente policarbón • tratamiento anti-rayado • tratamiento anti-UV • progresivo trifocal • progresivo bifocal • lente foto-sensitivo (de transición)
MCS Balance	Este es un programa incentivo para el bienestar del asegurado basado en su participación voluntaria y es parte de la cubierta básica sin ningún costo adicional a la prima. Consiste en proveerle acceso a reembolso de diez dólares (\$10) por mes para membresía de gimnasio que esté aprobado por el Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico, hasta un máximo de doce (12) meses. Es requisito completar un <i>Health Risk Assessment</i> (HRA) en el centro de MCS Care Club de su conveniencia dentro de los primeros noventa (90) días de la fecha de efectividad de la póliza para acceder a este beneficio. Este programa está disponible para todos los asegurados mayores de diez y ocho (18) años.

B. Proceso para solicitar un reembolso

Para solicitar un reembolso por los servicios descritos en esta sección, el asegurado deberá llenar y presentar un formulario de reembolso dentro de los ciento ochenta (180) días de recibir el servicio, sujeto a los términos descritos en la Parte VI de esta póliza. El asegurado podrá solicitar una copia en los centros de servicio al cliente de MCS Life o llamar al Departamento de Servicio al Cliente al [787-281-2800 (área metro) o al 1-888-758-1616 (libre de cargos) lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm y sábados de 8:00 am a 4:30 pm.]

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

- a) Recibo original y oficial (recibo con logotipo o sello del proveedor del servicio, que indique nombre, dirección, teléfono y especialidad)
- b) Número de identificación nacional de proveedor (*National Provider Identifier* o NPI) 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 tienen que 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 reembolso es por servicios dentales, deberá indicar el diente o la pieza trabajada, y el 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, número de proveedor de la farmacia (NPI), fecha del despacho, nombre del medicamento y dosis, código nacional del medicamento (*National Drug Code* o NDC), número del DEA del médico que receta el medicamento, cantidad, días de suplido y 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 despachó la receta.

C. Servicios de medicamentos recetados elegibles para reembolso (beneficio de farmacia):

Para reembolsos de medicamentos recetados (beneficio de farmacia), solo 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 un suplido por concepto de vacaciones. (Solo si fue adquirido en territorio de EEUU y no solicitó a tiempo sus suplidos por concepto de viaje, ni visitó una farmacia de nuestra red).
- c) El reclamo fue rechazado por la farmacia. (Ejemplos: la farmacia tuvo 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). Farmacia no procesó el COB electrónicamente y/o el paciente no informó que tenía más de un seguro médico.

Sección 4: Trasplante de hueso, piel, córnea, órganos y médula ósea

Servicios de Trasplante de hueso, piel y córnea

Los servicios de trasplante de hueso, piel y córnea estarán cubiertos sin período de espera. Requiere pre autorización del departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life. Este servicio no está disponible a través de reembolso.

Trasplante de órganos y médula ósea

Este servicio no está disponible a través de reembolso. Para el beneficio de trasplante de órganos y medula ósea tendrá un período de espera de noventa (90) días período desde la fecha de vigencia de la póliza. Será cubierto siempre y cuando los procedimientos de trasplantes se efectúen en Puerto Rico (como primera opción) o en los Estados Unidos, en instituciones, hospitales o con un proveedor con el cual el departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life haya coordinado previamente el servicio para el asegurado en particular, según los términos y condiciones que estipula la cubierta. La cubierta de servicios de trasplante de hueso, piel y córnea incluye el cuidado antes y después del procedimiento, incluso drogas inmunosupresoras según ordenadas por el médico.

Este beneficio requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life y está disponible para el asegurado principal, cónyuge del asegurado y los dependientes directos del asegurado, siempre y cuando que sean menores de sesenta y cinco (65) años de edad.

Para comenzar con el procedimiento, el proveedor médico debe comunicarse con Asuntos Clínicos de MCS Life para notificar sobre el proceso del trasplante. Luego, el departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, en conjunto con el proveedor, complementan los documentos necesarios para el procedimiento.

El período de beneficios comienza treinta (30) días antes del procedimiento del trasplante.

Los servicios de trasplante de órganos y medula ósea estarán cubiertos según las tarifas negociadas con la red de proveedores de Puerto Rico. Si el procedimiento se realiza en los Estados Unidos, MCS Life cubrirá los gastos por medio de reembolso o asignación de beneficios según los cargos negociados entre MCS Life y el proveedor.

Los gastos cubiertos serán los gastos que estén directamente relacionados con el procedimiento de trasplante, incluyendo el cuidado pre- y post-cirugía y el tratamiento por concepto de drogas inmunosupresoras. Estos gastos tienen unos límites detallados a continuación.

Trasplante de órganos:

Los servicios cubiertos incluyen los trasplantes de corazón, corazón-pulmón, pulmón (unilateral o bilateral), hígado, páncreas-riñón, riñón e intestino delgado. Están cubiertos los gastos para la obtención, conservación y transportación de los órganos a utilizarse en el trasplante, sujeto a los siguientes límites:

Órgano	Cantidad
Corazón	\$ 100,000
Corazón / Pulmón	\$ 125,000
Pulmón	\$ 75,000
Hígado	\$ 75,000
Intestino Delgado	\$ 35,000
Páncreas	\$ 50,000
Riñón	\$ 25,000
Páncreas / Riñón	\$ 50,000
Médula Osea Alogénica	\$ 100,000
Médula Ósea Autóloga	\$ 100,000

Los gastos cubiertos del recipiente estarán limitados a los gastos directamente relacionados con el procedimiento de trasplante, incluyendo el cuidado pre- y post-cirugía y el tratamiento por concepto de drogas inmunosupresoras.

Los gastos incurridos por el donante del trasplante incluyen la cirugía, el almacenaje y la transportación directamente relacionados con los órganos a utilizarse en el procedimiento; estarán cubiertos hasta un beneficio máximo de veinte mil dólares (\$20,000) por cada procedimiento.

Se cubrirá hasta un máximo de diez mil dólares (\$10,000) por trasplante para los gastos de transportación incurridos por el asegurado y un acompañante, desde y hasta el lugar de la cirugía. Si el asegurado es menor de diecinueve (19) años de edad, se cubren los gastos de transportación incurridos por dos (2) acompañantes, siempre que éstos sean los padres del menor o las personas que tengan la custodia legal del asegurado. Los gastos incurridos por comidas y alojamiento se cubren hasta el beneficio máximo de cien dólares (\$100) diarios por persona. El límite máximo establecido para las comidas y alojamientos es de cinco mil dólares (\$5,000).

Trasplante de médula ósea:

Se cubren los trasplantes alogénicos y autólogos de médula ósea, y trasplante de células germinales o periferales, siempre y cuando éstos estén indicados en relación con las siguientes condiciones y enfermedades, para las cuales ya se consideran prácticas aceptadas de tratamiento y no están en fase de investigación, como: leucemia, linfoma y cáncer, entre otras.

Servicios cubiertos:

- La donación y el almacenaje de la médula ósea. La obtención de médula ósea estará sujeta a un máximo de cien mil dólares (\$100,000) por trasplante, independientemente de si se realiza dentro o fuera de la Red de Proveedores Participantes.
- Los tratamientos de quimioterapia o radiación antes de efectuarse el trasplante.
- Los gastos del donante por la cirugía, el almacenaje y la transportación directamente relacionados con los órganos a utilizarse en el procedimiento, estarán cubiertos hasta el límite máximo de veinte mil dólares (\$20,000) por cada procedimiento.
- Los gastos de transportación, desde y hasta el lugar de la cirugía, para el asegurado adulto y un acompañante. Si el paciente es menor de diecinueve (19) años de edad, se cubrirán los gastos de transportación para dos (2) acompañantes, siempre y cuando éstos sean los padres o personas que tengan la custodia legal del asegurado. Se cubrirá un máximo de diez mil dólares (\$10,000) por trasplante para gastos de transportación de ida y vuelta al lugar de la cirugía, incurridos por el asegurado y un acompañante.
- Los gastos por comidas y alojamiento se cubrirán hasta el máximo de cien dólares (\$100) diarios por persona. El límite establecido para las comidas y alojamiento es de cinco mil dólares (\$5,000) por trasplante.

Sección 5: Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida

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

El beneficio de tratamiento de la obesidad mórbida requiere un período 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 riesgo inminente. Los servicios cubiertos incluyen: cirugía por *bypass* gástrico, banda ajustable o gastrectomía en manga (en procedimientos abiertos o cerrados a través de la laparoscopia). Otras metodologías de cirugías bariátricas están excluidas de esta póliza. El asegurado será responsable del coaseguro aplicable a la cirugía además del copago por la admisión al hospital.

La cubierta está sujeta a la pre autorización del procedimiento por Asuntos Clínicos de MCS Life, y será cubierta a través de proveedores contratados por MCS Life en Puerto Rico. La cirugía bariátrica está limitada a un (1)

procedimiento de por vida por asegurado. Para comenzar el proceso de autorización, el asegurado deberá cumplir con las indicaciones mínimas según se detallan a continuación:

- Índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35)
- Plan de tratamiento dietético y de cambio de estilos de vida, supervisado por un médico cirujano o cirujano bariátrico previo a la cirugía. Además, el médico deberá indicar el plan dietético utilizado y las razones del fracaso de dicho plan .
- El médico deberá especificar si el paciente padece de condiciones que se agravan con la obesidad mórbida, por ejemplo: enfermedades cardiovasculares o cardiopulmonares, diabetes severa, artritis y apnea del sueño, conforme al Art. 3(c) de la Ley Núm. 212 del 9 de agosto de 2008.
- Una evaluación de especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra) que certifique que el asegurado entiende y está dispuesto a acomodar los cambios en estilos de vida necesarios para el éxito del procedimiento bariátrico.

Las cirugías para la remoción de la piel excesiva (comúnmente conocida como colgajos) no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso debido a que afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo, según la Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008.

Sección 6: Programas incluidos como parte de sus beneficios

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

MCS Alivia	<p>Es un modelo de terapias y tratamientos alternativos y complementarios integrados a los sistemas convencionales de salud. Algunos de los servicios disponibles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> · salud integral y complementaria · medicina tradicional china · acupuntura médica · masaje terapéutico · homeopatía ofrecida por médicos con certificación · medicina bioenergética (<i>Pranic Healing</i>) <p>Para obtener acceso a estos beneficios y garantizar la coordinación apropiada de todos los servicios necesarios, se requiere que el asegurado llame o coordine una cita. El asegurado será evaluado por el médico generalista del centro de MCS Alivia para determinar las modalidades correspondientes al tratamiento.</p> <p>Está cubierto 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.</p>
MCS Solutions	<p>Programa que integra el cuidado de salud mental y tratamiento para el abuso de sustancias controladas. Todos los servicios se ofrecen de manera confidencial y privada, disponibles las veinticuatro (24) horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Un coordinador del programa le proveerá servicios de consejería, educación en salud y referidos de manera confidencial tanto al asegurado como a los miembros de la familia del asegurado. En situaciones de emergencia, el asegurado debe ir directamente al hospital y solicitar el servicio.</p> <p>Para información adicional, llame al [1-866-627-4327].</p>

<p>Programas e iniciativas de bienestar</p>	<p>Como parte del compromiso de MCS Life con la salud de nuestros asegurados, desarrollamos una serie de iniciativas y programas innovadores 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, y satisfacen las expectativas de un plan de salud comprensivo. Incluye charlas educativas, sesiones de ejercicios, y orientaciones clínicas, entre otros.</p> <p>Para más información sobre los programas disponibles, el asegurado podrá comunicarse con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al 787-281-2800 en el área metro, o libre de costo al [1-888-758-1616] lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.; las personas con impedimentos auditivos (TTY) podrán llamar al [1-866-627-8182]</p>
<p>MCS Medilínea MD</p>	<p>Este programa es un servicio de MCS Medilínea MD. Aplica copago correspondiente a MCS Medilínea MD. Acceso a visitas virtuales con médicos primarios incluyendo médico de familia, generalista, internista y pediatra, a través de plataforma digital de MCS Medilínea MD. Niños menores de dieciocho (18) años tienen que estar acompañados por un adulto al momento de la consulta.</p> <p>Algunas condiciones apropiadas para consultar a través de este servicio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> · alergias · estreñimiento · tos · diarrea · problemas del oído · fiebre · gripe · dolor de cabeza · picadas de insectos · náusea · conjuntivitis · erupción de piel · dolor de garganta · problemas urinarios/ITU · vómitos <p>Se requerirá que los padres o tutores para niños menores de treinta y seis (36) meses, completen un formulario aparte de divulgación de historial médico previo a hacer una cita o tener una consulta con un médico del proveedor de MCS Medilínea MD contratado. Niños menores de treinta y seis (36) meses que presenten fiebre deberán ser referidos a su pediatra, a un centro de urgencia o a sala de emergencias.</p> <p>En casos agudos y que el médico entienda que amerita uso de medicamentos de acuerdo al cuadro clínico del paciente, se coordinara el envío de la receta directamente a la farmacia de preferencia del asegurado.</p> <p>Si el médico determina que la condición por la cual el paciente accede a consulta no puede ser atendida por medio de esta plataforma, el asegurado será referido a una sala de emergencia, a un centro de urgencia o a su médico primario. El paciente es responsable de verificar sus documentos de descripción de beneficios y/o el formulario de medicamentos para determinar si MCS cubrirá ciertas recetas. El paciente deberá</p>

	pagar el copago correspondiente al a visita cada vez que acceda a esta plataforma de servicios.
MCS Care Clubs	<p>Este es un programa voluntario y es parte de la cubierta básica, sin ningún costo adicional a la prima. Consiste en dos (2) visitas con cero dólares (\$0) de copago al MCS Care Club de preferencia del asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Primera visita: <ul style="list-style-type: none"> a. El asegurado deberá completar un <i>Health Risk Assesment</i> (HRA) y hacerse una evaluación inicial. El propósito del HRA es para poder identificar posibles condiciones del asegurado y poder continuar el desarrollo de programas de bienestar para la población. b. El médico le hará una serie de recomendaciones de servicios preventivos que estén disponibles en el centro, basadas en el resultado del HRA. Los servicios serán recomendados de acuerdo a los criterios de edad y género establecidos por el <i>United States Preventive Services Task Force</i>. · Segunda visita: El médico discutirá con el asegurado los resultados de pruebas realizadas, y el reporte de perfil personalizado. De ser necesario, el médico hará recomendaciones adicionales, o referidos a otros especialistas según aplique. <p>En el caso que el asegurado requiera pruebas adicionales debido a su condición o indicación clínica, el centro referirá al asegurado según aplique. Este programa está disponible para todos los asegurados de diez y ocho (18) años en adelante.</p>
MCS Balance	<p>Este es un programa de incentivo para el bienestar del asegurado basado en su participación voluntaria y es parte de la cubierta básica sin ningún costo adicional a la prima. Consiste en proveerle acceso a reembolso de diez dólares (\$10) por mes para membresía de gimnasio que esté aprobado por el Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico, hasta un máximo de doce (12) meses. Es requisito completar un <i>Health Risk Assesment</i> (HRA) en el centro de MCS Care Club de su conveniencia dentro de los primeros noventa (90) días de la fecha de efectividad de la póliza para acceder a este beneficio. Este programa está disponible para todos los asegurados de diez y ocho (18) años en adelante</p>

PARTE IV: EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA

Sección I: 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 correspondan ser recibidos o cubiertos de acuerdo a las leyes de compensación por accidentes en el Trabajo, (cubiertos por la CFSE), planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (cubiertos por ACAA) y otros servicios disponibles con arreglo a leyes estatales o federales. También estarán excluidos dichos servicios cuando éstos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes debido a incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas o de cualquiera otra, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.

3. Servicios cubiertos por cualquier otro seguro o entidad con responsabilidad primaria (*third party liability*). MCS Life tiene derecho de subrogación para recuperar las reclamaciones médicas pagadas cuando la responsabilidad primaria le corresponde a otro seguro o entidad. Favor de hacer referencia a la cláusula de subrogación en la sección de Disposiciones Generales de esta póliza.
4. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión de un delito, intento de perpetrar asalto o cualquier ofensa criminal, del incumplimiento de las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquier otro país cometidos por la persona asegurada; servicios que surjan debido a guerra, declarada o no, actos de terrorismo o cualquier acto incidental a la guerra o participación en una revuelta o desorden civil, excepto si la lesión surge como resultado de un acto de violencia doméstica o una condición médica; o en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que la persona asegurada estuvo activa en el ejército (*service connected*), en cuyo caso MCS Life recobra a la Administración de Veteranos.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos; o que la persona obtenga o tenga derecho a obtener sin cargos o bajo cualquier plan de gobierno.
6. Gastos o servicios de comodidad personal tales como: habitación privada, excepto en los casos donde el servicio es requerido debido a una necesidad médica según descritos en la esta póliza; teléfono; televisión; servicios de cuidado custodial; casa de descanso; casa de convalecencia o cuidado a domicilio, a menos que su póliza estipule lo contrario.
7. 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.
8. Servicios que no estén enumerados en la Parte III de esta póliza, o que no sean parte de los requisitos provistos en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico (CSSPR) para planes de pequeñas y medianas empresas (PYMES), o no sean requeridos por la OCS, o cualquier otra agencia o entidad que regule 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.
9. Gastos por servicios de exámenes físicos para fines de certificados médicos o algún otro propósito que no sea preventivo, excepto que de otro modo sean provistos por la Ley Núm. 296 del 1ro de septiembre de 2000, según enmendada.
10. Servicios que no sean médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la *Food Drug Administration (FDA)*, *Department of Health and Human Services (HHS)*, el Departamento de Salud, o que no estén de acuerdo con la política médica establecida por las entidades autorizadas sobre la salud para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
11. Medicamentos o tratamientos experimentales o drogas con la etiqueta de “Precaución: Limitado por las leyes federales para uso de investigación”. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, que no sean considerados experimentales o investigativos, excepto que sean requeridos por ley estatal o federal. No obstante lo dispuesto en los puntos 10 y 11, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar en un estudio de tratamiento autorizado, según las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a éste un beneficio potencial y el médico que refiere al estudio entienda que la participación del paciente es apropiada, o el paciente provea a MCS Life evidencia de que su participación es apropiada, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. No serán gastos médicos rutinarios del paciente los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.
12. Gastos por operaciones / procedimientos, tratamientos o cuidados para corregir defectos de apariencia física, excepto una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por una enfermedad o lesión corporal, un accidente o una cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido.

13. Mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño, excepto la reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno.
14. Mastectomía subcutánea; incluyendo reconstrucción de areola y pezón, excepto por cáncer del seno, la cual está cubierta en la póliza.
15. 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 alguna parte del cuerpo, según la Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008.
16. Tratamientos cosméticos o de embellecimiento también quedan excluidos sin excepción.
17. Se excluyen también los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a tratamientos cosméticos o de embellecimiento, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento, excepto según dispuesto en la Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008, conocida como la Ley de Reconstrucción de Senos por Cáncer.
18. Cargos que resulten por alguna enfermedad o lesión corporal surgida de, o en el curso del empleo de la persona asegurada.
19. Cargos por rayos X dentales adicionales a los descritos en esta póliza o en la cubierta opcional adquirida por el asegurado.
20. Servicios relacionados al síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
21. Cargos por cuidado dental que no esté incluido en esta póliza. Refiérase a la Sección 4: Exclusiones dentales.
22. Cargos por drogas o medicamentos suministrados en visitas médicas que no estén cubiertos en esta póliza.
23. Cargos por servicios de termografía ofrecidos u ordenados por quiroprácticos y otros especialistas médicos.
24. Cargos por servicios de tratamientos para la infertilidad o relacionados con la concepción por medios artificiales, excepto laboratorios para propósitos diagnósticos.
25. Cargos por servicios de equipo auditivo y/o implante coclear, independientemente de si existe o no justificación médica.
26. Cargos por servicios de terapias ortópticas (terapias visuales) así como los aparatos y artefactos necesarios como parte de las terapias luego de agotar el máximo establecido en la cubierta de visión.
27. Cargos por servicios de plantillas ortopédicas.
28. Cargos por servicios prestados para abortos selectivos, incluyendo todos los servicios relacionados.
29. Todo procedimiento cuyo propósito sea restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear o por algún procedimiento que no cobija la condición de infertilidad después que se usen para inducir el embarazo como, por ejemplo, la fertilización in vitro.
30. Cargos por pruebas psicométricas. Solo se cubrirán pruebas para condiciones bajo la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo). Los tratamientos para las condiciones de autismo definidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés) estarán cubiertas sin límites.
31. Terapias ambulatorias ocupacionales y del habla, y trabajador social, excepto para tratamientos de las condiciones de autismo, según definidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en conforme a la Ley Núm. 220 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo). Terapias ambulatorias ocupacionales y del habla también están cubiertas bajo servicios de Cuidado de Salud en el Hogar.
32. Cargos por excesos de los límites establecidos en esta póliza.
33. Gastos por vacunas y servicios relacionados que son requeridos por el patrono para obtener o mantener un empleo o seguro, o para un viaje.
34. Gastos por servicios provistos en clínicas de salud en masa que son ofrecidos y provistos por el patrono a sus empleados, o por terceros.
35. Los servicios de cuidado de la salud en el hogar no incluyen facilidades de cuidado residencial o custodial, servicios suministrados para conveniencia personal o comodidad como, por ejemplo, tareas domésticas, cuidado de niños y servicio de fiambreras, independientemente de si fue recomendado por un nutricionista o un médico.

36. Servicios de diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios o en facilidades renales, servicios médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas; luego de agotar el máximo de 90 días indicados en esta póliza.
37. Vacunas contra las alergias.
38. Monitor fetal en oficina de médico (correas).
39. Cirugías orales, excepto aquellas que son resultado de un accidente o que estén cubiertas por una cubierta dental opcional.
40. Procedimientos excluidos por esta póliza son:
 - ✓ Pólipo fibro-epitelial
 - ✓ Eliminación de los *Skin tags*
 - ✓ Reparación de ptosis
 - ✓ Lasik y cirugías para corregir defectos refractivos.
 - ✓ Reconstrucciones totales maxilares o mandibulares, incluyendo remoción de exostosis (mandibular o maxilar).
41. Servicios administrados por médicos o dentistas de analgesia intravenosa o analgesia administrada a través de la inhalación, excepto anestесias conforme a la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999.
42. La escisión de granulomas o quistes radiculares que se originen por la infección de la pulpa del diente.
43. Servicios de anestesia epidural durante el parto.
44. Servicios de anestesia intravenosa o anestesia mediante inhalación administrada en oficina médica.
45. Servicios de asistencia quirúrgica en cirugías ambulatorias.
46. Servicios fuera de los Estados Unidos.
47. *Devices* (artefactos, aparatos o prótesis internas y externas), incluso cualquier tipo de implante y bandejas de cirugía que contenga algún componente clasificado bajo este término.
48. Servicios de hospicio.
49. Ambulancia aérea fuera de Puerto Rico.
50. Servicios provistos por proveedores no contratados por MCS Life, excepto para servicios de emergencia según requeridos por ley.
51. Visitas médicas a domicilio que no sean parte del cuidado de salud en el hogar o tratamiento residencial según están descritos en esta póliza.
52. Cámara hiperbárica.
53. Terapias cardiacas rehabilitativas.
54. Equipo médico duradero que no esté descrito en esta póliza, incluso equipo médico hecho a la medida, queda también excluido el servicio y equipo para Optune.
55. Inmunizaciones que no estén descritas en esta póliza o que no sean parte de los requisitos provistos en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico (CSSPR) para planes de pequeñas y medianas empresas (PYMES), o no sean requeridos por la OCS, 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.
56. Todo servicio que no haya sido preautorizado y que requiera preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life, según descrito en los beneficios de esta póliza.
57. Servicios de *fetal non stress test*, ecocardiograma fetal, y amniocentesis de maduración fetal o genética.
58. Gastos por métodos anticonceptivos para el hombre que no sea vasectomía, según indica esta póliza.
59. Servicios de escalenotomía, división del músculo escaleno anterior (*anticus*) sin resección de la costilla cervical.
60. Servicios de medicina complementaria que no sean brindados por proveedores contratados por el programa MCS Alivia.
61. Gastos subsiguientes a los primeros treinta (30) días para niños recién nacidos de las hijas dependientes del asegurado(a) principal luego del parto.
62. Pruebas de laboratorio, moleculares o genéticas que no estén codificadas en el Manual del laboratorio, así como las consideradas experimentales o investigativas o que no sean requeridas por ley local o federal.

63. Ambulancia marítima.
64. Gastos por tecnología, procedimientos o pruebas diagnósticas nuevas en el mercado durante el año calendario de vigencia de esta póliza. El equipo de Asuntos Clínicos de MCS Life evaluará cada nueva tecnología, procedimiento o prueba disponible en el mercado y que será tarifada correctamente en el próximo año calendario, a menos que sea requerida de inmediato por cualquier ley federal, ley local u ordenada por la OCS o por la misma ley local.
65. Nuevos beneficios requeridos por ley local, legislados durante el año calendario de vigencia de la póliza o posterior a la aprobación de las tarifas de dicha cubierta, a no ser expresamente requeridos por la OCS o por ley local o federal.
66. Servicios en Estados Unidos que no sean emergencias o estén disponibles en Puerto Rico. Los servicios no disponibles en Puerto Rico requieren ser coordinados por Asuntos Clínicos de MCS Life.
67. Hormonas de crecimiento.
68. Exclusiones al beneficio de Visión pediátrica para menores de veintiún (21) años de edad:
 - 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 bajo una cubierta de seguro de incapacidad ocupacional (*worker's compensation*) o provista por el plan de seguro médico de la empresa en que trabaja el menor.
 - f. Cualquier servicio, lentes para corrección visual, lentes de contacto, o montura para lentes de corrección visual requerido por el patrono como condición de empleo.
 - g. Cualquier gasto por lentes para corrección visual, lentes de contacto, o montura para lentes de corrección visual fuera de la red de proveedores de visión de MCS Life.
69. Consultas a médicos especialistas o sub especialistas a través del servicio de MCS Medilínea MD, excepto pediatras, médicos de familia e internistas.
70. Consultas de telemedica fuera de la red o plataforma contratada a través del servicio de MCS Medilínea MD.
71. Medicamentos administrados por un proveedor en sus facilidades que no son despachados por una farmacia al detal, excepto quimioterapia radioterapia y medicamentos utilizados para preparación de quimioterapia
72. MCS Life se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado para cubrir bajo el componente médico para quimioterapia, radioterapia y medicamentos utilizados para preparación de quimioterapia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta que dicho medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacias y Terapéutica de MCS Life Insurance siguiendo las reglas establecidas en el capítulo cuatro (4) del CSSPR. Este capítulo requiere que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la Administración de drogas y alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) en un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En ese término MCS Life emitirá su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho medicamento nuevo. Incluso, medicamentos nuevos que estén dentro de clasificaciones terapéuticas (categorías) excluidas se considerarán como excluidos.
73. Acumulación de gastos pagados por un programa de asistencia o por un tercero para la cantidad de gasto máximo del bolsillo (MOOP por sus siglas en inglés).
74. Gastos por servicios de abuso de sustancias, hospitalización y ambulatorio, que resulten de la administración de un programa de detección de drogas de un patrono.

Sección 2: Exclusiones de medicamentos recetados

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

1. Drogas o medicamentos que estén expresamente excluidos por esta póliza.
2. Drogas o medicamentos que no requieran una receta del médico, excepto insulina, a menos que su cubierta incluya dichos servicios.
3. Agentes inmunizadores (vacunas, toxoides, toxinas) que no estén expresamente cubiertos en la póliza; suero biológico, sangre o plasma; cosméticos; suplementos dietéticos y artículos de belleza.
4. Artefactos o artículos terapéuticos, incluso agujas hipodérmicas (excepto para la administración de insulina), jeringuillas y vestimenta.
5. Drogas recetadas que pueden ser obtenidas libres de costo bajo programas locales, estatales o federales.
6. Drogas y/o tratamientos experimentales, o drogas con la 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 en un estudio de tratamiento clínico autorizado de acuerdo a las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del paciente le ofrezca a éste un beneficio potencial y cumpla con la condición de que el médico que refiera al paciente presente evidencia de que es apropiada su participación en el estudio, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios del paciente” los gastos relacionados con el estudio, o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.
7. Repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el médico o despachos posteriores a la fecha de vigencia de la receta, según establecido por la Ley de Farmacia de Puerto Rico.
8. Cualquier cantidad de drogas o medicamentos dispensados que excedan un suplido de quince (15) días para medicamentos agudos, o suplido 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 en farmacias.
16. Medicamentos de fertilidad o infertilidad.
17. Se excluyen los medicamentos que la FDA ha determinado como uso contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.
18. Los siguientes medicamentos o servicios no estarán cubiertos:
 - a. Los medicamentos que se utilicen en pruebas de investigación y que tengan el patrocinio de los manufactureros o de una entidad gubernamental, así como;
 - b. los medicamentos o servicios suministrados durante pruebas de investigación si el patrocinador de dichas pruebas de investigación provee los medicamentos o servicios sin cobrarle nada a los participantes.
19. MCS Life se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado para incluirlos en su formulario de medicamentos. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta que dicho medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacias y Terapéutica de MCS Life Insurance siguiendo las reglas establecidas en el capítulo 4 del CSSPR. Este capítulo requiere que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la *Administración de drogas y alimentos* (FDA, por sus siglas en inglés) en un término no mayor de

noventa (90) días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En ese término, MCS Life emitirá su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho medicamento nuevo. Incluso, medicamentos nuevos que estén dentro de clasificaciones terapéuticas (categorías) excluidas se considerarán como excluidos.

20. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
21. Anticonceptivos que no sean aprobados por la FDA. Además, no se cubrirán anticonceptivos aprobados por la FDA sin la receta del médico.
22. Acumulación de gastos pagados por un programa de asistencia o por un tercero para la cantidad de gasto máximo del bolsillo (MOOP por sus siglas en inglés).
23. No se expedirán recetas de repetición para medicamentos existentes a través del servicio de MCS Medilínea MD.
24. No se expedirán recetas para más de un suministro de treinta (30) días a través del servicio de MCS Medilínea MD.
25. No se expedirán recetas de medicamentos de mantenimiento y/o *refills* a través del servicio de MCS Medilínea MD.
26. No se expedirán recetas de sustancias controladas por la Administración para el Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés), medicamentos no terapéuticos u otros fármacos que puedan ser dañinos debido a su potencial de abuso a través del servicio de MCS Medilínea MD.

Sección 3: Exclusiones dentales

Los siguientes servicios son considerados como exclusiones generales:

1. Cargos por servicios preventivos y de diagnóstico (excepto los mencionados en esta póliza), endodoncia, servicios restaurativos, cirugía oral, periodoncia, prostodoncia y ortodoncia.
2. Servicios provistos para fines estéticos.
3. Cierre de diastema por razones estéticas.
4. Servicios provistos para corregir la dimensión vertical u oclusión.
5. Implantes y prótesis relacionadas a los implantes.
6. Reconstrucciones totales maxilares o mandibulares, incluso la remoción de exostosis (mandibular o maxilar).
7. Puentes fijos junto a uno parcial en el mismo arco para sustituir dientes en áreas posteriores; se considera el parcial solamente.
8. Servicios relacionados al síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
9. Anestesia intravenosa o anestesia mediante inhalación administrada en la oficina del dentista.
10. La escisión de granulomas o quistes radiculares que se originen por la infección de la pulpa del diente.
11. Prótesis con propósitos de ferulización permanente para dientes con problemas periodontales.
12. Servicios relacionados a accidentes o enfermedades cubiertas o relacionadas con el Fondo del Seguro del Estado, ACAA, Veterano, etc.
13. Instrucciones relacionadas a la higiene oral y dietas.
14. Sustituciones de puentes removibles por puentes fijos debido a razones de alergia.
15. Reemplazo de prótesis perdidas.
16. Servicios comenzados antes de que el paciente tuviera la cubierta dental.
17. Servicios de prótesis para sustituir piezas naturales perdidas antes de que el paciente tuviera la cubierta dental.
18. Cargos para corregir anomalías congénitas, excepto por la cubierta de niños recién nacidos, adoptados o colocados para adopción.
19. Cualquier otro servicio no incluido de forma expresa en la cubierta del asegurado.

20. Reembolsos por servicios prestados en Puerto Rico por dentistas no participantes de la red de proveedores de MCS Life, excepto en casos de emergencia en Puerto Rico y los Estados Unidos, según descritos en la Parte III, Sección I de esta póliza.

Sección 4: Exclusiones de visión

1. Resultados de cualquier enfermedad o daño corporal que surja de o durante 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. Gastos para uso estético.
5. Gastos incurridos para lentes de contacto tipo *Pediatric Aphakic Contact Lenses* u otro tipo de lentes de contacto que no sean regulares o tóricos.
6. Gastos incurridos luego de agotar el beneficio o servicio, según se indica en su cubierta de visión.
7. Deducibles o coaseguros que le correspondan al asegurado.
8. Aparatos y artefactos necesarios como parte de las terapias ortópticas; y
9. Terapias ortópticas para tratamientos en casos de desórdenes del aprendizaje y dislexia, excepto para condiciones descritas bajo la Ley Núm. 220 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 diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Sección 5: Exclusiones de trasplantes de órganos, medula ósea, hueso, piel y córnea

Los siguientes servicios estarán excluidos:

1. Cualquier servicio, tratamiento o procedimiento prestado o incurrido con anterioridad a la fecha de efectividad del acuerdo de la póliza y/o que no haya sido pre autorizado por Asuntos Clínicos de MCS Life.
2. Servicios, tratamientos o procedimientos que sean la responsabilidad primaria de *Medicare*.
3. Trasplantes experimentales o investigativos, o que no sean de efectividad médica comprobada.
4. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos recibidos sin pre autorización de MCS Life.
5. Compra de automóvil o cualquier método de transportación.
6. Alquiler de un automóvil cuando no sea de una compañía de renta de automóviles dedicada formalmente a este negocio. Gastos por gasolina, mantenimiento del automóvil y pagos de estacionamiento.
7. Bebidas alcohólicas, cigarrillos, gastos recreacionales y artículos que no sean alimentos.
8. Artículos personales y productos de limpieza.
9. Gastos por servicios de transportación, comida y alojamiento, según mencionados en la Parte III, Sección de Servicios Cubiertos, incisos cuatro (4) y cinco (5) de este documento, sin recibo de gastos y/o recibo de compra que especifiquen fecha, lugar de compra, nombre de los artículos que compró y precio del artículo.
10. Cargos en exceso de las cantidades establecidas para los beneficios, según se expresan en la Parte III, Sección 4 de este documento.

Sección 6: Exclusiones y limitaciones de cirugía bariátrica para el tratamiento de la 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 al *bypass* gástrico, la banda ajustable o la 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 los 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. Los servicios de cirugía bariátrica o de reconstrucción asociados a la cirugía bariátrica sin pre autorización de MCS Life están excluidos del beneficio.

PARTE V: PRE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS

Los servicios descritos en esta sección requieren pre autorización, la cual debe ser solicitada por su médico o proveedor. Esta solicitud debe ser debidamente firmada y enviada mediante una orden médica vía fax por su médico o proveedor al Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life. Este proceso aplicará a todos los procedimientos, estudios y servicios que requieren pre autorización. MCS Life no será responsable por el pago de servicios recibidos o prestados sin pre autorización, excepto en casos de emergencia, conforme a lo establecido bajo la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada.

Los números de fax de MCS Life disponibles para envío de solicitudes de pre autorización son los siguientes: [(787) 622-2436, (787) 622-2434, o puede llamar al Centro de Llamadas de Servicio al Cliente al (787) 281-2800].

Se sugiere que las solicitudes para pre autorizaciones de servicios o procedimientos planificados en facilidades de cirugía ambulatoria o admisión aguda en hospital y que no sean de emergencia, se realicen con un mínimo de quince (15) días antes de la admisión o cirugía planificada.

Procedimiento para la preautorización ordinaria - Conforme al Artículo 24.090 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico

A. MCS Life mantendrá por escrito, procedimientos para llevar a cabo la preautorización, o, también conocida como revisión de utilización y determinación de beneficios ordinaria, con respecto a las solicitudes de beneficios hechas por los asegurados, y para la notificación de sus determinaciones dentro de los plazos que se requieren en el Artículo 24.090 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

B. Revisión prospectiva

1) a. La determinación:

- i. La determinación de revisión prospectiva, y notificación al asegurado, se hará dentro de un plazo adecuado según la condición de salud del asegurado, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días, contados a partir de la fecha en que se recibió la solicitud.
- ii. En caso de que MCS Life emita una determinación adversa, se notificará al asegurado según se dispone en el inciso F de esta sección.

b. MCS Life podrá extender o prorrogar por una vez el plazo para hacer la determinación y notificar al asegurado, por un periodo adicional de quince (15) días satisfaciendo los siguientes requisitos:

- i. La prórroga sea necesaria debido a circunstancias que estén fuera del control de MCS Life.
- ii. Se le notificará al asegurado antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

- c. Si la extensión se debe a que el asegurado no ha presentado información necesaria para que MCS Life pueda hacer su determinación, la notificación de la extensión cumplirá con los siguientes requisitos:
 - i. Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud.
 - ii. El asegurado tendrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de extensión, para proveer la información adicional especificada.

2) La notificación:

- a. En caso de que la solicitud inicial no cumpla con los requisitos para la radicación de una preautorización, MCS Life le notificará al asegurado de esta deficiencia y se le indicará los procedimientos que debe seguir para radicar la solicitud correctamente.
- b. La notificación se proveerá a la brevedad posible, pero en ningún caso en un plazo mayor de cinco (5) días, contados a partir de la fecha de recibo de la solicitud, y será provista verbalmente o por escrito si así lo requiere el asegurado.

C. Revisión concurrente

- 1) En el caso de una solicitud de revisión concurrente, en las que el asegurado solicite una extensión de tratamiento, (en la oficina de un profesional de la salud, u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud ambulatorios), más allá del plazo originalmente aprobado o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados por MCS Life, si la solicitud se hace por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo original o de cumplirse la cantidad de tratamientos previamente aprobados, MCS Life hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará al asegurado, dentro de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud, conforme con el Art. 24.100 del CSSPR. De igual forma se aplican las siguientes normas:
 - a. Se considerará como una determinación adversa toda reducción o terminación del tratamiento que haga MCS Life antes de finalizar el plazo o la cantidad de tratamientos previamente aprobados, salvo que la reducción o terminación se deba a una enmienda en los beneficios o terminación del plan médico.
 - b. En caso de que MCS Life emita una determinación adversa, se notificará al asegurado según se dispone en el inciso F de esta sección.

D. Revisión retrospectiva

1) Determinación

- a. En el caso de una determinación de revisión retrospectiva, MCS Life hará su determinación en un plazo razonable, pero en ningún caso en un plazo mayor de treinta (30) días, contados a partir del recibo de la solicitud.
- b. En caso de que MCS Life emita una determinación adversa, se notificará al asegurado según se dispone en el inciso F de esta sección.

2) Extensión o prórroga

- a. MCS Life podrá extender o prorrogar por una vez el plazo para hacer la determinación y notificar al asegurado, por un periodo adicional de quince (15) días satisfaciendo los siguientes requisitos:
 - i. La prórroga sea necesaria debido a circunstancias que estén fuera del control de MCS Life.
 - ii. Se le notificará al asegurado antes del vencimiento del plazo inicial de treinta (30) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.
- b. Si se extiende el plazo debido a que el asegurado no presentó toda la información necesaria para hacer la determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:
 - i. Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud.
 - ii. El asegurado tendrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de extensión, para proveer la información adicional especificada.

E. Plazos para tomar la determinación de una solicitud

- 1) El plazo que se requiere para que MCS Life tome sus determinaciones, conforme a los incisos (B) y (D) de esta sección, comenzará en la fecha en que se reciba la solicitud conforme a los procedimientos de radicación que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.
- 2) Interrupción de plazos:
 - a. Si se extiende el plazo debido a que el asegurado no presentó la información necesaria para que MCS Life hiciera su determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a partir de la fecha en que MCS Life envíe la notificación de prórroga al asegurado hasta que ocurra lo primero entre las siguientes fechas:
 - i. La fecha en que el asegurado responda a la solicitud de información adicional especificada; o
 - ii. La fecha para la cual se debiera haber presentado la información adicional especificada.
 - b. Si el asegurado no presenta la información adicional especificada antes de vencer la prórroga, MCS Life podrá denegar la aprobación del beneficio solicitado.

F. Determinaciones adversas

- 1) Cuando MCS Life haya tomado una determinación adversa, las notificaciones sobre dichas determinaciones expondrán lo siguiente:
 - a. Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo: la fecha del servicio, el proveedor, la cuantía de la reclamación, el código de diagnóstico y su significado, y el código de tratamiento y su significado.
 - b. Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación.
 - c. Una referencia a las disposiciones específicas de MCS Life en las que se basa la determinación.

- d. Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que el asegurado pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario.
- e. Una descripción de los procedimientos internos de querellas de MCS Life, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.
- f. Si la determinación adversa fue basada en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, al asegurado una copia del documento interno que se haya usado de referencia.
- g. Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias del asegurado.
- h. Una explicación del derecho del asegurado a comunicarse, según corresponda, con la Oficina del Comisionado o con la Oficina del Procurador de la Salud para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de MCS Life. Se incluirá la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

Procedimiento para la preautorización acelerada – Conforme al Artículo 24.100 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico

Su proveedor puede solicitar una preautorización acelerada o urgente, también conocida como revisión acelerada de utilización. MCS Life tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente, siempre y cuando la misma sea requerida porque pone en peligro la vida, la salud o la recuperación plena del asegurado, o, porque expondría al asegurado a dolor que no puede manejar adecuadamente sin el servicio o tratamiento solicitado.

A. MCS Life mantendrá por escrito, procedimientos para llevar a cabo la revisión de utilización y determinación de beneficios acelerada, con respecto a las solicitudes de cuidado urgente, y para la notificación de sus determinaciones dentro de los plazos que se requieren en el Artículo 24.100 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

1) En caso de que el asegurado no siga los procedimientos de radicación para una solicitud de cuidado urgente, MCS Life le notificará la deficiencia y los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

2) La notificación sobre la deficiencia:

- a. Se proveerá al asegurado a la mayor brevedad posible pero no a más tardar de veinticuatro (24) horas a partir del recibo de la solicitud.
- b. Será provista verbalmente, o por escrito si así lo requiere el asegurado.

B. La determinación:

1) En el caso de solicitudes urgentes que lleguen con la información completa, MCS Life tomará determinación a la brevedad posible, sea o no una determinación adversa, tomando en cuenta la condición de salud del asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud, a menos de que el asegurado no haya provisto suficiente información para que MCS Life pueda tomar una determinación.

- a. En caso de que MCS Life emita una determinación adversa, se notificará al asegurado según se dispone en el inciso E de esta sección.
- 2) Notificación por deficiencia de información:
- a. Si la radicación está completa, pero la información clínica sometida no es suficiente para hacer la determinación, MCS Life le notificará la deficiencia del documento (verbalmente o por escrito), y le indicará la información específica que se necesita, en o antes de las veinticuatro (24) horas a partir del recibo de la radicación de la preautorización.
 - b. El asegurado tendrá hasta catorce (14) días, a partir de la notificación de la deficiencia, para someter la información clínica adicional.
 - c. MCS Life le notificará la determinación al asegurado en o antes de cuarenta y ocho (48) horas a partir de lo que ocurra primero entre lo siguiente:
 - i. La fecha de recibo de la solicitud adicional.
 - ii. La fecha en que vence el plazo otorgado para someter la documentación adicional.
 - d. En caso de que no se reciba la información adicional en el término de los catorce (14) días, se procederá a denegar la misma por falta de la información clínica necesaria para tomar una determinación.
 - e. En caso de que MCS Life emita una determinación adversa, se notificará al asegurado según se dispone en el inciso E de esta sección.
- C. En el caso de solicitudes de revisión concurrente de cuidado urgente, en las que el asegurado solicite una extensión de tratamiento, (en la oficina de un profesional de la salud, u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud ambulatorios), más allá del plazo originalmente aprobado o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados, si la solicitud se hace por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo original o de cumplirse la cantidad de tratamientos previamente aprobados, MCS Life hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará al asegurado, teniendo en consideración la condición de salud del asegurado, dentro de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.
- D. El plazo que se requiere para que MCS Life tome sus determinaciones, conforme a los incisos (B) y (C) de esta sección, comenzará en la fecha en que se reciba la solicitud conforme a los procedimientos de radicación que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.
- E. Determinaciones adversas
- 1) Cuando MCS Life haya tomado una determinación adversa, las notificaciones sobre dichas determinaciones expondrán lo siguiente:
 - a. Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo: la fecha del servicio, el proveedor, la cuantía de la reclamación, el código de diagnóstico y su significado, y el código de tratamiento y su significado.
 - b. Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación.
 - c. Una referencia a las disposiciones específicas de MCS Life en las que se basa la determinación.

- d. Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que el asegurado pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario.
- e. Una descripción de los procedimientos internos de querellas de MCS Life, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.
- f. Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas de MCS Life, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.
- g. Si la determinación adversa fue basada en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, al asegurado una copia del documento interno que se haya usado de referencia.
- h. Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias del asegurado.
- i. Una explicación del derecho del asegurado a comunicarse, según corresponda, con la Oficina del Comisionado o con la Oficina del Procurador de la Salud para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de MCS Life. Se incluirá la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

Notificación de la determinación por MCS Life

Cuando el servicio para el cual se solicita la pre autorización cumple con todos los criterios establecidos, el proveedor será autorizado e informado del número de autorización. Además, una carta de aprobación será enviada tanto al proveedor que solicita la pre autorización como al asegurado. La pre autorización será efectiva durante treinta (30) días calendarios. Cuando el servicio es denegado, se le envía una carta con la razón de la denegación, incluso las referencias utilizadas en las que se basó la razón de la denegación. Se informa además, el derecho de apelar esta denegación y el proceso correspondiente.

No se requiere pre autorización para casos de emergencia.

PARTE VII: SISTEMA DE QUERELLAS

El asegurado tiene derecho a someter una querella no relacionada con una determinación adversa y una revisión de una querella relacionada con una determinación adversa de acuerdo a la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 161 de 1 de noviembre de 2010 para enmendar los Art. 2 y 7 de la Ley Núm. 194 de 2000 y de acuerdo al *Patient Protection and Affordable Care Act*, 75 Fed. Reg. 43330-43364 (July 23, 2010).

En caso de que el asegurado tenga alguna queja o duda sobre su cubierta de beneficios, este podrá presentar una reclamación visitando o llamando a nuestro Departamento de servicio al cliente o visitando uno de nuestros Centros de servicios localizados a través de la Isla, donde se atenderá diligentemente el reclamo y se tomarán las medidas necesarias para resolver el planteamiento de la manera más eficiente y rápida posible.

Existe además un procedimiento de querellas y apelaciones el cual garantiza a los asegurados el derecho a la radicación, que se investigue eficientemente su reclamo y la pronta y oportuna decisión de las querellas y apelaciones; ya que nuestro fin es mantener a nuestros asegurados satisfechos con el servicio brindado y lograr que se cumplan y no se quebranten los derechos y responsabilidades de los implicados. Además, dicho procedimiento garantiza la confidencialidad entre las partes.

El asegurado o su representante personal (familiar, amigo, abogado), mediante consentimiento escrito, pueden presentar una queja o querella. Además, las siguientes personas o entidades podrán presentar una queja o querella a nombre del asegurado:

- el proveedor de servicios de salud, mediante consentimiento escrito;
- personas autorizadas por el tribunal o de acuerdo con las leyes estatales, para actuar en nombre del asegurado;
- un representante asignado por el Estado a favor de un asegurado fallecido;
- Personal de una agencia gubernamental, como la OCS, la Oficina del Procurador de la Salud, Cámara de Representantes, Senado, Oficina del Procurador del Ciudadano y la Oficina del Gobernador.

MCS Life confirmará que la persona que está radicando la querella sea el representante personal asignado por el asegurado, mediante una llamada telefónica al asegurado o cualquier documento escrito provisto. Si MCS Life no puede confirmar la representación, se le enviará una carta al asegurado dejándole saber que si MCS Life no logra confirmar la representación, se le enviará una carta al asegurado dejándole saber que no se le tramitará el caso hasta tanto no se reciba la información.

Procedimiento

Disponibilidad de asistencia para radicación de querellas y su proceso:

Tomando en consideración las necesidades especiales de aquellos asegurados que pudieran tener deficiencias auditivas, visuales y/o limitaciones de lectura, MCS Life proveerá servicios libre de costo a los asegurados relacionados con:

- línea TTY/TDD: [1-866-627-8182]
- lenguaje de señas y/o intérpretes de idiomas extranjeros o servicios de traducción escrita
- cintas de audio
- braille

MCS Life se asegura que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, sean accesibles a todos los miembros y que estos sean provistos bajo un enfoque de competencia cultural, incluso para aquellos que tienen destrezas de habla o lectura limitada en inglés y español, y para aquellos que provienen de diversos escenarios culturales y étnicos.

MCS no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. MCS garantiza una resolución acertada, justa y equitativa de las quejas relacionadas con cualquier comportamiento o acción prohibida bajo la Sección 1557 de la Ley de Cuidado Asequible.

Radicación de quejas

MCS Life tratará de resolver toda situación o pregunta presentada por los asegurados en cada llamada o durante las visitas del asegurado insatisfecho o su representante autorizado a uno de los Centros de Servicio. En el caso de las quejas recibidas mediante llamada telefónica, MCS Life tiene disponible un sistema de llamada devuelta (*Call Back*) para dejarle saber al asegurado el estatus de su petición. Si el asegurado no está satisfecho con las alternativas ofrecidas por el Representante de servicio de MCS, el asegurado recibe orientación sobre el procedimiento formal para evaluar su reclamación mediante el proceso de querellas. El asegurado siempre tiene

el derecho de radicar una querella no relacionada con una determinación adversa sin necesidad de agotar el proceso de queja.

Las situaciones que podrán ser atendidas a través del sistema de llamada devuelta, considerando que envuelven intervenciones o gestiones cortas para su solución, serán las siguientes:

- Asuntos de elegibilidad: preguntas relacionadas a la elegibilidad del asegurado en el plan. Incluye validaciones de los archivos electrónicos que se intercambian con los socios de negocio, como Administradores del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés), entre otros.
- Peticiones de estatus de solicitudes, como pre autorizaciones, registro de condiciones especiales y aprobaciones de medicamentos, entre otros.
- Orientaciones en general sobre el plan.
- Asistencia en coordinaciones de cita y búsqueda de proveedores participantes.

Radicación de querellas no relacionadas con una determinación adversa

MCS Life le notificará al asegurado que tiene acceso a un proceso de querellas conforme al Art. 22.080 del CSSPR. Una querella puede ser radicada de forma escrita o verbal mediante:

- **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 forma 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.
- Además, MCS Life le notificará a los asegurados que tienen derecho a ser asistidos en la radicación de su querella por personal autorizado o por un funcionario del gobierno, como:
 - **Oficina del Procurador de la Salud:** El asegurado puede visitar las oficinas de servicio del Procurador de la salud alrededor de la isla o su oficina central, ubicada en [1215 Ave. Ponce de León, Parada 18, San Juan, Puerto Rico], llamando al [787 977-1100] o libre de costo al [1-800-981-0031] o por internet accediendo su página [www.ops.pr.gov] conforme a las disposiciones de la Carta de Derechos del Paciente y la Ley Núm. 161 del Iro. de noviembre de 2010.
 - **OCS:** El asegurado puede contactar a la OCS por teléfono al [787-304-8686] y por facsímil al [787-273-6082]; visitando sus oficinas ubicadas en el [Edificio Gam Tower, Calle Tabonuco, Suite 400, San Patricio, Guaynabo, Puerto Rico], o accediendo al portal cibernético de la OCS mediante el siguiente enlace: [www.ocs.gobierno.pr].

Investigación, resolución y notificación de la querella no relacionada con una determinación adversa

Conforme al Artículo 22.080 del Capítulo 22 del CSSPR:

- A. MCS Life, establece procedimientos escritos para las revisiones ordinarias de querellas no relacionadas a una determinación adversa.
- B. (1) Los procedimientos permitirán que el asegurado, o su representante personal, presente una querella no relacionada a una determinación adversa ante MCS Life, conforme a las disposiciones de esta sección.
- (2) (a) El asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, tiene derecho a presentar documentos escritos para la consideración de las personas designadas por MCS para llevar a cabo la revisión ordinaria.
- (b) MCS Life informará al asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, los derechos que le asisten, conforme al inciso 2 (a).
- C. (1) Al recibo de la querella, MCS Life designará una o más personas para realizar la revisión ordinaria.
- (2) Para realizar la revisión ordinaria, MCS Life no designará a la persona que manejó el asunto objeto de la querella.
- (3) MCS Life proveerá al asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, el nombre, la dirección y el número telefónico de las personas designadas para realizar la revisión ordinaria de la querella.
- D. MCS notificará por escrito su determinación al o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo de la querella.
- E. La determinación por escrito emitida conforme al apartado D contendrá:
- (1) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión ordinaria (los revisores).
- (2) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella.
- (3) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o asegurado pueda responder a los planteamientos de MCS Life.
- (4) Referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación.
- (5) Si fuera aplicable, una declaración escrita que incluya:
- (a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si el asegurado deseara solicitar una revisión voluntaria conforme al proceso de revisión voluntaria;
- (b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, lo cual incluye los plazos requeridos para la revisión; y
- (6) Una notificación del derecho que asiste al asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.

Confidencialidad

Todos los documentos e información relacionada a los casos de querellas son considerados información protegida de salud y serán tratados según las regulaciones de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y otras leyes aplicables del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Se establece que la HIPAA es aplicable en nuestra jurisdicción y va por encima del Código de Seguros, con respecto a las provisiones requeridas por la Ley, las cuales no se proveen en dicho Código o las cuales son menos rigurosas que los requerimientos federales.

Radicación, investigación, resolución y notificación de las querellas relacionadas con determinaciones adversas

Conforme al Artículo 22.070 del Capítulo 22 del CSSPR “Revisión de Primer Nivel de las Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa”:

- A. A más tardar ciento ochenta (180) días del recibo de la notificación de una determinación adversa, la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, podrá radicar una querella ante MCS Life en la que se solicita una revisión de primer nivel de la determinación adversa.
- B. MCS Life proveerá al asegurado el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona u organización designada para coordinar la revisión de primer nivel a nombre de MCS Life.
- C. (1) (a) Si la querella surge como resultado de una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, MCS Life designará uno o varios homólogos clínicos de la misma especialidad, o especialidad similar a los profesionales de la salud que, normalmente manejarían el caso para el cual se hizo dicha determinación adversa. Los homólogos clínicos designados no pueden haber participado en la determinación adversa inicial.
 - (b) MCS Life se asegurará de que, si designa a más de un homólogo clínico para la revisión, éstos tengan la pericia adecuada.
- (2) Al llevar a cabo una revisión a tenor con este Artículo, los revisores tomarán en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como cualquier información relacionada a la solicitud de revisión presentada por las personas cubiertas o asegurados, independientemente de que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.
- D. (1) (a) Las personas cubiertas o asegurados o, si fuera aplicable, sus representantes personales, tienen El derecho de:
 - (i) Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión; y
 - (ii) Recibir de la organización de seguros de salud o asegurador, a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la querella.
- (b) Para los fines del sub inciso (a) (ii), se considerará que los documentos, registros o cualquier información será pertinente para la radicación de la querella del asegurado si los mismos:
 - (i) Fueron usados en la determinación de beneficios;

- (ii) Se presentaron, consideraron o generaron con relación a la determinación adversa, aunque la determinación del beneficio no dependiera de dichos documentos, registros u otra información;
- (iii) Demuestran que al hacer la determinación, MCS Life siguió, de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas cubiertas o asegurados en circunstancias similares; o
- (iv) Constituyen declaraciones de política o directrices del plan médico relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta o asegurado, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

(2) MCS Life informará a los asegurados o, si fuera aplicable, a sus representantes personales, de los derechos que conforme al inciso (1) le asisten, a más tardar tres (3) días laborables del recibo de la querella.

E. A los fines de calcular los plazos que se establecen en el apartado F para la determinación y notificación, los plazos comenzarán cuando MCS Life reciba la querella, independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. Si MCS Life entiende que la querella no contiene toda la información necesaria para hacer una determinación, le indicará claramente a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, las razones por las cuales considera que no puede tramitar la querella, indicando los documentos o información adicional que deberá someter.

F. (1) MCS emitirá su determinación y la notificará por escrito, o por medios electrónicos si el asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, ha acordado recibir la notificación por esta vía, dentro de los plazos establecidos en los incisos (2) ó (3).

(2) En relación a una querella en la cual se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión prospectiva, MCS Life notificará y emitirá su determinación dentro de un plazo razonable, de acuerdo a la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero nunca más tarde de quince (15) días calendario del recibo de la querella.

(3) Toda querella en la que se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva, MCS Life notificará y emitirá su determinación en un plazo razonable, pero nunca más tarde de treinta (30) días calendario del recibo de la querella.

G. La determinación emitida conforme al apartado F expresará de manera comprensible para el asegurado o, si fuera aplicable, para su representante personal:

(1) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);

(2) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;

(3) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, pueda responder a los planteamientos de la organización de seguros de salud o asegurador;

(4) La evidencia o documentación usada como base de la determinación;

- (5) En el caso de que la determinación de MCS Life, luego de realizar una revisión de primer nivel, resulte adversa, se incluirá, además, lo siguiente:
- (a) Las razones específicas de la determinación adversa;
 - (b) Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
 - (c) Una declaración que haga mención del derecho que tiene el asegurado a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente, según se defina el término “pertinente” en el apartado D(1)(b);
 - (d) Si para formular la determinación adversa MCS Life se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud de del asegurado o, si fuera aplicable, de su representante personal;
 - (e) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, o una declaración de que se proveerá una explicación al asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, de manera gratuita, a su solicitud; y
 - (f) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
 - (i) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, según se dispone en el inciso 5 (d); y
 - (ii) Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso 5 (e).
- (6) Si fuera aplicable, una declaración en la que se indique:
- (a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si el asegurado deseara solicitar una revisión voluntaria, conforme al Artículo 22.090 del CSSPR;
 - (b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, incluyendo los plazos requeridos para la revisión;
 - (c) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente, conforme las disposiciones del Capítulo sobre “Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores” del CSSPR, si la persona cubierta o asegurado decidiera que no solicitará una revisión voluntaria; y
 - (d) El derecho del asegurado a incoar una demanda ante un tribunal competente.
- (7) Si fuera aplicable, y enfatizando el carácter voluntario, la siguiente declaración: “El plan médico y usted

podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tales como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros”; y

- (8) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

Una querrela relacionada con una determinación adversa puede ser radicada de forma escrita (o verbal si la misma conlleva una solicitud de cuidado acelerado) mediante:

- Visita a los Centros de Servicios de MCS Life: 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 querrela.
- Centro de Llamadas: El asegurado 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 recurso de revisión de forma verbal, o recibir instrucciones de como 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 documentos escritos para la consideración de las personas designadas por MCS Life para llevar a cabo la revisión.
- Además, MCS Life le notificará a los asegurados que tienen derecho a ser asistidos en la radicación de su apelación por personal autorizado o por un funcionario del gobierno tales como:
 - Oficina del Procurador de la Salud: El asegurado puede visitar las oficinas de servicio del Procurador de la salud alrededor de la isla o su oficina central, ubicada en [1215 Ave. Ponce de León, Parada 18, San Juan, Puerto Rico, llamando al 787 977-1100 o libre de costo al 1-800-981-0031] o por internet accediendo su página [www.ops.pr.gov] conforme a las disposiciones de la Carta de Derechos y responsabilidades del Paciente y la Ley Núm. 161 del 1ro. de noviembre de 2010.
 - OCS: El asegurado puede contactar a la OCS por teléfono al [787-304-8686 y por facsímil al 787-273-6082; visitando sus oficinas localizadas en el Edificio Gam Tower, Calle Tabonuco, Suite 400, San Patricio, Guaynabo, Puerto Rico], o accediendo al portal cibernético de la OCS mediante el siguiente enlace: [www.ocs.gobierno.pr].

PARTE XI: MODELO DE ACCESO A LOS SERVICIOS

Médico

Su plan de salud de MCS Life está diseñado para proveerle libre selección de médicos, facilidades y especialistas a través de la [Red VIP] y la [Red de Proveedores Preferidos (o PPO, por sus siglas en inglés).]

Bajo este modelo, el asegurado no necesita un referido de un médico primario para acceder los servicios de otro médico especialista o sub-especialista dentro de la red PPO. El asegurado tiene acceso directo y libre selección tanto de su médico primario como de su especialista y sub-especialista. Para asegurarse de que reciba los beneficios de su seguro de salud, debe visitar a un proveedor de servicios dentro de la red PPO de MCS Life.

Hospitales

Los hospitales contratados para este modelo están clasificados en dos categorías: Nivel 1 y Nivel 2. Cada nivel tiene un copago o coaseguro diferente. Los hospitales contratados están incluidos en el [Directorio de proveedores 6] aplicable a esta póliza. La categoría (nivel) para cada hospital contratado estará clasificada en el [directorio]. Para información sobre copagos o coaseguros para cada nivel, por favor refiérase a la Parte XII de esta póliza.

Laboratorios

[Red Especial de laboratorios]: Red de laboratorios clínicos contratados para proveer el beneficio de laboratorios de esta póliza.

Farmacia

[Red Especial de farmacia]: Red de farmacias contratadas para proveer el beneficio de farmacia de esta póliza.

Visión pediátrica

Red de visión: Red de visión contratada para proveer el beneficio de visión pediátrica, específicamente lentes para corrección visual y monturas, de esta póliza. La red para este beneficio es [Red IVISION].

Red contratada en Estados Unidos

[UnitedHealthcare]: Red de proveedores contratada para brindar servicios en los Estados Unidos. Para obtener detalles de los proveedores dentro de esta red, la persona asegurada deberá visitar [www.welcometouhc.com/us] o llamar al Centro de Asistencia para localizar un Proveedor al [1-877-563-9016].

PARTE XII: TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

[

	Cubierta Metálica:
	[SILVER, GOLD]
	Plan
	[7110, 7130, 7140, 8110, 8130, 8140, 8210, 8230, 8240,8310, 8330,8340, 8410, 8430 8440]
Deducible y máximo de bolsillo (MOOP)	
Deducible anual para beneficios médicos	
Individual	
Familiar	
Deducible anual para medicamentos recetados (Farmacia)	
Individual	
Familiar	
Gasto máximo de bolsillo (MOOP) para beneficios médicos y medicamentos recetados (Farmacia)	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
Beneficios esenciales de salud	
Servicios de emergencia y urgencia	
Accidente	
Enfermedad	
Centro de urgencia	
Hospitalización	
Hospitalización Parcial	
Hospitalización (incluyendo salud mental, regular o parcial) Nivel 1	
Hospitalización (incluyendo salud mental, regular o parcial) Nivel 2	
Facilidad de enfermería especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	
Asistencia quirúrgica en el hospital	
Servicios ambulatorios	
Generalista (VIP)	
Generalista (PPO)	
Especialista incluyendo: psiquiatra, psicólogos, podiatras, quiroprácticos (primera visita), audiólogos, optómetras y nutricionistas (VIP)	
Especialista incluyendo: psiquiatra, psicólogos, podiatras, quiroprácticos (primera visita), audiólogos, optómetras y nutricionistas (PPO)	
Sub-especialista (VIP)	

Sub-especialista (PPO)	
Facilidad ambulatoria	
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	
Procedimientos endoscópicos	
Quimioterapia, radioterapia y medicamentos para preparación de quimioterapia	
Diálisis y Hemodiálisis	
Servicios de rehabilitación, habilitación, y equipo médico duradero	
Terapia física (incluye: terapia respiratoria ambulatoria y manipulaciones de quiropráctico)	
Cuidado de salud en el hogar (<i>Home Health Care</i>)	
Equipo médico duradero (DME)	
Salud mental	
Terapia de grupo	
Visitas colaterales	
Medicamentos recetados (Farmacia)	
[Primer nivel de cubierta (cantidad para aplicar copagos o coaseguros de primer nivel)]	
Genérico preferido [(primer nivel)]	
Genérico no preferido [(primer nivel)]	
Marca preferida [(primer nivel)]	
Marca no preferida [(primer nivel)]	
Medicamentos especializados preferidos [(primer nivel)]	
Medicamentos especializados no preferidos [(primer nivel)]	
Medicamentos fuera del recetario (OTC) – Primer nivel	
Programa de medicamentos por correo	
Genérico preferido [(primer nivel)]	
Genérico no preferido [(primer nivel)]	
Marca preferida [(primer nivel)]	
Marca no preferida [(primer nivel)]	
[Segundo nivel de cubierta (una vez agotada la cantidad del primer nivel)]	
Servicios de laboratorios y rayos X	
Laboratorio (Red especial de laboratorios)	
Rayos X (Incluye: Medicina Nuclear, Cateterismo Cardíaco, Prueba diagnóstica Cardíaca (Stress test, Echo Cardio, y otras)	
Pruebas especializadas (CT Scan, PET CT, MRI y SPECT)	
Pruebas moleculares y/o genéticas	
Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas	
Servicios preventivos (incluso los de mujer y autismo)	
Inmunizaciones (vacunas) preventivas	
Inmunización (vacuna) para el virus respiratorio sincitial	
Servicios de dental y visión pediátrica	
Dental pediátrico	

Visión pediátrica (Lentes de corrección visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de corrección visual)	
Otros servicios cubiertos	
Examen de refracción (adultos y niños)	
Ambulancia aérea en Puerto Rico	
Servicios de emergencia en Estados Unidos.	
Servicios y tratamientos pre autorizados no disponibles en Puerto Rico (en Estados Unidos)	
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)	
Exámenes neurológicos	
Exámenes neurológicos (CT Scan, PET CT, MRI y SPECT)	
Pruebas genéticas	
Terapia ocupacional/Terapia y lenguaje del habla (ambulatorios solo para autismo)	
Visitas al psiquiatra y psicólogo	
Trabajador social (solo para autismo)	
Nutricionista	
Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida	
Procedimiento de cirugía bariátrica	
Programas incluidos como parte de sus beneficios	
MCS Alivia	
MCS Medilínea MD	
Cubierta dental (servicios Dentales adicionales a Dental Pediátrico)	
Diagnóstico y preventivo	
Cubierta de visión (servicios de Visión adicionales a Visión Pediátrica)	
Cubierta de \$100 por año póliza por asegurado para servicios de visión	

]

NOTIFICACIÓN ANTIFRAUDE

Según las disposiciones de la Ley Número 18 del 8 de enero de 2004, le advertimos que el Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone lo siguiente:

“Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y, convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000), ni mayor de diez mil dólares (\$10,000) o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.”



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

www.mcs.com.pr