



MCS Global Elite

P.O. Box 9023547

San Juan, PR 00902-3547

NIVEL METÁLICO:	[GOLD, PLATINUM]
PLAN:	[8110, 8130, 8140, 8210, 8230, 8240, 8310, 8330, 8340, 9110, 9130, 9140, 9210, 9230, 9240, 9310, 9330, 9340, 9410, 9430, 9440]
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]

Por favor, lea detenidamente.

Este documento no es una póliza o contrato complementario de *Medicare*. Si el patrono tiene empleados que son elegibles para *Medicare*, examine la “Guía de seguro de salud para personas con *Medicare*”. MCS Life Insurance Company será llamada de aquí en adelante “MCS Life”.

¡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 Mi 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 establecidos en esta póliza. La persona asegurada reembolsará a MCS Life cualquier reclamación pagada por MCS Life como resultado de cargos incurridos después de que una persona asegurada haya cancelado su cubierta.

Los servicios estarán cubiertos cuando sean prestados dentro del área de servicio en (Puerto Rico), según definida en esta póliza, y por proveedores participantes contratados por MCS Life. También estarán cubiertos aquellos servicios 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 del 25 de agosto de 2000, según enmendada.

El *Affordable Care Act* garantiza que, a partir de 2014, todos los planes médicos no protegidos o *non-grandfathered* que se ofrezcan en los mercados individuales y grupos pequeños, ya sea dentro o fuera de un *exchange*, incluyan una cubierta amplia de servicios, conocida como beneficios esenciales de salud, según descritos por el *Affordable Care Act* 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 cubierta médica y medicamentos recetados (combinado). Cuando el asegurado alcance el máximo de gastos del bolsillo según establecido por la OCS, MCS Life cubrirá los beneficios esenciales de salud al cien por ciento (100%). Para el año calendario 2020, la cantidad máxima 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 para los siguientes servicios y/o medicamentos:

- MCS Alivia
- MCS Medilínea MD
- Medicamentos administrados a nivel ambulatorio, excepto las quimioterapias, radioterapias y medicamentos utilizados para la preparación de quimioterapias
- Servicios por proveedores no participantes, excepto emergencias
- Servicios dentales que no sean esenciales
- Medicamentos que no sean esenciales
- Costos compartidos pagados por un tercero (ejemplo: programas de descuento de medicamentos, programas de asistencia a pacientes provistos por manufactureros o fundaciones).
- Cantidades pagadas como costos compartidos usando cualquier forma de ayuda directa ofrecida al asegurado por una compañía manufacturera de medicamentos para reducir o eliminar los desembolsos inmediatos por medicamentos recetados específicos de marca cuando haya disponible un genérico equivalente y medicamento apropiado, no tienen que ser acumulados al máximo anual de desembolso (MOOP, por sus siglas en inglés).

[Adicional al MOOP, este plan requiere que el asegurado pague una cantidad de deducible inicial para la cubierta de farmacia de veinte dólares (\$20.00) por individuo. El asegurado deberá pagar esa cantidad antes de comenzar a recibir los servicios que contengan un 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.

En el caso de proveedores no participantes en Puerto Rico, los servicios serán cubiertos conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada. MCS Life compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y 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 la cantidad del 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. Aplica coaseguro de Servicio de Emergencia en EE.UU. En caso de 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 el 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 suicidios)

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>	<p>• Cuarto y cama en una habitación semi-privada cuando la persona asegurada sea hospitalizada. 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 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 recluido 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.</p>
	<p>• Habitación de aislamiento cuando es médicamente necesario y es ordenado por el médico que admite al asegurado.</p>
	<p>• Unidades de cuidado intensivo, cuidado coronario, cuidado de intensivo de pediatría y cuidado intensivo de neonatología.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación auditiva neonatal universal, conforme a lo establecido por la Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003, según enmendada y las evaluaciones de audiología a través de otorrinolaringólogos y audiólogos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación para defectos cardíacos congénitos críticos mediante la oximetría de pulso conforme a la Ley Núm. 192 de 20 de noviembre de 2014.
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telemetría
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de enfermería y otros profesionales aliados a la salud
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de nutrición ofrecidos en el hospital, incluyendo hiperalimentación.
	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios clínicos y pruebas radiológicas
	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y estudios diagnósticos
	<ul style="list-style-type: none"> • Terapias respiratorias y físicas
	<ul style="list-style-type: none"> • Sangre, plasma y plaquetas
	<ul style="list-style-type: none"> • Suplidos y medicamentos
	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia y radioterapia (incluyendo cobalto) si la condición del asegurado requiere dichos tratamientos durante su estadía en el hospital. Según las disposiciones de la Ley Núm. 107 de 5 de junio de 2012 según enmendada, MCS Life cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración -por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal-, según la orden médica del especialista u oncólogo.
	<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"> • Sservicios, equipos y materiales el hospital usualmente provea y que sean ordenados por el médico y no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital.
	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizaciones por enfermedades mentales y abuso de sustancias estarán cubiertas como cualquier otra hospitalización.

Otros servicios institucionales	
Anestesia en hospital	Cubierto.
Asistencia quirúrgica en hospital	Cubierto. Requiere copago o coaseguro correspondiente. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Cirugías en hospital	Cubierto. Cirugías que usualmente se realizan en una facilidad ambulatoria y necesiten realizarse en el hospital, requieren pre autorización 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.

	<p>La cirugía reconstructiva sólo se ofrecerá sujeto a pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life, bajo las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuando sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados <ul style="list-style-type: none"> - por enfermedad o - por una lesión corporal, - por un accidente (post-trauma) o • cuando sea una cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido. <p>La lesión, enfermedad o accidente no podrá estar relacionada a una reclamación con la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) o con la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) por un caso ocurrido durante la vigencia de la póliza. Aplica copago o coaseguro de procedimiento y facilidad.</p>
Facilidades de enfermería especializada (<i>Skilled Nursing Facilities</i>)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere pre autorización de 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.
Hospicio	Cubierto solo para pacientes en etapa terminal con expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Hospitalización por salud mental o por abuso de sustancias controladas y/o alcohol (parciales y completas)	Cubierto como cualquier otra hospitalización. Aplica copago o coaseguro correspondiente de hospitalización u hospitalización parcial, 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	Cubierto. Existe una [(Red VIP)] y una [(Red PPO)]. Los copagos y coaseguros serán de acuerdo a la red seleccionada. Aplica copago o coaseguro que aplique a estos servicios de acuerdo con la especialidad médica y a la red utilizada. MCS en cumplimiento con la Ley Núm. 161 del 1ro de noviembre de 2010, MCS cubre los servicios de ginecología y obstetricia con acceso directo, sin requerir referido o autorización previa del plan, siempre que ese médico sea parte de la red de proveedores del plan de cuidado de salud. Igualmente un menor de edad asegurado, MCS permite que el padre o tutor del menor dependiente pueda seleccionar a un pediatra como su proveedor de cuidado primario, siempre que ese
---	--

	<p>médico pediatra sea parte de la red de proveedores del plan de cuidado de salud.</p> <p>Los servicios de esta póliza incluyen visitas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicos generalistas • especialistas • subespecialistas • psicólogos clínicos • podiatras • audiólogos • optómetras • quiroprácticos; y • 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 de especialista.
Audiólogo	Cubierto conforme a la Ley Núm. 127 de 27 de septiembre de 2007, según enmendada. Aplica copago de especialista.
Optómetra	Cubierto conforme a la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Quiropráctico	Cubierto. Para la visita inicial al quiropráctico, la persona asegurada pagará la cantidad correspondiente a la visita de especialista. Para visitas subsiguientes aplicará la cantidad correspondiente para manipulaciones. Los servicios serán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes 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.
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 de especialista.
Doctores en naturopatía	Cubierto conforme a la Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007. Aplica copago de especialista.
Servicios de Nutricionista	Aplica copago o coaseguro de especialista, sin límites de visita.
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 preadmisión	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de los exámenes o laboratorios en la red correspondiente.
Procedimientos de diagnóstico y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	Cubierto. La persona asegurada será responsable de pagar el copago o coaseguro de procedimientos de diagnóstico y quirúrgicos en Facilidad ambulatoria, más el copago o coaseguro aplicable a la facilidad ambulatoria. Aquellos procedimientos que, por lo general, se realizan en oficina médica y requieran utilizar el centro 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 de diagnóstico 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 intraarticular	Cubierto. Aplica copago o coaseguro para procedimiento diagnóstico en oficina médica y copago o coaseguro de visita médica. No requiere pre autorización.
Terapia respiratoria ambulatoria	Cubierto hasta veinte (20) terapias por año póliza en oficina médica o facilidad ambulatoria. Aplica copago de terapia respiratoria ambulatoria. La terapia respiratoria estará cubierta de manera ilimitada en la sala de emergencia y en el hospital, en caso de un paciente hospitalizado.
Circuncisión	Cubierto. <ul style="list-style-type: none"> • En oficina médica: aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnóstico y quirúrgicos en oficina médica, más copago o coaseguro de la visita médica. • En facilidad ambulatoria: aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria.
Vasectomía en oficina médica	MCS Life cubrirá una (1) vasectomía por vida, por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro para procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y copago o coaseguro de visita médica. Estos servicios estarán cubiertos solamente a través de facilidades contratadas. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. El beneficio no está disponible a través de reembolso. Para vasectomías en facilidad ambulatoria requiere pre autorización y le aplica copago o coaseguro correspondiente.
Endoscopias 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.
Endoscopias en facilidad ambulatoria	Aplica el copago o coaseguro para procedimientos endoscópicos y el copago o coaseguro de Facilidad Ambulatoria. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
Quimioterapia y radioterapia (incluyendo cobalto)	Según las disposiciones de la Ley Núm. 107 de 5 de junio 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-, según la orden médica del especialista u oncólogo. Para

	quimioterapias administradas en oficina médica o facilidad ambulatoria, aplica copago o coaseguro de medicamentos administrados a nivel ambulatorio.
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 la fecha en que la persona asegurada: <ol style="list-style-type: none"> 1. advino elegible a esta póliza (en caso de que la diálisis o hemodiálisis comenzara antes de la fecha de elegibilidad) o, 2. 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"> • En oficina médica: aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnóstico y quirúrgicos en oficina médica, más copago o coaseguro de la visita médica. • En 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 en donde se realiza la prueba. Para información de copago o coaseguro que aplica a cada prueba, favor de referirse a servicios de laboratorio y rayos X.
Pruebas y procedimientos neurológicos	Aplica copago o coaseguro de rayos X.
Criocirugía cervical	Cubierto. <ul style="list-style-type: none"> • En oficina médica: aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnóstico y quirúrgicos en oficina médica, más copago o coaseguro de la visita médica. • En 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 de red especial. Dos (2) procedimientos por año póliza por asegurado.
Septoplastías, rinoseptoplastía y rinoplastías postrauma o por necesidad médica	Cubierto solamente postrauma o por necesidad médica. Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Escalenotomía	Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria.
Pruebas audiológicas	Cubierto. Timpanometría estará cubierta una (1) por año póliza. Aplica copago o coaseguro de laboratorio de red especial.

Cirugías reconstructivas ambulatorias	<p>Sólo se ofrecerá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuando sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados <ul style="list-style-type: none"> – por enfermedad o – por una lesión corporal, – por un accidente (postrauma); o • cuando sea una cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido. <p>La lesión, enfermedad o accidente no podrán estar relacionados a una reclamación 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 esta póliza. Aplica copago o coaseguro de procedimiento y facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</p>
Cateterismo cardiaco	Aplica copago o coaseguro de rayos X, más copago o coaseguro de facilidad ambulatoria.
Medicamentos administrados a nivel ambulatorio que no fueron despachados en una farmacia al detal	<p>Los gastos por los medicamentos administrados en oficina médica o facilidad ambulatoria que no sean despachados por una farmacia, estarán cubiertos hasta un máximo de diez mil dólares (\$10,000) sin copago o coaseguro, excepto para quimioterapias, radioterapias y medicamentos utilizados en la preparación de quimioterapias. Luego de alcanzado el máximo cubierto el asegurado será responsable de pagar el cien por ciento (100%) de los gastos por dichos medicamentos. Aplica terapia escalonada para algunos medicamentos y requiere pre autorización del Departamento de Farmacia. Se cubrirán los medicamentos descritos en el [Formulario de Medicamentos Value] correspondientes a esta póliza.</p>
Cámara Hiperbárica	<p>El tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con autismo está cubierto siempre que sea recomendado por un médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales, conforme a la Ley Núm. 63 del 19 de julio de 2019.</p>

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	El cuidado prenatal y postnatal 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). Aplica copago o coaseguro de acuerdo con la clasificación del hospital en	<p>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 del 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</p>

<p>Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 6] aplicable a esta póliza.</p>	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de hospital. • Sala de partos. • Monitoría fetal por embarazo (producción e interpretación) en hospital. • Servicios de obstetricia en hospital.
<p>MCS Life cubrirá los siguientes servicios de maternidad y el asegurado es responsable por cualquier copago o coaseguro que aplique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de obstetricia en ambulatorio, aplica copago o coaseguro correspondiente a la facilidad ambulatoria. • Sonogramas obstétricos hasta tres (3) por embarazo. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • Perfil biofísico, limitado a uno (1) por embarazo, adicionales requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • <i>Fetal Non Stress Test</i> hasta uno (1) por embarazo. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • Ecocardiograma fetal el cual deberá ser pre autorizado por Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de rayos X. • Amniocentesis (genética) hasta uno (1) por embarazo. No aplica copago ni coaseguro. • Amniocentesis (maduración fetal). No aplica copago ni coaseguro. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
<p>Visita de seguimiento luego del parto</p>	<p>La visita de seguimiento incluirá cualquier tratamiento y pruebas médicas requeridas tanto para el infante como para la madre. Aplica copago o coaseguro de visita médica.</p>
<p>Atención del recién nacido en el hospital (durante la estadía por nacimiento). 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.</p>	<p>Los siguientes beneficios están cubiertos en esta póliza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamientos de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico conforme al Art. 54.050 (B) del CSSPR; • 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; y • 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 CSSPR. • 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, y 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 acceder servicio inmediato y directo a una sala de emergencia.

Programa de Asistencia al Empleado (PAE)	<p>Ocho (8) visitas por persona asegurada al psicólogo o trabajador social, sin copago, para consultoría, consejería y referidos. Si el asegurado excede las ocho visitas, deberá pagar el copago de especialista.</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultoría legal • consultoría financiera • manejo de crisis • consejería matrimonial
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 psicólogos clínicos, aplicando el copago correspondiente. • Unidades de estabilización de veintitrés (23) horas, luego de las veinticuatro (24) horas, se considera una hospitalización.

	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de terapias grupales y visitas colaterales aplicando el copago correspondiente. • Manejo de casos intensivos mediante la intervención de manejo de casos de salud mental.
Hospitalización de salud mental	<p>Cubierta como cualquier otra hospitalización Aplica el copago o coaseguro de hospitalización u hospitalización parcial, 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. Los servicios cubiertos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio intensivo (<i>Intensive Outpatient, IOP</i>). Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. • Hospitalización parcial, completa, y/o intensiva. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Abuso de sustancias:	<p>Los siguientes servicios están cubiertos para trastorno por dependencia o abuso de sustancias controladas y/o alcohol sin 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 de ambulancia entre instituciones.
Tratamiento residencial 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	<p>Cubiertas. Aplica copago o coaseguro de [Red Especial de Laboratorio]. 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.</p>

6. Medicamentos Recetados

MCS Life provee este beneficio para el pago de medicamentos recetados por un médico, que sean aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) y adquiridas por una persona asegurada y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado. Esta cubierta incluye medicamentos genéricos 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 CSSPR, MCS Life proveerá para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o

enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar:

- *The American Hospital Formulary Service-Drug Information;*
- *The American Medical Association Drug Evaluation o*
- *The United States Pharmacopoeia-Drug Information*
- En literatura médica evaluada por homólogos, lo cual significa un estudio científico que haya sido publicado en una revista académica o en otra publicación, en la que los manuscritos originales se divulgan luego de haber sido evaluados por peritos independientes e imparciales, y de que el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas haya determinado que cumplen con los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a revistas biomédicas. La literatura médica evaluada por homólogos no incluye publicaciones o suplementos de publicaciones que hayan recibido gran parte de su patrocinio de una compañía manufacturera de productos farmacéuticos o de un 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 de medicamentos descritos en su póliza o en procedimientos de manejo de medicamentos con receta, si el cambio obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos en el formulario o lista de medicamentos aplicable a esta póliza. A estos efectos, a más tardar a la fecha de efectividad del cambio, MCS Life notificará, hará las gestiones para que algún tercero notifique dicho cambio a los siguientes:

- Todas las personas cubiertas o aseguradas y
- A las farmacias participantes, solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos con receta en el [Formulario de Medicamentos Value]. 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 Value]	Esta póliza tendrá un formulario que contiene una lista específica de los medicamentos cubiertos. Este formulario incluye la lista de los 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 de Puerto Rico y en cumplimiento con la Ley Núm. 140 de 22 de septiembre de 2010. Este 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	El beneficio de medicamentos recetados de esta póliza requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos genéricos como mandatorios (primera opción). Si el medicamento no tiene una versión genérica, a la persona asegurada se le despachará el de marca y pagará el copago o coaseguro del medicamento de marca correspondiente. Si el médico y/o el asegurado solicita una receta de marca existiendo un genérico disponible, el asegurado debe asumir la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el copago o coaseguro de marca correspondiente.

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 medicamentos que cubre. Por ejemplo, MCS Life proveerá 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 cubierta de farmacia]	Este plan tiene un primer nivel de cubierta y un segundo nivel de cubierta. <ul style="list-style-type: none"> • 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. Favor de hacer referencia a la Parte XII de esta póliza para validar la cantidad límite que aplica. • 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.]
Programa de medicamentos por correo	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. Los medicamentos disponibles bajo este programa serán los medicamentos de mantenimiento y los medicamentos preventivos. 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].

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.
Medicamentos de mantenimiento a noventa (90) días, en farmacia al detal (Retail 90)	Un despacho inicial de noventa (90) días y una (1) repetición de noventa (90) días para un total de ciento ochenta (180) días de suplido por receta en las farmacias participantes.
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 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).]</p> <p>El Programa de Medicamentos Especializados funciona de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El asegurado recibirá un suplido 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 proveerá al asegurado educación específica sobre la 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 suplido, 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 preautorizado por el Departamento de Farmacia de MCS Life. El plan de salud no cubrirá aquellos medicamentos especializados que no hayan sido preautorizados.

De requerir información adicional o presentarse alguna situación especial o de emergencia el asegurado deberá comunicarse 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 una, serán atendidas dentro de las primeras veinticuatro (24) a setenta y dos (72) horas.

Despacho:

El Programa provee para que el asegurado pueda recibir un despacho de:

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

Si la persona asegurada adquiere la receta o las repeticiones de la receta 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 o la cantidad que habría 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 *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, *tamoxifeno o raloxifeno* 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 para prevenir la preeclampsia, vitamina D para prevenir caídas, los métodos contraceptivos, el uso de estatina para prevenir enfermedades cardiovasculares y medicamentos para dejar el hábito de fumar.

Requisitos y procedimiento de excepción médica para medicamentos recetados

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

- 1) Un medicamento con receta que no está cubierto según el formulario;
- 2) Cubierta continuada de determinado medicamento de receta discontinuado por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o
- 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 del asegurado.
- 6) El medicamento con receta que figura 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 el asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento con receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento con receta o el cumplimiento por parte del paciente; o
 - 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; o
 - 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 del asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del asegurado y

las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

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

1. Nombre del asegurado,
2. Número de grupo o contrato,
3. Historial del asegurado,
4. Diagnóstico primario relacionado con el medicamento con receta objeto de la solicitud de excepción médica,
5. Razón por la cual:
 - 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.
6. Razón por la cual el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción medica 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.

Toda solicitud de excepción médica recibida será debidamente 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 del 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 le 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 el 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 es seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.
- Si se aprueba una solicitud de excepción de medicamento hecha conforme a este proceso, MCS Life cubrirá el medicamento recetado objeto de la solicitud y no requerirá que el asegurado solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento con receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior estará sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos con receta de esta póliza, siempre y cuando:
 - La persona que le expidió la receta a la persona asegurada siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica; y
 - Se siga considerando que el medicamento con receta es seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona asegurada.

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

Toda solicitud de excepción de medicamento denegada por MCS Life:

- Se notificará al asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si el 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. Cubiertas sin límites para las condiciones de autismo, 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) y para
---	---

	asegurados con Síndrome Down conforme a la Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018.
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. Cubiertas sin límites para las condiciones de autismo, 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) y para asegurados con Síndrome Down conforme a la Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018.
Manipulaciones de quiropráctico	Cubierto hasta veinte (20) manipulaciones por año póliza por persona asegurada. Terapias adicionales requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Cubiertas sin límites para las condiciones de autismo, 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) y para asegurados con Síndrome Down, conforme a la Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018. Otros servicios de quiroprácticos: Los servicios ofrecidos por quiroprácticos y recibidos por el asegurado pueden incluir servicios de radiología y terapia física, siempre y cuando estén contratados con el proveedor participante.
Terapias ocupacionales (ambulatoria)	Estos servicios ambulatorios serán cubiertos solamente para tratamientos de las condiciones de autismo, según definidas en el <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales</i> , 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) y para asegurados con Síndrome Down, conforme a la Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018. Aplica copago o coaseguro de terapia física.
Terapias del habla y lenguaje (ambulatoria)	Estos servicios ambulatorios serán cubiertos solamente para tratamientos de las condiciones de autismo, según definidas en el <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales</i> , 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) y para asegurados con Síndrome Down, conforme a la Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018. Aplica copago o coaseguro de terapia física.
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Los gastos por equipo médico duradero estarán cubiertos a través de proveedores contratados. Los servicios cubiertos son: <ul style="list-style-type: none"> • camas de posición • silla de ruedas estandarizada • oxígeno y equipo necesario para su administración

	<ul style="list-style-type: none"> • máquina de terapia respiratoria • zapatos para diabéticos.
Glucómetro, lancetas y tirillas	<p>Cubiertos 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 Mellitus 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 sólo aquellos glucómetros que hayan sido aprobados por la <i>Food and Drug Administration (FDA)</i>. 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. Según las guías establecidas por <i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i> los menores de veintiún (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 Mellitus tipo I por un médico especialista en endocrinología pediátrica o un endocrinólogo. 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 debe haber sido ordenada por el endocrinólogo, quien seleccionará la marca basado en la edad del paciente, su grado de actividad física y el conocimiento de este y/o de sus cuidadores sobre la condición.</p>
Servicios de equipo tecnológico	<p>Aplica copago o coaseguro de Equipo Médico Duradero. Incluye pruebas y equipo para asegurados que requieran el uso de un respirador mecánico para mantenerse con vida. 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 de las destrezas motoras de estos pacientes conforme a la Ley Núm. 125 de 21 de septiembre de 2007 y la 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, se entiende por asegurado aquellos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
Aparatos ortóticos	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente a equipo médico duradero. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life (incluye <i>brace</i> ortopédico y <i>brassier</i> requerido luego de una mastectomía).
Devices (aparatos o artefactos)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente a equipo médico duradero. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Prótesis interna y externa	Cubierto. Aparatos prostéticos (internos y externos) para la sustitución de partes o de un órgano físico, o para el mantenimiento de su funcionamiento, estarán limitados a una (1) prótesis por extremidad por vida de cada asegurado. Aplica copago o coaseguro correspondiente a equipo médico duradero. Incluye lente intraocular en facilidad ambulatoria. Para prótesis ortopédicas, solamente se cubrirán prótesis de proveedores contratados para este propósito. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Cuidado de salud en el hogar	<p>Cubierto hasta sesenta (60) días en el hogar, combinadas, por año póliza por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere 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 condición o por alguna situación relacionada a la condición por la cual fue hospitalizado; • continuidad del tratamiento por las mismas causas que estén relacionadas a la condición o diagnóstico de ingreso que provocaron la estadía en un hospital; • como alternativa a una hospitalización. <p>Los servicios brindados bajo cuidado de salud en el hogar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de personal de Enfermería Graduada (R.N.), Enfermería Práctica Autorizada (L.P.N.) o Enfermería Vocacional Autorizada (L.V.N.); en el

	<p>caso de asegurados que requieran el uso de ventilador mecánico para mantenerse con vida, se cubre un (1) turno diario de ocho (8) horas por asegurado de personal de enfermería especializada con conocimientos de terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos de enfermería, según se dispone en la Ley Núm. 62 de 4 de mayo de 2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 de acuerdo con la red utilizada. Este producto tiene dos opciones para obtener los servicios de laboratorio donde el asegurado puede pagar un copago o coaseguro menor al utilizar la [Red Especial de Laboratorios].
Rayos X	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Pruebas moleculares y/o genéticas	<p>Cubiertas cuando sean requeridas por ley local, es decir, por la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, conocida como la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (BIDA), por la Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018 para asegurados con Síndrome Down, o por la ley federal <i>Women's Health and Cancer Rights Act</i> del 1998, o requeridas por el Plan de Referencia de Puerto Rico (<i>Essential Health Benefit Benchmark Plan</i>) que incluyen los servicios preventivos requeridos. Solamente estarán cubiertas en proveedores participantes y contratados por MCS Life. 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 estarán cubiertas cuando estén referidas por las siguientes especialidades según las políticas médicas establecidas por MCS Life:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hematólogo oncólogo • urólogo • geneticista • ginecólogo • gastroenterólogo • neurólogo • psiquiatra

Medicina nuclear	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
PET CT	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. También conocido como <i>Pet Scan</i> . Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
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	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 copago o coaseguro de rayos X. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
MRI	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
Sonogramas	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
SPECT	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas.
Prueba de esfuerzo (<i>stress test</i>)	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Prueba de esfuerzo (<i>stress test</i>) con sestamibi, persatine o talio	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Pruebas de alergia	Cubierto. <ul style="list-style-type: none"> • En oficina médica: Aplica coaseguro de la [Red Especial de Laboratorios]. • En laboratorio: Aplica coaseguro de la [Red Especial de Laboratorios].
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 son 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:

- evaluación de un médico que sea apropiada para la edad y el género del asegurado(a),
- consejería y tratamiento para identificar y reducir los factores de riesgo identificados.

Servicios preventivos para niños

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

- historial
- medidas
- 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 y consejería para adultos de dieciocho (18) años en adelante por abuso de alcohol sobre reducción de uso indebido de alcohol a las personas involucradas en su consumo riesgoso o peligroso.
Anemia y suplementos de hierro	Para niños en edades de cuatro meses (4) a veintiún (21) años en riesgo de anemia.
Autismo	Evaluación para niños entre doce (12) y treinta y seis (36) meses.
Evaluación de salud conductual	Niños de todas las edades, cero (0) a once (11) meses, uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, once (11) a catorce (14) años y quince (15) a diecisiete (17) años.
Displasia cervical	Evaluación para niñas sexualmente activas.
Hipotiroidismo congénito	Evaluación para recién nacidos.
Prevención de caries dentales y suplementos de fluoruro	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. 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 comenzando a la edad de erupción de los dientes primarios.
Depresión	Evaluación de trastorno depresivo mayor en adolescentes de doce (12) a dieciocho (18) años para establecer un sistema que pueda diagnosticar adecuadamente el tratamiento necesario, incluyendo psicoterapias 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 con riesgo de desórdenes de lípidos. Edades: uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, once (11) a catorce (14) años y quince (15) a diecisiete (17) años.
Profilaxis ocular para oftalmía gonocócica neonatorum (Gonorrea)	Medicación tópica ocular profiláctica para todos los recién nacidos para prevenir de la oftalmía gonocócica neonatorum (Gonorrea).
Evaluación auditiva	Evaluación auditiva neonatal universal.
Evaluación de crecimiento de estatura, peso e índice de masa corporal	Medidas para niños edades cero (0) a once (11) meses, uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, once (11) a catorce (14) años y quince (15) a diecisiete (17) años.
Enfermedad de células falciformes (<i>Sickle Cell Disease</i>)	Evaluación a recién nacidos.
Historial médico	Para todos niño durante el desarrollo. Edades de 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 diez (10) años de edad.
Fenilcetonuria (PKU)	Evaluación en recién nacidos para desórdenes genéticos.
Cáncer de la piel	Consejería para niños, adolescentes y jóvenes adultos entre los diez (10) y veinticuatro (24) años sobre los beneficios de minimizar la exposición a la radiación de los rayos ultravioletas (UV) para las personas de piel clara para reducir su riesgo de cáncer de la piel.
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.
Uso de tabaco, alcohol y drogas	Evaluación para identificar uso en niños de once (11) a veintiún (21) años de edad.
Tuberculina	Prueba de tuberculina para niños con riesgo de tuberculosis de edades de cero (0) a once (11) meses, uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, once (11) a catorce (14) años y quince (15) a veintiún (21) años.
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.

Servicios preventivos para adultos

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

Servicio preventivo	Indicación
---------------------	------------

Aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para evaluación para AAA en hombres de sesenta y cinco (65) a los setenta y cinco (75) años de edad que hayan sido fumadores en algún momento.
Abuso del alcohol	Evaluación y consejería para adultos de diez y ocho (18) años en adelante por abuso de alcohol sobre reducción de uso indebido de alcohol a las personas involucradas en un consumo riesgoso o peligroso.
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 prevenir de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal para 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.
Cáncer colorrectal	Evaluación de cáncer colorrectal en adultos mediante pruebas de sangre oculta en heces fecales, sigmoidoscopia, 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 depresión	Evaluación de depresión a adultos 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 glucosa anormal y diabetes mellitus tipo II	Evaluación y examen de glucosa anormal en la sangre, como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos de cuarenta (40) a setenta (70) años que tengan sobrepeso o que estén 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. Prueba para identificar diabetes tipo II para adultos (tratados o no) que tengan presión arterial mayor de 135/80 mm/Hg.
Prevención de caídas y recomendación del uso de vitamina D	Consejería y recomendación de usar vitamina D para prevenir las caídas en adultos mayores de sesenta y cinco (65) años que se encuentren en mayor riesgo de caídas.
Dietas saludables y ejercicios para prevenir enfermedades cardiovasculares	Consejería y recomendación para adultos con sobre peso o que estén obesos con factores de alto riesgo a desarrollar condiciones cardiovasculares. La orientación incluye intervenciones intensas de consejería para promover la buena alimentación y actividad física para prevenir dichas condiciones.
Infección virus hepatitis B (HBV)	Evaluación para adolescentes y adultos en riesgo de contraer la infección.
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.
Hipertensión (<i>High Blood Pressure</i> o HBP)	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.

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.
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, conforme a la Ley Núm. 45 del 16 de mayo de 2016.</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>
Evaluación de cáncer de pulmón	Evaluación anual para 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 al año y en la actualidad fuman o han dejado de fumar en los últimos quince (15) años. La 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.
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 kilogramos por metros cuadrados (30 kg/m ²) o más.
Infecciones de transmisión sexual	Consejería conductual intensiva para prevenir enfermedades de transmisión sexual para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades asociadas.
Cáncer de la piel	Consejería para niños, adolescentes y jóvenes adultos entre los diez (10) y veinticuatro (24) años sobre los beneficios de minimizar la exposición a la radiación de los rayos ultravioletas (UV) para las personas de piel clara para reducir su riesgo de cáncer de la piel.
Uso de estatina para prevenir de enfermedades cardiovasculares	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tenga entre cuarenta (40) a setenta y cinco (75) años de edad; • tenga uno o más factores de riesgo de ECV (dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo); • tenga un riesgo calculado de 10 años de un evento cardiovascular de diez por ciento (10%) o más.

	Identificación de la dislipidemia y el cálculo del riesgo de evento de EVC a diez (10) años requieren el tamizaje universal de los lípidos en adultos de cuarenta (40) a setenta y cinco (75) años.
Sífilis	Evaluación de sífilis en adolescentes y adultos en alto riesgo.
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.
Tuberculina	Prueba de tuberculina para adultos con riesgo de la infección latente por tuberculosis (LTBI).

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 las dieciséis (16) semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término del 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 <i>tamoxifeno</i> o <i>raloxifeno</i> , para las mujeres que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.
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.
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 y acceso a costos de equipo y suplidos de lactancia por cada embarazo. El equipo de lactancia está cubierto con orden médica luego del tercer trimestre de embarazo y por la duración de la lactancia. Suplidos adicionales para máquina de lactancia están cubiertos y equipo está disponible a través de proveedores contratados.
Evaluación de cáncer cervical	Evaluación de cáncer de cuello uterino cada tres (3) años solo con citología cervical en mujeres de veintiún (21) a veintinueve (29) años. Para las mujeres de treinta (30) a sesenta y cinco (65) años, se recomienda realizar una evaluación cada tres (3) años solo con citología cervical, cada cinco (5) años

	solo con la prueba de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV), o cada cinco (5) años con prueba conjunta (<i>cotesting</i>) de hrHPV y citología.
Evaluación de clamidia	<p>Evaluación para la detección de infección de clamidia en todas las mujeres embarazadas de veinticuatro (24) años de edad y menores, y en mujeres embarazadas mayores que corren un mayor riesgo.</p> <p>Detección de infección por clamidia en todas las mujeres jóvenes sexualmente activas, no embarazadas de veinticuatro años (24) y menores, y en mujeres mayores no embarazadas que corren un mayor riesgo.</p>
Métodos anticonceptivos	<p>Orientación, consejería y suministro 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%) porcentaje 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 Value], para el listado de anticonceptivos cubiertos bajo 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 violación de la pareja (IPV, por sus siglas en inglés), como la violencia doméstica, y brindar o enviar a las mujeres que dan positivo a los servicios de intervención. Esta recomendación aplica a mujeres que no presenten señales o síntomas de abuso.
Ácido fólico	Recomendación sobre el uso de suplementos de ácido fólico diarios que contengan de cuatro décimas a ocho décimas de miligramos (0.4 a 0.8 mg.) o cuatrocientos a ochocientos microgramos (400 a 800 µg.) para mujeres que estén planificando o puedan quedar embarazadas. Se requiere orden médica.
Diabetes gestacional	Para embarazadas luego de las veinticuatro (24) semanas de gestación en la para embarazadas asintomáticas o identificadas con alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

Evaluación de infección de gonorrea	Evaluación para la detección de gonorrea en mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y en mujeres mayores que tienen un mayor riesgo de infección.
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. Se realizará la prueba a todas las mujeres embarazadas de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal • segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación, entre las veintiocho (28) y treinta y cuatro (34) semanas de embarazo • durante el parto si la embarazada nunca se ha realizado su prueba y se desconoce su estatus de VIH Según orden administrativa Núm. 307 de 14 de agosto de 2013 del Departamento de Salud de Puerto Rico.
Osteoporosis (mujeres posmenopáusicas menores de sesenta y cinco (65) años)	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda realizar pruebas de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de sesenta y cinco (65) años que tengan un mayor riesgo de osteoporosis, según se determine por una herramienta formal de evaluación clínica de riesgos.
Osteoporosis (mujeres mayores de sesenta y cinco (65) años)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de osteoporosis con pruebas de medición ósea en mujeres posmenopáusicas mayores de sesenta y cinco (65) años con mayor riesgo de osteoporosis.
Intervención y consejería de depresión perinatal	El USPSTF recomienda proveer o referir intervenciones de consejería a mujeres embarazadas o en postparto que estén en riesgo incrementado de depresión perinatal.
Suplemento de dosis baja de aspirina como prevención de mortalidad por preeclampsia	Suplido de una dosis baja de aspirina (81 mg/d) como medicamento preventivo a mujeres embarazadas con alto riesgo de preeclampsia a partir de las doce (12) semanas de gestación.
Evaluación de preeclampsia	En mujeres embarazadas a través de medición de presión arterial durante el embarazo.
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 al factor Rh (D) a mujeres embarazadas no sensibilizadas con resultados negativos al factor Rh (D) entre las semanas veinticuatro (24) a veintiocho (28) de embarazo, a menos que se sepa que el padre biológico sea Rh (D) negativo.
Sífilis	Evaluación para todas las mujeres embarazadas.
Uso de tabaco	Evaluación e intervenciones para mujeres usuarias de tabaco e intervenciones conductuales para embarazadas que utilizan tabaco para promover la cesación de uso.

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, apropiados a 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 el paciente requiere visitas adicionales para otros servicios preventivos, estas van a estar cubiertas con cero (\$0) copago o cero (0%) coaseguro según corresponda.
--	--

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 cero (\$0) copago o cero (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 niños 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 podrá solicitar el itinerario vigente por teléfono al Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al [(787) 281-2800].
Difteria, tétano y <i>pertusis</i> (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) **	
Influenza	
<i>Human papillomavirus</i> (HPV)*- vacuna para prevenir cáncer cervical	

Itinerario de vacunación del *Center for Disease Control* (CDC) para niños, adolescentes y adultos

Tétano, difteria y pertusis (Td/Tdap)	Itinerario de vacunación del <i>Center for Disease Control</i> (CDC) 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].
Human papillomavirus (HPV)* – vacuna para prevenir cáncer cervical	
Varicela	
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 9 años en adelante y adolescentes con historial de abuso o violación sexual, que no hayan iniciado o completado la serie de 3 dosis, según la Ley Núm. 255 del 15 de septiembre de 2012.

**Se cubrirá la inmunización para meningitis (MCV4) o vacuna contra el 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.
Vacunas de alergia	Cubierto. El asegurado pagará la cantidad de veinte por ciento (20%) de coaseguro que corresponde a la vacuna y a la visita al médico por un servicio ambulatorio, de acuerdo con la Parte XII de esta póliza.
Vacuna Rhogan	Cubierto. El asegurado pagará la cantidad de veinte por ciento (20%) de coaseguro que corresponde a la vacuna y a la visita al médico por un servicio ambulatorio, de acuerdo 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) por asegurado menor de veintiún (21) años. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
	Radiografías de mordida y periapicales, no más de un juego cada tres (3) años por asegurado menor de veintiún (21) 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"> • <u>Examen de refracción:</u> Un (1) examen de refracción por asegurado por año póliza por persona. Aplica copago o coaseguro correspondiente. • <u>Lentes para corrección visual:</u> Un (1) par de lentes o lentes de contacto. Servicios disponibles solo dentro de la Red 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 cubiertos 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. • <u>Montura para lentes de corrección visual (<i>frames</i>):</u> 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.

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

Sección 2: Otros servicios cubiertos

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

Servicios dentales para adultos y niños (adicionales a dental pediátrico) Dental 100	<p>Los siguientes beneficios están cubiertos:</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)
---	--

- Aplicaciones tópicas de fluoruro cubierto como un beneficio esencial para los asegurados menores de diecinueve (19) años. Dos (2) por año (una (1) cada seis (6) meses).

Predeterminación de Beneficios: 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.

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:

- a) cuando un pedodoncista, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, con licencia válida 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.
- b) cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad esté imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;
- c) cuando el infante, niño, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en la 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;
- d) cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;
- e) cuando el paciente sea un infante, niño, 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;
- 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.

Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life y requiere que se provea los siguientes documentos para la evaluación:

- El diagnóstico del paciente;
- La condición médica del paciente, y

	<ul style="list-style-type: none"> Las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental de acuerdo a los casos presentados anteriormente. <p>MCS Life 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>
<p>Servicios de Visión para Adultos y Niños (adicionales a Visión Pediátrica)</p>	<p>Para los adultos se cubrirán los siguientes como servicios esenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> un (1) examen de refracción por año póliza. Aplica copago o coaseguro. <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. 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. 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 establecido. El máximo establecido podrá ser utilizado para los siguientes servicios:</p> <p>A. <u>Lentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> visión sencilla bifocal trifocal lenticular <p>B. <u>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"> tratamiento anti-reflectivo lente policarbón tratamiento para minimizar los rayazos tratamiento para minimizar rayos ultravioletas progresivo trifocal progresivo bifocal lente foto-sensitivos (de transición)
<p>Mastectomía y mamoplastía reconstructiva</p>	<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 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> del 1998). Terapia para linfedema y mamoplastía requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de terapia física para terapias de linfedema.</p>

Ginecomastia	Aplica copago o coaseguro de la facilidad en que se realice el procedimiento. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos MCS Life.
Cámara hiperbárica	Cubierto. Aplica coaseguro de [Red Especial de Laboratorios], más copago o coaseguro de facilidad en que se brinda el servicio. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Carta de Derechos de Pacientes con Cáncer y Sobrevivientes de Cáncer	<p>Conforme 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 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, 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 postmastectomía 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 laboratorios para certificados médicos que sean ordenados por el patrono o algún otro propósito que no sea preventivo. La evaluación comprensiva de salud anual realizada por profesionales de la salud puede incluir pruebas diagnósticas, entre otras, 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 conforme a la Ley Núm. 349 de 2 de septiembre de 2000, según enmendada.

Autismo	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) los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales</i> , 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. Aplica copago o coaseguro de acuerdo con el servicio recibido.
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 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. Aplica coaseguro de Servicios de Emergencia en EE.UU. En caso de 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 con la tarifa usual y acostumbrada a la zona geográfica donde se ofreció el servicio.
[Servicios para estudiantes en Estados Unidos	<p>Los siguientes servicios ambulatorios estarán cubiertos a través de red contratada para estudiantes en Estados Unidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas a generalistas. Aplica coaseguro correspondiente. • Visitas a especialistas. Aplica coaseguro correspondiente. • Visitas a sub especialistas. Aplica coaseguro correspondiente. • Servicios de laboratorio y rayos x. Aplica coaseguro correspondiente. • Procedimientos de diagnósticos especializados. Aplica coaseguro correspondiente. • Servicios de cirugía ambulatoria y la facilidad. Aplica coaseguro correspondiente.]
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:

Proveedores no participantes en Puerto Rico	MCS Life reembolsará a la persona asegurada la cantidad que habría sido pagada si el tratamiento, servicios o abastos hubieran sido brindados por un proveedor participante de MCS Life, menos cualquier copago o coaseguro que aplique, excepto en casos de emergencia. No se reembolsarán servicios de dentistas no participantes.
Servicios brindados dentro de los Estados Unidos, que no sean emergencia, ni sean coordinados con Asuntos Clínicos de MCS Life	Será reembolsado a base de las tarifas contratadas por MCS Life en Puerto Rico, menos copago o coaseguro que aplique.
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;• y 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); o- entre hospital y hospital o institución de enfermería especializada cuando la institución que transfiere o autoriza el alta no es la apropiada para los servicios cubiertos; o- desde el hospital a la residencia, para pacientes cuya condición de salud no permite el uso de otros medios de transportación;- o entre instituciones proveedoras de cuidado de salud, incluyendo ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, conforme a la Ley 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.
Anestesia epidural durante el parto	Cubierto por reembolso hasta un máximo de doscientos ochenta y ocho dólares (\$288).
Ambulancia Aérea en los Estados Unidos	Será reembolsado al ochenta por ciento (80%) a base de las tarifas contratadas por MCS Life en Puerto Rico, menos cualquier copago o coaseguro que aplique.
Trabajador social	Estos servicios serán reembolsados solamente para tratamientos relacionados a las condiciones de autismo, según definidas en el <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales</i> , 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. Terapias ortópticas estarán cubiertas mediante reembolsos al asegurado de acuerdo con 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 para minimizar rayazos • tratamiento para minimizar rayos ultravioletas • progresivo trifocal • progresivo bifocal • lente foto-sensitivo (de transición)
Servicios de emergencia fuera de Estados Unidos	Emergencias serán reembolsadas a base del costo usual y razonable (UCR) del área geográfica o de acuerdo con la tarifa negociada por MCS Life con el

proveedor a través de la red de Estados Unidos, menos copago o coaseguro correspondiente a servicios de emergencias en EE.UU.

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 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, por sus siglas en inglés), 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. Por ejemplo: 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 los EE.UU. y no solicitó a tiempo sus suplidos por concepto de viaje ni visitó una farmacia de nuestra red.
- c) La reclamación fue rechazada por la farmacia. Por ejemplo: 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). Por ejemplo, la farmacia no procesó el COB electrónicamente y/o el paciente no informó que tenía más de un seguro médico.
- e) El asegurado compró el medicamento fuera de la red (en farmacia no contratada por MCS Life).

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 y requiere pre autorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life. Este servicio no está disponible a través de reembolso. Estos servicios estarán cubiertos solamente a través de facilidades contratadas por MCS Life. Este beneficio estará cubierto al cien por ciento (100%) en instituciones u hospitales pertenecientes a la red de proveedores o con un proveedor con el que MCS Life haya coordinado previamente este servicio para el paciente en particular, según los términos y condiciones que estipula la cubierta. Incluye el cuidado antes y después del procedimiento, incluso drogas inmunosupresoras según ordenadas por el médico.

El proveedor médico se comunicará con Asuntos Clínicos de MCS Life para notificar sobre el servicio de trasplante. Asuntos Clínicos de MCS Life, en conjunto con el proveedor, completarán los documentos necesarios para el procedimiento. Los gastos cubiertos serán aquellos que estén directamente relacionados con el servicio de trasplante.

Trasplante de órganos y médula ósea

Este servicio no está disponible a través de reembolso. Para el beneficio de trasplante de órganos y médula ósea tendrá un periodo de espera de noventa (90) días período desde la fecha de vigencia de la póliza. El beneficio está cubierto siempre y cuando los procedimientos de trasplante 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 de trasplante. Luego, el departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, en conjunto con el proveedor, complementa los documentos necesarios para el procedimiento.

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

Los servicios de trasplante de órganos y médula 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, páncreas-riñón, riñón e intestino delgado. Están cubiertos los gastos para 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 ósea 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 de 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 le cubren los gastos de transportación incurridos por dos (2) acompañantes, siempre que éstos sean los padres del menor o las o 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, 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) 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 esté en riesgo inminente. Los servicios cubiertos incluyen: cirugía por *bypass* gástrico, banda ajustable o gastrectomía en manga (en procedimientos abiertos o cerrados a través de la laparoscopia). Otras metodologías de cirugía bariátrica están excluidas de 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 pre autorización del procedimiento por Asuntos Clínicos de MCS Life, y estos serán cubiertos 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 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 de 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, porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo.

Sección 6: Programas incluidos como parte de sus beneficios

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

MCS Alivia	Es un modelo de terapias y tratamientos alternativos y complementarios integrados a los sistemas convencionales de salud. Algunos de los servicios disponibles son: <ul style="list-style-type: none">• salud integral y complementaria• medicina tradicional china• acupuntura médica
------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 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 siete (7) días de la semana.</p> <p>Un coordinador del programa 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, el asegurado deberá llamar al [1-866-627-4327].</p>
Programas e iniciativas de bienestar	<p>Serie de iniciativas y programas que complementan los beneficios básicos de la cubierta. Estos programas están orientados a atender el bienestar general de la persona asegurada, desde la salud física hasta la salud emocional con el fin de ofrecer un plan de salud abarcador. Incluye charlas educativas, sesiones de ejercicios, y orientaciones clínicas, entre otros.</p> <p>Para 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>
MCS Medilínea MD	<p>La plataforma de MCS Life que ofrece el servicio de telemedicina es MCS Medilínea MD. Aplica costo por servicio correspondiente a MCS Medilínea MD. Provee acceso a visitas virtuales con médicos primarios incluyendo médico de familia, generalista, internista y pediatra, a través de plataforma digital de MCS Medilínea MD. 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

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 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 con el 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 Life cubrirá ciertas recetas. El paciente deberá pagar el costo por servicio correspondiente al a visita cada vez que acceda a esta plataforma de servicios.</p>
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 anuales 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 Assessment (HRA)</i> 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 con 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. MCS Care Club no se encargará del seguimiento al asegurado en caso de este ser referido a algún otro especialista. <p>En el caso que el asegurado requiera pruebas adicionales debido a su condición o indicación clínica, el centro referirá al asegurado según aplique. Pudiesen aplicar copagos o coaseguros para pruebas o servicios adicionales que no sean parte de los servicios preventivos detallados en esta póliza. Este programa está disponible para todos los asegurados de diez y ocho (18) años en adelante.</p>

MCS Balance	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 Assessment (HRA)</i> en el centro de MCS Care Club de su conveniencia dentro de los primeros ciento veinte (120) días de la fecha de efectividad de la póliza para acceder a este beneficio. Este programa está disponible para todos los asegurados de dieciocho (18) años en adelante.
-------------	--

PARTE IV: EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA

Sección I: Exclusiones de la cubierta

Los siguientes servicios no están cubiertos bajo esta póliza:

1. Servicios que se presten, mientras el seguro de la persona no esté vigente.
2. Servicios que correspondan ser recibidos o cubiertos de acuerdo con las leyes de compensación por accidentes en el trabajo (cubiertos por la CFSE), de planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, por accidentes de automóvil (cubiertos por ACAA) y otros servicios disponibles con arreglo a leyes estatales o federales. También estarán excluidos dichos servicios cuando estos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes debido a incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, o de cualquier otra ley, 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 esta póliza, teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia (con excepción de Facilidades de Enfermería Especializada que están cubiertas por esta póliza) 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 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 de 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 (DHHS)*, 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 este 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), por sus siglas en inglés).
21. Reembolsos por servicios prestados en Puerto Rico por dentistas no participantes de la red de proveedores de MCS Life, excepto en casos de emergencia según descritos en la Parte III, sección 3 de esta póliza.

22. Cargos por drogas o medicamentos suministrados en visitas médicas, a menos que su cubierta incluya dichos servicios.
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 electivos, incluyendo todos los servicios relacionados.
29. Todo procedimiento cuyo propósito sea restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear o algún procedimiento que no cubija la condición de infertilidad, después que se usen para inducir el embarazo como, por ejemplo, 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* estarán cubiertos 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*, 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) y para asegurados con Síndrome Down conforme a la Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018. 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 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 instalaciones renales, servicios médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas; luego de agotar el máximo de noventa (90) días indicados en esta póliza.
37. Monitor fetal en oficina médica (correas).
38. Cirugías orales adicionales a las descritas en esta póliza, excepto aquellas que resulten de un accidente o que estén cubiertas por una cubierta dental opcional.
39. Procedimientos de *Lasik* y cirugías para corregir defectos refractivos.
40. Servicios de anestesia intravenosa o anestesia mediante inhalación administrados por médicos o dentistas en oficina médica excepto las anestесias conforme a la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999.
41. La escisión de granulomas o quistes radiculares que se originen por la infección de la pulpa del diente.
42. Servicios de asistencia quirúrgica en cirugías ambulatorias.
43. Visitas médicas a domicilio que no sean parte del cuidado de salud en el hogar o tratamiento residencial, según descrito en esta póliza.
44. 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.
45. Inmunizaciones que no estén descritas en esta póliza o que no sean parte de los requisitos provistos en el

- 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 requiera cubrir el servicio.
46. Todo servicio que no haya sido pre autorizado y que requiera pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life, según descrito en los beneficios de esta póliza.
 47. Servicios fuera de los Estados Unidos, excepto emergencias.
 48. Gastos por métodos anticonceptivos para el hombre que no sea vasectomía, según indica esta póliza.
 49. Servicios de medicina complementaria que no sean brindados por proveedores contratados por el programa MCS Alivia.
 50. Gastos después de los primeros treinta (30) días del parto de recién nacidos de las hijas dependientes del asegurado principal.
 51. 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.
 52. Ambulancia marítima.
 53. 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 sean requeridos de inmediato por cualquier ley federal, ley local u ordenada por la OCS.
 54. 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 la misma ley local.
 55. Hormonas de crecimiento.
 56. Exclusiones al beneficio de Visión pediátrica para menores de veintiún (21) años:
 - a. Servicios de visión pediátrica para mayores de veintiún (21) años de edad.
 - b. Tintes o terminaciones para lentes, o lentes que no estén especificados en el beneficio de visión pediátrica.
 - c. Lentes de contacto excepto los descritos en el beneficio
 - d. Monturas para lentes de corrección visual (*frames*) que no sean parte de la colección contratada.
 - e. Servicios y materiales requeridos como resultado de una reclamación bajo una cubierta de seguro de incapacidad ocupacional (*worker's compensation*) o provista por el plan de seguro médico de la empresa en que trabaja el menor.
 - f. Cualquier servicio, lentes para corrección visual, lentes de contacto, o montura para lentes de corrección visual requerido por el patrono como condición de empleo.
 - g. Cualquier gasto por lentes para corrección visual, lentes de contacto, o montura para lentes de corrección visual fuera de la red de proveedores de visión de MCS Life.
 57. Reconstrucciones totales maxilares o mandibulares, incluyendo remoción de exostosis (mandibular o maxilar).
 58. Consultas a médicos especialistas o sub especialistas a través de los servicios de MCS Medilínea MD, excepto pediatras, médicos de familia e internistas.
 59. Consultas de telemedicina fuera de la red o plataforma contratada a través del servicio de MCS Medilínea MD.
 60. Procedimientos quirúrgicos que no sean ambulatorios para estudiantes en Estados Unidos, excepto en caso de emergencia o en caso de que el servicio no esté disponible en Puerto Rico.
 61. Hospitalización electiva para estudiantes en Estados Unidos o cualquier otro servicio en Estados Unidos que no esté descrito en esta póliza.
 62. Cubierta a residentes de Estados Unidos.
 63. 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 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.

64. 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.
65. 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.
66. En el cálculo del MOOP, no se incluirán los costos compartidos para los siguientes servicios y/o medicamentos:
 - MCS Alivia
 - MCS Medilínea MD
 - Medicamentos administrados a nivel ambulatorio, excepto las quimioterapias, radioterapias y medicamentos utilizados para la preparación de quimioterapias
 - Servicios por proveedores no participantes, excepto emergencias
 - Servicios dentales que no sean esenciales
 - Medicamentos que no sean esenciales
 - Costos compartidos pagados por un tercero (ejemplo: programas de descuento de medicamentos, programas de asistencia a pacientes provistos por manufactureros o fundaciones).
 - Cantidades pagadas como costos compartidos usando cualquier forma de ayuda directa ofrecida al asegurado por una compañía manufacturera de medicamentos para reducir o eliminar los desembolsos inmediatos por medicamentos recetados específicos de marca cuando haya disponible un genérico equivalente y medicamento apropiado, no tienen que ser acumulados al máximo anual de desembolso (MOOP, por sus siglas en inglés).
 -

Sección 2: Exclusiones de medicamentos recetados

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

1. Drogas o medicamentos que no requieran una receta del médico, excepto insulina, a menos que su cubierta incluya dichos servicios.
2. Drogas o medicamentos que estén expresamente excluidos por esta póliza.
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 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 con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del paciente le ofrezca a este un beneficio potencial y se cumpla con la condición de que el médico que refiera al paciente presente evidencia de que

- es apropiada su participación en el estudio, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios del paciente” los gastos relacionados con el estudio, o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio;
7. Repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el médico, que excedan el máximo de ciento ochenta (180) días de suplido por receta 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 exceda un abasto de quince (15) días para medicamentos agudos, o un abasto de treinta (30) días para medicamentos de mantenimiento;
 9. Drogas utilizadas para tratar la condición de impotencia;
 10. Vitaminas y suplementos vitamínicos, excepto los requeridos por ACA
 11. Drogas anabólicas.
 12. Medicamentos para rebajar.
 13. Hormonas de crecimiento.
 14. Inmunoglobulina inyectable.
 15. Lancetas y tirillas 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 requerirá 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 un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de que el nuevo medicamento de receta entre al mercado, el comité de farmacia y terapéutica deberá emitir su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho nuevo medicamento de receta.
 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. En el cálculo del MOOP, no se incluirán los costos compartidos para los siguientes servicios y/o medicamentos:
 - MCS Alivia
 - MCS Medilínea MD
 - Medicamentos administrados a nivel ambulatorio, excepto las quimioterapias, radioterapias y medicamentos utilizados para la preparación de quimioterapias
 - Servicios por proveedores no participantes, excepto emergencias
 - Servicios dentales que no sean esenciales
 - Medicamentos que no sean esenciales
 - Costos compartidos pagados por un tercero (ejemplo: programas de descuento de medicamentos, programas de asistencia a pacientes provistos por manufactureros o fundaciones).
 - Cantidades pagadas como costos compartidos usando cualquier forma de ayuda directa ofrecida al asegurado por una compañía manufacturera de medicamentos para reducir o eliminar los desembolsos inmediatos por medicamentos recetados específicos de marca cuando haya disponible un genérico equivalente y medicamento apropiado, no tienen que ser acumulados al máximo anual de desembolso

(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. Para obtener una lista actualizada de sustancias controladas por la DEA, visite: <http://www.dea diversion.usdoj.gov/schedules/>
27. Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto que tenga el mismo fin como, por ejemplo: Hidroquinona para manchas, Minoxidil para alopecia, Botox para líneas de expresión, entre otros.
28. Terapia de genes: Cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo que altere los genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de los genes.
29. Se excluyen los siguientes medicamentos de marca: Icatibant (**Firazyr®**), Ustekinumab (**Stelara®**) Neratinib (**Nerlynx®**) Guselkumab (**Tremfya®**).

Sección 3: Exclusiones dentales

Los siguientes servicios son considerados como exclusiones generales:

1. Cargos por servicio restaurativo mayor, endodoncia, periodoncia, prostodoncia y ortodoncia.
2. Servicios que se provean con fines estéticos.
3. Servicios provistos para corregir la dimensión vertical u oclusión.
4. Implantes y prótesis relacionadas a los implantes.
5. Reconstrucciones totales maxilares o mandibulares, incluso la remoción de exostosis (mandibular o maxilar).
6. Puentes fijos junto a uno parcial en el mismo arco para sustituir dientes en áreas posteriores; se considera el parcial solamente.
7. Servicios relacionados al síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ), por sus siglas en inglés).
8. La escisión de granulomas o quistes radiculares que se originen por la infección de la pulpa del diente.
9. Prótesis con propósitos de ferulización permanente para dientes con problemas periodontales.
10. Servicios relacionados a accidentes o enfermedades cubiertas o relacionadas con el Fondo del Seguro del Estado, ACA, Veterano, etc.
11. Instrucciones relacionadas a la higiene oral y dietas.
12. Sustituciones de puentes removibles por puentes fijos debido a razones de alergia.
13. Reemplazo de prótesis perdidas.
14. Servicios comenzados antes de que el paciente tuviera la cubierta dental.
15. Servicios de prótesis para sustituir piezas naturales perdidas antes de que el paciente tuviera la cubierta dental.
16. Cargos para corregir anomalías congénitas, excepto por la cubierta de niños recién nacidos, adoptados o colocados para adopción.
17. Cualquier otro servicio no incluido de forma expresa en la cubierta del asegurado.
18. Reembolsos por servicios prestados en Puerto Rico por dentistas no participantes de la red de proveedores de MCS Life, excepto en casos de emergencia según descritos en la Parte III, Sección I de esta póliza.

Sección 4: Exclusiones de visión

- I. Sea resultado de cualquier enfermedad o daño corporal que surge 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 de 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 trasplante de hueso, piel, córnea, órganos y médula ósea

Los siguientes servicios estarán excluidos:

1. Cualquier servicio, tratamiento o procedimiento prestado o incurrido con anterioridad a la fecha de efectividad del acuerdo de la póliza 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 una pre autorización de MCS Life. Se excluye *Viaspan* (solución fría de almacenamiento para la conservación de órganos antes de un trasplante).
5. Compra de automóvil o cualquier método de transportación.
6. Alquiler de un automóvil cuando no sea de una compañía de renta de automóvil dedicada formalmente a este negocio. Gastos por gasolina, mantenimiento del automóvil y pagos de estacionamiento.
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 4: Servicios Cubiertos, sin recibo de gastos y/o recibo de compra que especifique fecha, lugar de compra, nombre de los artículos que compró y precio del artículo.
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 diferente a *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

Las solicitudes de pre autorización deben ser gestionadas por su médico o proveedor. Esta solicitud debe ser debidamente firmada y enviada vía fax o mediante una orden médica 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 de 25 de agosto de 2000, según enmendada.

Los números de fax de MCS Life disponibles en para envío de solicitudes de pre autorización son los siguientes: [(787) 622-2436 o (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.

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 a los servicios de otro médico especialista o sub-especialista dentro de cualquiera de las redes aplicables a esta póliza. 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, el asegurado debe visitar a un proveedor de servicios dentro de la [Red VIP o 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. Aplica copago o coaseguro correspondiente. El asegurado debe referirse a su [Directorio de proveedores 6] para conocer los laboratorios de la red especial.

Farmacia

[Red Especial de Farmacias]: 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] [Gold] [Plan]	[Cubierta Metálica] [Platinum] [Plan]
[Modelo de Acceso de Farmacia: Formulario de Medicamentos Value y Red Especial de Farmacias]	[8110, 8130, 8140, 8210, 8230, 8240 8310, 8330, 8340]*	[9110, 9130, 9140, 9210, 9230, 9240, 9310, 9330, 9340, 9410, 9430, 9440]**
Deducible y gasto 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		
Individual		\$6,350
Familiar		\$12,700
Beneficios esenciales de salud		
Servicios de emergencia		
Accidente		
Enfermedad		
Servicios de urgencia		
Centro de urgencia		
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 1		
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 2		
Hospitalización parcial		
Facilidad de enfermería especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)		
Asistencia quirúrgica		
Hospicio		
Servicios ambulatorios		
Generalista (VIP)		
Generalista (PPO)		
Especialista (VIP) incluye psiquiatras, psicólogos, podiatras, quiropráctico (primera visita), audiólogos, optómetras y nutricionistas		
Especialista (PPO) incluye psiquiatras, psicólogos, podiatras, quiropráctico (primera visita), audiólogos, optómetras y nutricionistas		
Subespecialista (VIP)		

Subespecialista (PPO)	
Doctores en Naturopatía	
Facilidad ambulatoria	
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	
Procedimientos endoscópicos	
Medicamentos administrados a nivel ambulatorio	
Diálisis y hemodiálisis	
Servicios de rehabilitación, habilitación, y equipo médico duradero	
Terapia física (incluye terapia respiratoria y manipulaciones de quiropráctico)	
Terapia respiratoria ambulatoria	
Cuidado de salud en el hogar (<i>Home Health Care</i>)	
Equipo médico duradero (<i>DME</i>)	
Manipulaciones de quiropráctico	
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)]	
Medicamentos a 90 días al detal (<i>Retail 90</i>)	
Genérico preferido [(primer nivel)]	
Genérico no preferido [(primer nivel)]	
Marca preferida [(primer nivel)]	
Marca no preferida [(primer nivel)]	
[Segundo nivel de cubierta (una vez alcanzada la cantidad de primer nivel)]	
Servicios de laboratorios y rayos X	
Laboratorio (Red Especial de Laboratorios)	
Rayos X (incluye medicina nuclear, cateterismo cardiaco, pruebas diagnósticas cardiacas (<i>Stress test, Echo Cardio</i> , 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 (incluyendo los de mujer y autismo)	
Inmunizaciones preventivas(vacunas)	
Inmunización para el virus respiratorio sincitial (vacuna)	
Servicios de dental y visión pediátrica	
Dental Pediátrico	
Visión Pediátrica (Lentes de corrección visual o monturas (<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)	
Estudiantes en Estados Unidos	
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)	
Exámenes neurológicos	
Exámenes neurológicos (<i>Pruebas especializadas: CT Scan, PET CT, MRI y SPECT</i>)	
Pruebas genéticas	
Terapia ocupacional/Terapia del habla y lenguaje (ambulatorios solo para autismo)	
Visitas al psiquiatra y psicólogo	
Nutricionista (VIP)	
Nutricionista (PPO)	
Trabajador social (solo para autismo)	
Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida	
Procedimiento de cirugía bariátrica	
Programas incluido 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 Núm.18 de 8 de enero de 2004, le advertimos que el Art. 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