



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

## **MCS Personal**

**PLAN: [Bronze 6110, Silver 7110,  
Bronze 6130, Silver 7130]  
[Opcional: Dental 300, Seguro de Vida]**

Por: \_\_\_\_\_

**MCS LIFE INSURANCE COMPANY**  
[Nombre del Gerente Refrendada]

### **Por favor, lea detenidamente.**

Esta póliza se emite como evidencia de cubierta bajo el seguro de salud individual MCS Personal. Esta contiene la descripción de la cubierta y está sujeta a los términos y condiciones del plan individual de MCS Life Insurance Company. MCS Life Insurance Company será llamada de aquí en adelante "MCS Life".

## PARTE III: BENEFICIOS CUBIERTOS

---

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

Los servicios estarán cubiertos cuando sean prestados dentro del área de servicio (Puerto Rico), según definidos en esta póliza, y por proveedores participantes contratados por MCS Life. También estarán cubiertos aquellos casos pre autorizados y coordinados por Asuntos Clínicos de MCS Life para realizarse en Estados Unidos según dispuesto en esta póliza. Todos los casos de emergencias también estarán cubiertos conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada.

El *Affordable Care Act* garantiza que a partir de 2014 todos los planes médicos no protegidos o *non-grandfathered* que se ofrezcan en los mercados individuales y grupos pequeños, ya sea dentro o fuera de un *exchange*, incluyan una cubierta 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 directo 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 directos de bolsillo del asegurado entendiéndose: deducible inicial, copagos y/o coaseguros establecidos para la cubierta médica y los medicamentos recetados (combinados). Cuando el asegurado alcance el máximo de gastos directos de bolsillo 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:

- MCS Alivia
- MCS Medilínea MD
- Servicios dentales que no sean esenciales
- 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).

[Bronze: Este plan requiere que el asegurado pague una cantidad de deducible inicial para la cubierta de hospitalización, pruebas especializadas y rayos X, de cien dólares (\$100.00) por individuo y doscientos dólares (\$200.00) por familia. El asegurado deberá pagar esa cantidad antes de comenzar a recibir los servicios que requieran un deducible inicial.]

## Sección I: Beneficios Esenciales de Salud

Algunos de estos servicios se les aplican costo compartido según descrito en la Parte IX de esta póliza.

### I. Servicios de emergencia y urgencia

MCS Life proveerá y cubrirá sin período de espera, beneficios de servicios de emergencia incluyendo ambulancia terrestre por concepto de emergencia. En tales casos se pagará el costo total del servicio directamente al proveedor. Para servicios de ambulancia terrestre que no sean por emergencia, se pagará la cantidad estipulada en esta póliza a través de reembolso, tal y como se describe más adelante en esta póliza. Dichos servicios de emergencia serán cubiertos sin la necesidad de autorización previa por parte de MCS Life; independientemente de que el proveedor de tales servicios de emergencia sea o no un proveedor participante, conforme al Art. 24.110 del CSSPR.

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

MCS Life cubre servicios en la sala de emergencia y el asegurado deberá pagar 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 autoinfligidas (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 VIII: Modelo de Acceso a los Servicios, de esta póliza, donde encontrará información sobre la red contratada para servicios en los Estados Unidos. El asegurado debe presentar su tarjeta del plan para que la facilidad pueda verificar su elegibilidad con MCS Life. Aplica coaseguro de Servicio de emergencia en EE.UU. En caso que el proveedor no sea parte de la red contratada se le requiere al asegurado notificar MCS Life en o antes de cuarenta y ocho (48) horas luego de haber recibido los servicios de emergencia para negociar el pago de dichos servicios con la facilidad.

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

## 2. Servicios de Hospital

### 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 correspondiente. Aplica copago o coseguro de hospitalización.

- 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.
- Habitación de aislamiento cuando es médicamente necesario y es ordenado por el médico que admite al asegurado.
- Unidades de cuidado intensivo, cuidado coronario, cuidado de intensivo de pediatría y cuidado intensivo de neonatología.
- Evaluación auditiva neonatal universal, conforme a lo establecido por la Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003 y las evaluaciones de audiología a través de otorrinolaringólogos y audiólogos
- Evaluación para defectos cardíacos congénitos críticos mediante la oximetría de pulso conforme a la Ley Núm. 192 de 20 de noviembre de 2014
- Servicios de telemetría
- Cuidado de enfermería y otros profesionales aliados a la salud
- Servicios de nutrición ofrecidos en el hospital, incluyendo hiperalimentación.
- Laboratorios clínicos y pruebas radiológicas
- Pruebas y estudios diagnósticos
- Terapias respiratorias y físicas
- Sangre, plasma y plaquetas
- Suplidos y medicamentos
- Quimioterapia y radioterapia (incluyendo cobalto) si la condición del asegurado requiere dichos tratamientos durante su estadía en el hospital. Según las disposiciones de la Ley Núm. 107 de 5 de junio de 2012, MCS Life cubrirá los

	<p>medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal, esto según la orden médica del especialista u oncólogo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálisis y hemodiálisis</li> <li>• Visitas médicas en el hospital</li> <li>• Las hospitalizaciones por enfermedades mentales y abuso de sustancias estarán cubiertas de acuerdo con los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, incluyendo el Tratamiento de Salud Conductual.</li> <li>• Servicios, equipos y materiales, distintos a los antes descritos, que el hospital usualmente provea y que sean ordenados por el médico podrá aplicar copago o coaseguro correspondiente, distintos a los de hospital.</li> </ul>
<b>Otros servicios institucionales</b>	
Anestesia en hospital	Cubierto.
Asistencia quirúrgica en el hospital	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Cirugías en el hospital	<p>Cubierto. Cirugías que usualmente se realizan en facilidad ambulatoria o en la oficina médica y necesiten realizarse en el hospital requieren ser preautorizadas 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> <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"> <li>• cuando sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados <ul style="list-style-type: none"> <li>- por enfermedad o</li> <li>- por una lesión corporal,</li> <li>- por un accidente (post-trauma) o</li> </ul> </li> <li>• cuando sea una cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido.</li> </ul> <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. Hasta ciento veinte (120) días por año póliza. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Se cubrirán estos servicios si comienzan dentro de los catorce (14) días siguientes a la fecha en que el paciente fue dado de alta después de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se

	prestan por la misma enfermedad o por alguna situación relacionada con la condición de salud por la cual fue hospitalizado.
Hospitalización por salud mental o por abuso de sustancias controladas y/o alcohol (parciales y completas)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de hospitalización. Hospitalización por salud mental o por abuso de sustancias controladas y/o alcohol (parciales y completas). Terapias electroconvulsivas 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)]. Aplica copago o coaseguro correspondiente a estos servicios de acuerdo con la especialidad médica. Los servicios de esta póliza incluyen visitas a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• médicos generalistas</li> <li>• especialistas</li> <li>• subespecialistas</li> <li>• psicólogos clínicos</li> <li>• podiatras</li> <li>• audiólogos</li> <li>• optómetras</li> <li>• quiroprácticos</li> <li>• nutricionistas</li> </ul>
Pediatras	Cubierto. Aplica copago de generalista.
Psicólogo clínico	Cubierto conforme a la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002, según enmendada, y de acuerdo con la Ley Núm. 239 de 2012. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Audiólogo	Cubierto conforme a la Ley Núm. 127 de 27 de septiembre del 2007. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Optómetra	Cubierto conforme a la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Quiropráctico	Cubierto. Para la visita inicial al quiropráctico, la persona asegurada pagará el copago o coaseguro correspondiente a la visita de especialista. Para visitas subsiguientes aplicará la cantidad correspondiente para manipulaciones.  Los servicios serán cubiertos a través de profesionales de salud participantes que estén autorizados a proveer dichos servicios conforme a 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 que estén autorizados a proveer dichos servicios conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente según emendada por la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Doctor en naturopatía	Cubierto conforme a la Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007. Aplica copago o coaseguro de especialista.
Servicios de nutricionista	Cubierto, 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 estos requieran ser realizados en una facilidad ambulatoria están sujetos a una preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Exámenes de preadmisión	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de los exámenes o laboratorios correspondientes.
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	Cubierto. La persona asegurada será responsable de pagar el copago o coaseguro de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria, más el copago o coaseguro aplicable a la facilidad ambulatoria. Aquellos procedimientos que por lo general se realizan en una oficina médica y requieran utilizar la facilidad de cirugía ambulatoria requieren pre autorización de MCS Life. Para pruebas moleculares o genéticas, refiérase a la Parte III, inciso 8. Servicios de Laboratorios y Rayos X.
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	Cubierto. La persona asegurada será responsable de pagar al médico participante el copago o coaseguro por procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y el copago o coaseguro por la visita médica. Para pruebas moleculares o genéticas, refiérase a la Parte III, inciso 8. Servicios de laboratorios y rayos X.
Inyección intraarticular	Se cubren doce (12) inyecciones por año póliza por asegurado. Aplica el copago o coaseguro para procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y el copago o coaseguro de la visita médica.
Terapia respiratoria ambulatoria	Cubierto hasta veinte (20) terapias por año póliza. En oficina médica, aplica copago de visita médica. En facilidad ambulatoria, aplica copago o coaseguro de terapia respiratoria. La terapia respiratoria estará cubierta de manera ilimitada en la sala de emergencia y en el hospital, en caso de un paciente hospitalizado.
Vasectomía en oficina médica	MCS Life cubrirá una (1) vasectomía de por vida por asegurado. Aplica copago o coaseguro para procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y copago o coaseguro de la visita médica.
Endoscopias en oficina médica	Aplica el copago o coaseguro para procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y el copago o coaseguro de visita médica.

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; esto según la orden médica del especialista u oncólogo. Para quimioterapias y/o radioterapias, incluyendo medicamentos utilizados en preparación para tratamientos de quimioterapia administradas en oficina médica o facilidad ambulatoria, aplica copago o coaseguro correspondiente.
Diálisis y hemodiálisis	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Servicios relacionados a cualquier tipo de diálisis y hemodiálisis incluyendo servicios por cualquier complicación que surja y los correspondientes servicios hospitalarios o servicios médico quirúrgicos, estarán cubiertos por los primeros noventa (90) días desde la fecha en que la persona asegurada: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. advino elegible a esta póliza (en caso de que la diálisis o hemodiálisis comenzara antes de la fecha de elegibilidad) o,</li> <li>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.</li> </ol>
Litotricia	Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Cirugía ortognática	Cubierto. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. <ul style="list-style-type: none"> <li>• En oficina médica: aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica, más copago o coaseguro de la visita médica.</li> <li>• Facilidad ambulatoria: aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria.</li> </ul>
Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivos y no invasivos	Aplica copago o coaseguro por rayos X, además de copago o coaseguro de oficina médica o facilidad ambulatoria.
Pruebas y procedimientos neurológicos	Aplica copago o coaseguro de rayos X.
Criocirugía cervical	Cubierto. Uno (1) por año póliza por asegurado. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina médica: aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica, más copago o coaseguro de la visita médica.</li> <li>• Facilidad ambulatoria: aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</li> </ul>

Prueba de velocidad de conducción nerviosa	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de laboratorio. Dos (2) procedimientos por año póliza por asegurado.
Pruebas audiológicas	Cubierto. Timpanometría estará cubierta una (1) por año póliza por asegurado. Aplica copago o coaseguro de laboratorios.
Cirugías reconstructivas ambulatorias	<p>Sólo se ofrecerá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cuando sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados <ul style="list-style-type: none"> <li>- por enfermedad o</li> <li>- por una lesión corporal,</li> <li>- un accidente (post-trauma) o</li> </ul> </li> <li>• cuando sea una cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido.</li> </ul> <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) por un caso ocurrido durante la vigencia de esta póliza. Aplica copago o coaseguro de procedimiento y facilidad. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</p>
Cámara Hiperbárica	El tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con autismo esta 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.

#### 4. Maternidad y atención al recién nacido

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

Servicios de maternidad	Cubierto. El cuidado prenatal será pagado como cualquier otra visita a especialista.
Cubierta de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s).	Se proveerá una cubierta mínima de cuarenta y ocho (48) horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) por parto natural, y de noventa y seis (96) horas si el parto requiere una cesárea, conforme a la Ley Núm. 248 de 15 de agosto de 1999. Si por alguna razón el médico decide acortar la estadía de la madre y su(s) hijo(s) recién nacidos, deberá ser bajo el consentimiento de la paciente. En el caso de que así suceda, MCS Life cubrirá una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes, para asistencia y cuidado físico del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.
MCS Life cubrirá los siguientes servicios de maternidad y el asegurado es responsable por	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de obstetricia en hospital y ambulatorio, aplica copago o coaseguro correspondiente a la facilidad.</li> </ul>

<p>cualquier copago o coaseguro que aplique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonogramas obstétricos, hasta tres (3) por embarazo. Aplica copago o coaseguro de rayos X.</li> <li>• Perfil biofísico, limitado a uno (1) por embarazo. Adicionales requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de rayos X.</li> <li>• Servicios de hospital. Aplica copago o coaseguro correspondiente a hospitalización, de la [Red Especial de Hospitales].</li> <li>• Sala de partos. Aplica copago o coaseguro correspondiente a hospitalización, de la [Red Especial de Hospitales].</li> <li>• Monitoría fetal por embarazo (producción e interpretación) en hospital. Aplica copago o coaseguro correspondiente a hospitalización, de la [Red Especial de Hospitales].</li> </ul>
<p>Visita de seguimiento del parto</p>	<p>La visita de seguimiento incluirá cualquier tratamiento y prueba médica requerida, tanto para el infante como para la madre. Aplica copago o coaseguro de visita médica.</p>
<p>Atención al recién nacido en el hospital (durante la estadía por nacimiento).</p>	<p>Los siguientes beneficios están cubiertos bajo esta póliza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamientos de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico conforme al Artículo 54.050 (B) del CSSPR.</li> <li>• atención médica en el hospital y unidades de intensivo neonatal (NICU, por sus siglas en inglés).</li> <li>• uso de sala de recién nacidos (<i>well baby nursery</i>).</li> <li>• evaluación auditiva neonatal universal en el hospital.</li> <li>• evaluación para defectos cardíacos congénitos críticos mediante la oximetría de pulso conforme a la Ley Núm. 192 de 20 de noviembre de 2014.</li> <li>• cargos de enfermería rutinaria en el hospital.</li> <li>• circuncisión del recién nacido en el hospital.</li> </ul>
<p>Atención del recién nacido (servicios ambulatorios)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas rutinarias del bebé (<i>well baby care</i>). Aplica copago o coaseguro de visita médica en todas las visitas.</li> <li>• 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.</li> <li>• Evaluación auditiva neonatal universal.</li> </ul>
<p>Pruebas de evaluación al recién nacido</p>	<p>Pruebas preventivas requeridas por PPACA y establecidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico y según el Título XIX del Programa de Medicaid, Título V del Programa para Madres, Niños y Adolescentes, y</p>

	<p>de la Academia Americana de Pediatría, según requerido por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, según enmendada.</p> <p>Para información sobre evaluaciones que aplican, referirse al inciso 9, Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas.</p>
--	---

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

MCS Life cubrirá los servicios de acuerdo con la Ley de Salud Mental (Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000), según enmendada, de acuerdo con la Ley Núm. 239 del 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 la participación voluntaria del asegurado en el programa MCS Solutions, ofrecido las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana a través de una cubierta que integra cuidado de salud mental y abuso de sustancias. El propósito del programa es facilitar el acceso inmediato a los servicios necesarios para su situación o enfermedad a través de la línea telefónica de MCS Life. Esta coordinación se establece para facilitar que la persona asegurada reciba el servicio más adecuado en el nivel menos restrictivo posible según dispuesto por Ley. El asegurado también tendrá la opción de acceder directamente los servicios según su necesidad. En casos de emergencia, la persona asegurada podrá obtener servicio inmediato y directo en una sala de emergencia.

<p><u>Salud mental y abuso de sustancias</u>; tratamiento a nivel ambulatorio incluye pero no se limita a:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas ilimitadas a Psiquiatras y Psicólogos Clínicos, aplica el copago o coaseguro correspondiente.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de estabilización de veintitrés (23) horas; luego de las veinticuatro (24) horas se considera una hospitalización.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatorio intensivo (<i>Intensive Outpatient, IOP</i>). Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de hospitalización de la [Red Especial de Hospitales].</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas de terapias grupales y visitas colaterales; aplica el copago correspondiente.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización parcial, completa, y/o intensiva; aplica copago o coaseguro de hospitalización. Hospitalización parcial requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de casos intensivos mediante la intervención de manejo de casos.</li> </ul>

Abuso de sustancias:	<p>Los siguientes servicios están disponibles para trastorno por dependencia o abuso de sustancias controladas y/o alcohol de la siguiente manera:</p> <p>Cubierto sin límites, conforme a la Ley de Salud Mental, según enmendada y conforme a PPACA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• manejo de casos intensivos</li> <li>• psiquiatra</li> <li>• psicólogos clínicos</li> <li>• visitas colaterales</li> <li>• terapias grupales (por psicólogos clínicos)</li> <li>• traslado entre instituciones</li> </ul>
Tratamiento residencial en Facilidad para trastorno por dependencia o abuso de sustancias controladas y/o alcohol	Cubierto. Este beneficio incluye desintoxicación por razón dependencia o abuso de sustancias controladas en facilidades disponibles dentro de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 408 de 2000, según enmendada. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Pruebas psicológicas	Cubiertas. Aplica copago o coaseguro de laboratorios. Para menores de veintiún (21) años, se cubrirán 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 I de septiembre de 2000, según enmendada.

## 6. Medicamentos Recetados

MCS Life provee el beneficio del pago de medicamentos recetados por un médico, que sean aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), adquiridos por una persona asegurada y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado. Esta cubierta incluye medicamentos genéricos 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 que se trate en uno de los siguientes compendios de referencia estándar:

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

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

[Formulario de Medicamentos EHB 2020 II]	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 del Estado 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 solicitarlo por teléfono al Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al [(787) 281-2800].
Regla de despacho de medicamento	Esta póliza requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos genéricos como mandatorios (primera opción). Si el medicamento no tiene una versión genérica, al asegurado se le despachará el de marca y pagará el copago o coaseguro del medicamento de marca correspondiente. Si el médico y/ o asegurado solicita una receta de marca, existiendo un genérico disponible, el asegurado debe asumir la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el copago o coaseguro de marca correspondiente.
Terapia escalonada ( <i>step therapy</i> )	MCS Life se reserva el derecho de aplicar el beneficio de terapia escalonada para algunos medicamentos debidamente identificados en su formulario de medicamentos. Este programa requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Se consideran medicamentos de primera línea aquellas opciones de tratamiento que están respaldadas por guías clínicas nacionales y estándares de la práctica médica como alternativas para utilizarse en la terapia inicial. Los medicamentos de segunda línea son opciones de tratamiento, al igual que los de primera línea, pero las guías nacionales y estándares de la práctica los ubican como alternativas para utilizarse luego de haber utilizado los medicamentos de primera línea.
Límites de cantidad	Para ciertos medicamentos, MCS Life limita la cantidad de medicamento que cubre. Por ejemplo, MCS Life proveerá cantidad de medicamento máxima según la

	aprobación de la <i>Food &amp; 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 y para estar cubiertos 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 Essential de Farmacia]	Red de farmacias contratadas para proveer el beneficio de farmacia de esta póliza.
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 autorizado. Los medicamentos que se despachan por este programa son específicamente aquellos medicamentos para el tratamiento de condiciones crónicas a largo plazo tales como: medicamentos para la diabetes, para controlar la presión alta, para los desórdenes de la tiroides, para arritmias cardíacas, entre otros. Para información de cómo solicitar los medicamentos por el programa de correo, favor de comunicarse con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life.
Primer 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"> <li>• Primer nivel de cubierta – Aplica copago o coaseguro identificados como “primer nivel”, hasta que el gasto de farmacia llegue a la cantidad límite de [<b>Bronze:</b> quinientos dólares (\$500) // <b>Silver:</b> ochocientos dólares (\$800)] aplicable a su plan.</li> <li>• 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 de noventa por ciento (90%) correspondiente al “segundo nivel de cubierta”.</li> </ul>

### 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.

<p>Medicamentos de mantenimiento a noventa (90) días despachados en una farmacia al detal (<i>Retail 90</i>)</p>	<p>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.</p>
<p>Medicamentos de mantenimiento, por correo (voluntario)</p>	<p>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.</p>
<p>Medicamentos especializados preferidos y no preferidos</p>	<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 #5] para información sobre las farmacias contratadas para brindar estos servicios.</p> <p><b>Programa de Medicamentos Especializados:</b></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 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"> <li>• El asegurado recibirá un suplido de treinta (30) días por receta del medicamento especializado.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Abastecimiento:</b></p> <p>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</p>

obtiene por conducto de la farmacia especializada contratada bajo el Programa de Medicamentos Especializados de MCS Life.

Para lograr un mejor servicio al asegurado, es necesario que todo medicamento especializado sea pre autorizado por el Departamento de Farmacia de MCS Life. El plan de salud no cubrirá aquellos medicamentos especializados que no hayan sido 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, será atendida dentro de las primeras veinticuatro (24) a setenta y dos (72) horas.

**Despacho:**

El Programa provee para que usted pueda recibir un despacho:

- Para recetas de medicamentos especializados agudos: quince (15) días y cero (0) repeticiones
- Para recetas de medicamentos especializados de mantenimiento: treinta (30) días y 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 la 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 seis (6) a

doce (12) meses, 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.

De acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 107 del 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, esto según la orden médica del especialista u oncólogo.

#### **Requisitos y procedimiento de excepción médica para medicamentos recetados, conforme al Art. 4.070 del CSSPR**

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

- 1) Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;
- 2) Cubierta continua de determinado medicamento de receta que MCS Life descontinúe del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o
- 3) Un medicamento de receta que no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.
- 4) No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica del asegurado
- 5) Si el medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere como primera línea conforme a la terapia escalonada:
  - a. ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o si, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen 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 o
  - b. ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona asegurada o
  - c. la persona asegurada ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.
  - d. La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica 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 contrato,
3. Historial del asegurado,

4. Diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica y
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 médica se necesita para el paciente, o, si la razón por la que se requiere la excepción a la limitación de dosis para ese paciente en particular.

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 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 en un informe debidamente y en el que se harán constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron tal determinación.

El procedimiento de solicitud de excepciones requerirá que MCS Life tome la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha determinación a la persona asegurada o a su representante personal. Dicha evaluación se hará conforme a la premura que requiera la condición médica de la persona asegurada, pero en ningún caso a más de setenta y dos (72) horas desde la fecha del recibo de la solicitud o de la fecha del recibo de la certificación, en el caso que MCS Life la solicite, cual fuere posterior de las fechas. Para medicamentos controlados este término no deberá exceder de las treinta y seis (36) horas.

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

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

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

Toda 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 a la persona que expide la receta por medios electrónicos 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 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, Habilidad y Equipo Médico Duradero

<p>Terapia física rehabilitativa ambulatoria</p>	<p>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.</p>
--	--

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.  <b>Otros servicios de quiroprácticos:</b>  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 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conforme a la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo) y para asegurados con Síndrome Down, conforme a la Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
Terapias del habla y lenguaje (ambulatoria)	Estos servicios ambulatorios serán cubiertos solamente 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 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 correspondiente.
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Los gastos por equipo médico duradero estarán cubiertos a través de proveedores contratados. Los servicios cubiertos son:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• camas de posición</li> <li>• silla de ruedas estandarizadas</li> <li>• oxígeno y equipo necesario para su administración</li> </ul>
Glucómetro, lancetas y tirillas	Cubierto conforme a la Ley Núm. 177 de 13 de agosto de 2016 solo para menores de veintiún (21) años de edad que estén diagnosticados con diabetes mellitus tipo I, por un médico especialista en endocrinología pediátrica o un endocrinólogo. El especialista en endocrinología también podrá ordenar el uso

	<p>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"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <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.</p> <p>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>
<p>Bomba portátil de infusión de insulina</p>	<p>Cubierto conforme a la Ley Núm. 177 de 13 de agosto de 2016 una (1) bomba de infusión portátil y su mantenimiento para menores de veintiún (21) años de edad que estén diagnosticados con diabetes <i>mellitus</i> tipo I por un médico especialista en endocrinología pediátrica o un endocrinólogo. Deberá cumplir con los mismos criterios establecidos para un paciente diabético que requiera el uso de la bomba de insulina conforme a lo establecido por los <i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i>. Aplica copago de equipo médico duradero. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</p> <p>La bomba portátil de infusión de insulina cubierta por MCS Life 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>
<p>Servicios de equipo tecnológicos</p>	<p>Incluye pruebas y equipo para asegurados que requieran el uso de un respirador mecánico para mantenerse con vida. Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. Además, se cubre un (1) turno diario de ocho (8) horas por asegurado de servicios de enfermeras diestras con conocimiento en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimiento de enfermería para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad. 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 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"> <li>• utilizan la tecnología médica, así como;</li> <li>• los niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de equipos médicos, respirador mecánico u oxígeno suplementario; y</li> <li>• 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.</li> </ul>
Cuidado de salud en el hogar	<p>Cubierto hasta cuarenta (40) días por año póliza, por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro de cuidado de salud en el hogar. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</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"> <li>• 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;</li> <li>• continuidad del tratamiento por las mismas causas que estén relacionadas a la condición o diagnóstico de ingreso que provocaron la estadía en un hospital; o</li> <li>• como alternativa a una hospitalización.</li> </ul> <p>Los servicios brindados bajo cuidado de salud en el hogar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de personal de Enfermería Graduada (R.N.), Enfermería Práctica Autorizada (L.P.N.) o Enfermería Vocacional Autorizada (L.V.N.); en el 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.</li> <li>• terapia del habla (habilitativa o rehabilitativa)</li> <li>• terapia física</li> <li>• terapia ocupacional</li> <li>• terapia respiratoria</li> </ul>

## 8. Servicios de Laboratorio y Rayos X

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

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

- practicados por un laboratorio o radiólogo.

Laboratorios	Cubierto. Aplica coaseguro de laboratorio.
Rayos X	Cubierto con coaseguro de rayos X.
Pruebas moleculares y/o genéticas	<p>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 beneficios esenciales 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. Aplica coaseguro de pruebas moleculares y/o genéticas, excepto pruebas requeridas por ley como servicios preventivos. 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"> <li>• oncólogo</li> <li>• hematólogo oncólogo</li> <li>• urólogo</li> <li>• geneticista</li> <li>• ginecólogos</li> <li>• gastroenterólogo</li> <li>• neurólogo</li> <li>• psiquiatra</li> </ul>
Medicina nuclear	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
PET CT	Cubierto. Uno (1) por año póliza, por persona asegurada. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. También conocido como <i>pet scan</i> .
Polisomnografía (estudio del sueño)	Cubierto. Un (1) servicio de por vida, por persona asegurada. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
CT Scan	Cubierto. Uno (1) por región anatómica por año póliza, por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
Densitometría ósea	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Ecocardiograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Electrocardiograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Electroencefalograma	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Angiografía	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Holter	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Estudios cerebrovasculares periferales no invasivos	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.

Mielografía	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
MRA	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
MRI	Cubierto uno (1) por región anatómica, por año póliza y por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Sonogramas	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
SPECT	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas.
Prueba de esfuerzo (stress test)	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Prueba de esfuerzo (stress test) con sestamibi, Persatine o talio	Cubierto. Aplica coaseguro de rayos X.
Pruebas de alergia	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de laboratorios. Cincuenta (50) por año póliza, por persona asegurada.
Electromiograma	Cubierto. Dos (2) por año póliza, por asegurado. Aplica 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 el género del asegurado. Los servicios de cuidado preventivo a los que se aplican estas condiciones están definidos e incluidos más adelante y están descritos en el siguiente enlace: [<https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>].

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

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

### **Servicios preventivos para niños**

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

- historial
- medidas
- 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

<b>Servicio preventivo</b>	<b>Indicación</b>
Abuso del alcohol	Evaluación para adultos de dieciocho (18) años en adelante por abuso de alcohol y consejería sobre reducción de uso indebido de alcohol a las personas involucradas en su consumo riesgoso o peligroso.
Anemia y suplementos de hierro	Para niños en edades de cuatro (4) meses 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 que empiezan a la edad de erupción de los dientes primarios.
Depresión	Evaluación para el trastorno de depresión mayor (MDD, por sus siglas en inglés) en adolescentes de doce (12) a dieciocho (18) años. La evaluación debe implementarse con un sistema adecuado que asegure un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo, y seguimientos apropiados.
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 la oftalmía gonocócica neonatorum (Gonorrea).
Evaluación auditiva	Evaluación auditiva neonatal universal.
Evaluación de crecimiento de estatura, peso e índice de masa corporal	Evaluación para los niños. Edades: cero (0) a once (11) meses, uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, once (11) a catorce (14) años, quince (15) a diecisiete (17) años.
Enfermedad de células falciformes ( <i>Sickle Cell Disease</i> )	Evaluación para recién nacidos.
Historial médico	Para todo 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 los diez (10) años de edad.
Fenilcetonuria (PKU)	Evaluación en recién nacidos para desórdenes genéticos.
Cáncer de la piel	Consejería para jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre los beneficios de minimizar la exposición a la radiación de los rayos ultravioletas (UV) para las personas de piel clara desde los seis (6) meses hasta los veinticuatro (24) años de edad para reducir su riesgo de cáncer de la piel.
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 el uso en niños de once (11) a veintiún (21) años de edad.
Tuberculina	Prueba de tuberculina para niños con riesgo de tuberculosis de cero (0) a veintiún (21) años de edad.
Evaluación de visión	Examen de la vista al menos una vez en niños de tres (3) a cinco (5) años para detectar la ambliopía o sus factores de riesgo.

### **Servicios preventivos para adultos**

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

<b>Servicio Preventivo</b>	<b>Indicación</b>
Aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para evaluación de la 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 de uso no saludable del alcohol en un entorno de atención primaria para adultos de dieciocho (18) años en adelante, incluyendo para mujeres embarazadas, e intervenciones de breves consejerías conductuales para reducir el consumo no saludable del alcohol a las personas involucradas en su consumo riesgoso o peligroso.
Consejería y suplido de aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal	Se recomienda el uso de aspirina en dosis bajas para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal en adultos entre las edades de cincuenta (50) a cincuenta y nueve (59) años con un riesgo cardiovascular de diez por ciento (10%) o mayor a diez (10) años, que no tienen un mayor riesgo de sangrado, su expectativa de vida es de al menos diez (10) años y están dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina por al menos diez (10) años.
Evaluación de cáncer colorrectal	Evaluación de cáncer colorrectal para hombres y mujeres mediante pruebas de sangre oculta en heces fecales, sigmoidoscopia o colonoscopia, comenzando a la edad de cincuenta (50) a setenta y cinco (75) años de edad,

	conforme a la Ley Núm. 218 de 30 de agosto de 2012. Los riesgos y beneficios de estos métodos de detección varían.
Evaluación de depresión	Evaluación para evaluación de depresión. Aplica a hombres y mujeres, incluyendo mujeres durante el embarazo o post parto, que piensen que están deprimidos. La evaluación deberá ser realizada en un sistema adecuado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Evaluación de glucosa anormal en sangre 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 tienen sobrepeso o son obesos. Los médicos deben ofrecer o referir a los pacientes con glucosa anormal de la sangre hasta la atención intensiva de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física. 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 sobrepeso o que estén obesos con factores de alto riesgo a desarrollar condiciones cardiovasculares. La orientación incluye buena alimentación y actividad física con el propósito de prevenir dichas condiciones.
Infección de virus de 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.
Evaluación de hipertensión ( <i>high blood pressure</i> )	Evaluación de hipertensión para hombres y mujeres de dieciocho (18) años en adelante. Las medidas se deben obtener fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Evaluación de colesterol	Evaluación para hombres y mujeres por trastornos lipídicos si se encuentran en mayor riesgo de enfermedad coronaria, conforme a la Ley Núm. 218 de 30 de agosto de 2012.
Prueba de evaluación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Evaluación de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos de entre quince (15) y sesenta y cinco (65) años. Los adolescentes más jóvenes y los adultos mayores que están en mayor riesgo también deben someterse a evaluación. Prueba para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como parte de las pruebas de rutina de toda evaluación médica realizada al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) años de edad en bajo riesgo y anualmente para todas las personas en alto riesgo.

	Para las mujeres embarazadas aplican los requisitos descritos en la sección de “Servicios preventivos para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas”, más adelante en esta póliza.
Evaluación de cáncer de pulmón	Evaluación anual para el cáncer de pulmón con la tomografía computarizada de dosis baja en adultos de cincuenta y cinco (55) a ochenta (80) años de edad que tienen antecedentes de fumar treinta (30) paquetes 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 (30) kg/m <sup>2</sup> 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 jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre los beneficios de minimizar la exposición a la radiación de los rayos ultravioletas (UV) para las personas de piel clara desde los seis (6) meses hasta los veinticuatro (24) años de edad para reducir su riesgo de cáncer de la piel.
Uso de estatina para prevenir enfermedades cardiovasculares	Una dosis baja o moderada para adultos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV), como enfermedad coronaria sintomática o accidente cerebrovascular isquémico, para prevenir episodios de ECV y mortalidad, siempre y cuando cumpla con los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>tenga entre cuarenta (40) a setenta y cinco (75) años de edad;</li> <li>tenga uno o más factores de riesgo de ECV (dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo);</li> <li>tenga un riesgo calculado de diez (10) años de un evento cardiovascular de diez por ciento (10%) o más.</li> </ul> La identificación de la dislipidemia y el cálculo del riesgo de evento de ECV 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 muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las doce (12) a dieciséis (16) semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término 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 tamoxifeno o raloxifeno, 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	<p>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.</p> <p>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 el equipo está disponible a través de proveedores contratados.</p>
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 pruebas de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV), o cada cinco (5) años con la prueba conjunta ( <i>cotesting</i> ) de hrHPV y citología.
Evaluación de infección 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	Orientación, consejería, y suplido de todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, según requerido por ley. Para estos medicamentos se aplicará cero (\$0) dólares de copago o cero (0%) por ciento de coaseguro.

	<p>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"> <li>• cirugía de esterilización</li> <li>• esterilización quirúrgica de implantes para las mujeres</li> <li>• varilla implantable</li> <li>• dispositivo intrauterino de cobre</li> <li>• dispositivo intrauterino con progesterona</li> <li>• inyección</li> <li>• diafragma</li> <li>• esponja</li> <li>• capuchón cervical</li> <li>• espermicida</li> </ul> <p>Los siguientes métodos se cubrirán por su cubierta de farmacia. Favor de referirse al [Formulario de Medicamentos EHB 2020 II] aplicable a esta póliza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anticonceptivos orales (píldora combinada)</li> <li>• anticonceptivos orales (progestina solamente)</li> <li>• anticonceptivos orales de uso extendido/continuo;</li> <li>• parchos</li> <li>• anillo anticonceptivo vaginal</li> <li>• anticoncepción de emergencia (acetato de ulipristal)</li> <li>• condón femenino</li> </ul>
Evaluación y consejería para la violencia doméstica e interpersonal	Evaluación a mujeres en edad fértil para detectar la violencia de 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 se aplica a las mujeres que no tengan signos o síntomas de abuso.
Suplementos de 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 sean capaces de quedar embarazadas. Se requiere orden médica.
Diabetes gestacional	Para embarazadas después de las veinticuatro (24) semanas de gestación y en la primera visita prenatal para mujeres identificadas con alto riesgo de diabetes gestacional.
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 las mujeres embarazadas de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>• primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación, entre las veintiocho (28) y treinta y cuatro (34) semanas de embarazo.</li> <li>durante el parto si la embarazada nunca se ha realizado su prueba y se desconoce su estatus de VIH.</li> </ul> <p>Según la orden administrativa Núm. 307 de 14 de agosto de 2013 del Departamento de Salud de Puerto Rico.</p>
Osteoporosis (mujeres posmenopáusicas menores de sesenta y cinco (65) años)	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)	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	Proveer o referir a intervenciones de consejería a las mujeres embarazadas o en estado de postparto que estén en riesgo incrementado de depresión perinatal.
Suplemento de dosis baja de aspirina para prevenir la 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 con medición de la 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	Indagación clínica a mujeres embarazadas sobre uso de tabaco, consejo de dejar el uso de tabaco, y prestación de intervenciones conductuales para detener el uso de tabaco en mujeres embarazadas.
Visitas preventivas de mujeres también conocido como <i>well women visits</i>	Atención preventiva anual (dependiendo del estado de salud de la mujer, las necesidades de salud y otros factores de riesgo) para mujeres adultas con el fin de obtener los servicios preventivos recomendados y apropiados según su edad y desarrollo, incluyendo atención antes de la concepción y servicios necesarios para la atención prenatal. Estas visitas incluyen los servicios preventivos para mujeres mencionados en esta póliza. Si el médico determina que la paciente requiere visitas adicionales para otros servicios preventivos, estas van a estar cubiertas con cero (\$) 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 del *Center for Disease Control* (CDC, por sus siglas en inglés), incluyendo las vacunas de seguimiento. Las inmunizaciones estarán cubiertas por 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>].

<b>Inmunización para niños de acuerdo con el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico</b>	
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 en el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al [(787) 281-2800.]
Difteria, tétano y pertusis (tos ferina) (DTaP)	
Toxoides de tétano y difteria (Tdap)	
Rotavirus (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	
Human papillomavirus (HPV)*	

<b>Itinerario de vacunación del Center for Disease Control (CDC) para niños, adolescentes y adultos</b>	
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 podrá solicitar el itinerario vigente por teléfono en el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al [(787) 281-2800.]
Human Papillomavirus (HPV)*	
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 nueve (9) años en adelante y adolescentes con historial de abuso o violación sexual, que no hayan iniciado o completado la serie de tres (3) dosis, según la Ley Núm. 255 del 15 de septiembre de 2012.

\*\*Se cubrirá la inmunización para meningitis (MCV4) o la 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 <i>Synagis</i> ®)	Esta vacuna estará cubierta en las dosis sugeridas en 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 IX de ésta póliza.
---	--

### 10. Servicios Pediátricos de Dental y Visión.

<b>Dental pediátrico</b>	
Servicios dentales cubiertos para menores de veintiún (21) años de edad	Dos (2) exámenes dentales y limpiezas por año póliza (cada seis meses). Aplica copago o coaseguro correspondiente.
	Radiografías de mordida y periapicales. No más de un (1) juego cada tres (3) años. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
	Tratamiento fluoruro cubiertos como un beneficio fundamental para los asegurados menores de diecinueve (19) años. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
<b>Visión pediátrica</b>	
Servicios de visión cubiertos para menores de veintiún (21) años de edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Examen de refracción:</u> Un (1) examen de refracción por asegurado, por año póliza. Aplica copago o coaseguro correspondiente.</li> <li>• <u>Lentes para corrección visual:</u> Un (1) par de lentes o lentes de contacto. Servicios disponibles sólo dentro de la Red de Visión de MCS Life. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lentes para espejuelos: Los lentes para corrección visual incluyen una selección de visión sencilla, de plástico (CR-39 Plastic) o policarbonato.</li> <li>○ Lentes de contacto (desechables): cubiertos en su totalidad con un suplido de doce (12) pares al año.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lentes de gran potencia o lupas para asegurados con pérdida significativa de la visión (<i>low vision</i>), pero que no tienen ceguera total.</li> <li>• <u>Montura para lentes de corrección visual (frames)</u>: Espejuelos para asegurados hasta los veintiún (21) años, un (1) par por año póliza, dentro de la colección contratada. Disponible a través de la red de proveedores exclusivamente contratados para el beneficio de visión pediátrica.</li> </ul>
--	---

## Sección 2: Otros servicios cubiertos

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

<p>Servicios dentales para adultos y niños (adicionales dental pediátrico) Dental 100</p>	<p>A. Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un (1) examen periódico oral cada seis (6) meses (beneficio esencial de salud).</li> <li>• Un (1) juego completo de imágenes radiográficas intraorales (periapicales) y de mordida cada treinta y seis (36) meses (beneficio esencial de salud).</li> </ul> <p>B. Preventivo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos (2) limpiezas por año póliza, por persona asegurada cada seis (6) meses (beneficio esencial de salud).</li> <li>• Aplicación tópica de fluoruro cubierto como un beneficio esencial para los asegurados menores de diecinueve (19) años.</li> </ul> <p><u>Predeterminación de Beneficios:</u> Los servicios de predeterminación o pre autorización estarán sujetos a que los servicios solicitados cumplan con las reglas y limitaciones establecidas en la cubierta para cada uno de los servicios. Al evaluar el plan de tratamiento, MCS Life determinará cuál es su responsabilidad económica por los servicios recomendados por el proveedor y la responsabilidad económica del asegurado para con el proveedor. El plan de tratamiento para el proceso de determinación y/o pre autorización debe someterse con imágenes radiográficas periapicales o copias con valor diagnóstico. MCS Life no se hace responsable por servicios facturados previo a la pre autorización o posterior a la fecha de expiración, sin que medie una extensión de tiempo.</p> <p>En cumplimiento con la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999, MCS Life cubrirá servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y dentales en los siguientes casos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>b) Cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;</li> </ol>
---	---

	<p>c) Cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en el hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;</p> <p>d) Cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;</p> <p>e) Cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimenta físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;</p> <p>f) Cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.</p> <p>Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life y requiere que se provea los siguientes documentos para la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El diagnóstico del paciente;</li> <li>• La condición médica del paciente, y</li> <li>• Las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental de acuerdo con los casos presentados anteriormente.</li> </ul> <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"> <li>• Un (1) examen de refracción por año póliza. Aplica copago o coaseguro.</li> </ul> <p>Para los adultos y niños (además de visión pediátrica) se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un máximo de cien dólares (\$100) por asegurado, por año póliza para gastos de servicios de visión cubiertos. Requiere pre autorización de Servicio al Cliente de MCS Life.</li> </ul> <p>Estos servicios estarán cubiertos a través de los 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"> <li>• visión sencilla</li> <li>• bifocal</li> <li>• trifocal</li> <li>• lenticular</li> </ul>

	<p>B. <u>Espejuelos (monturas)</u></p> <p>C. <u>Lentes de contacto regulares o tóricos</u></p> <p>D. <u>Terapias ortópticas</u> estarán cubiertas hasta la cantidad estipulada en su cubierta.</p> <p>E. <u>Opciones adicionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tratamiento anti-reflectivo</li> <li>• lente policarbón</li> <li>• tratamiento para minimizar los rayosos</li> <li>• tratamiento para minimizar rayos ultravioletas</li> <li>• progresivo trifocal</li> <li>• progresivo bifocal</li> <li>• lente foto-sensitivo (de transición)</li> </ul>
<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 las complicaciones que surjan de una mastectomía, incluyendo linfedemas, conforme a lo requerido por la Ley de los Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (<i>Women's Health and Cancer Rights Act</i> del 1998). Terapia para linfedema y mamoplastía luego de mastectomía requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago o coaseguro de terapia física para terapia de linfedema.</p>
<p>Carta de Derechos de Pacientes con Cáncer y Sobrevivientes de Cáncer</p>	<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 y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines.</p> <p>Además, cubre todos los servicios y beneficios preventivos mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno y también estudios, tratamientos y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva post-mastectomía 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 y a través de proveedores contratados. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
Examen Físico Anual	MCS Life cubrirá un (1) examen físico anual, siempre que sea para propósitos preventivos. Se excluyen los exámenes físicos y pruebas de laboratorio para certificados médicos que sean ordenados por el patrono o algún otro propósito que no sea preventivo. La evaluación comprensiva de salud anual realizada por profesionales de la salud puede incluir pruebas diagnósticas, entre otros, de acuerdo con la edad, sexo y condición de salud del asegurado. La evaluación médica anual para niños al comienzo del año escolar debe incluir evaluación física y mental, higiene oral, pruebas auditivas y visuales, así como exámenes periódicos recomendados por la Academia Estadounidense de Pediatría.
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/VIH)	Cubierto como cualquier otra condición y evaluación preventiva conforme a la Ley Núm. 349 del 2 de septiembre del 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 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, estarán cubiertos sin límites luego que la necesidad médica haya sido establecida bajo esta póliza. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a genética, neurología, inmunología gastroenterología, nutrición, terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas e incluirá visitas médicas y pruebas médicamente necesarias.
Síndrome Down	Los servicios para asegurados con síndrome Down estarán cubiertos sin límites conforme a la Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018. Los servicios incluyen pruebas, sin limitarse a, genéticas, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición; además las visitas médicas y las pruebas referidas medicamente y servicios terapéuticos. 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 VIII: Modelo de Acceso a los Servicios, de esta póliza, donde encontrará información sobre la red contratada para servicios en los Estados Unidos. El asegurado debe presentar su tarjeta del plan para que la facilidad pueda verificar su elegibilidad con MCS Life. Aplica copago, coaseguro y/o deducible de sala de emergencia en EE.UU. En caso que el proveedor no sea parte de la red contratada se le requiere al asegurado notificar MCS Life en o antes de cuarenta y ocho (48) horas luego de haber recibido los servicios de emergencia para negociar el pago de dichos servicios con la facilidad.
Tratamientos, servicios, equipos y facilidades no disponibles en Puerto Rico	Los tratamientos, servicios, equipos y facilidades no disponibles en Puerto Rico serán coordinados a través de la red contratada y requieren preautorización y coordinación de Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica copago, coaseguro y/o deducible al proveedor de Estados Unidos, aplicable al servicio coordinado. Los

(dentro de los Estados Unidos)	servicios serán pagados de acuerdo con la tarifa usual y acostumbrada a la zona geográfica donde se ofreció el servicio.
Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina	Conforme a la Ley Núm. 139 del 8 de agosto de 2016, MCS Life se cubrirá el Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU), sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines relacionados.

### Sección 3: Servicios cubiertos por reembolso

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

#### A. Servicios elegibles para reembolso en esta póliza:

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

	<p>Departamento de Salud, conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008, según enmendada.</p> <p>Además, el servicio de ambulancia terrestre solo tendrá cubierta si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la solicitud de reembolso por el servicio incluye el certificado médico del transporte, el lugar de recogido y el destino;</li> <li>• 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 (<i>third party liability</i>).</li> </ul>
Trabajador social	Estos servicios serán reembolsados solamente para tratamientos relacionados a las condiciones de autismo, según definidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conforme a la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo).
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"> <li>• visión sencilla</li> <li>• bifocal</li> <li>• trifocal</li> <li>• lenticular</li> </ul> <p>B. Espejuelos (monturas)</p> <p>C. Lentes de contacto regulares o tóricos</p> <p>D. Las terapias ortópticas estarán cubiertas mediante reembolso al asegurado de acuerdo con la necesidad médica, hasta la cantidad estipulada en su cubierta.</p> <p>E. Opciones adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tratamiento anti-reflectivo</li> <li>• lente policarbón</li> <li>• tratamiento para minimizar rayasos</li> <li>• tratamiento para minimizar rayos ultravioletas</li> <li>• progresivo trifocal</li> <li>• progresivo bifocal</li> <li>• lente foto-sensitivo (de transición)</li> </ul>
MCS Balance	Este es un programa incentivo para el bienestar del asegurado basado en su participación voluntaria y es parte de la cubierta básica sin ningún costo adicional a la prima. Consiste en proveerle acceso a reembolso de [diez dólares (\$10) - sesenta dólares (\$60)] 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 mayores de dieciocho (18) años.
--	---

#### **Sección 4: Servicios de Trasplante de hueso, piel y córnea**

---

Estos servicios estarán cubiertos solamente a través de facilidades contratadas por MCS Life. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de 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. La cubierta de servicios de trasplante de hueso, piel y córnea incluye el cuidado antes y después del procedimiento, incluyendo 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.

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

---

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

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

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

- Índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35).
- Plan de tratamiento dietético y de cambios de estilos de vida, supervisado por un médico cirujano o cirujano bariátrico previo a la cirugía. Además, el médico deberá indicar el plan dietético utilizado y las razones del fracaso 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 Artículo 3(c) de la Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008.
- Una evaluación por parte de un especialista de su 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.

## Sección 6: Programas incluidos como parte de sus beneficios

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

<p>MCS Alivia</p>	<p>Es un modelo de terapias y tratamientos alternativos y complementarios integrados a los sistemas convencionales de salud. Algunos de los servicios disponibles son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• salud integral y complementaria</li><li>• medicina tradicional china</li><li>• acupuntura médica</li><li>• masaje terapéutico</li><li>• homeopatía ofrecida por médicos con certificación</li><li>• medicina bioenergética (<i>Pranic Healing</i>)</li></ul> <p>Para obtener acceso a estos beneficios y garantizar la coordinación apropiada de todos los servicios necesarios, se requiere que el asegurado llame o coordine una cita. El asegurado será evaluado por el médico generalista del centro de MCS Alivia para determinar las modalidades correspondientes al tratamiento.</p> <p>Está cubierto un máximo de diez (10) visitas por año póliza, por persona asegurada, con un máximo de dos (2) modalidades por visita, por persona asegurada. Aplica copago correspondiente.</p>
<p>MCS Solutions</p>	<p>Programa que integra el cuidado de salud mental y el tratamiento para el abuso de sustancias controladas, a las que el asegurado puede acceder de manera voluntaria. Todos los servicios se ofrecen de manera confidencial y privada, disponibles las 24 horas del día, los 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>
<p>Programas e iniciativas de bienestar</p>	<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. Personas con impedimentos auditivos (TTY) podrán llamar al [1-866-627-8182]</p>
<p>MCS Medilínea MD</p>	<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 seleccionada de MCS Medilínea MD. Niños menores de dieciocho (18) años deben estar acompañados por un adulto al momento de la consulta. Para acceder los servicios de MCS Medilínea MD favor ingresar al siguiente enlace:</p>

	<p><a href="http://mcs.com.pr/es/Paginas/bienestar/programas-bienestar/MCS-Medialínea-MD.aspx">http://mcs.com.pr/es/Paginas/bienestar/programas-bienestar/MCS-Medialínea-MD.aspx</a></p> <p>Algunas condiciones apropiadas para consultar a través de este servicio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alergias</li> <li>• estreñimiento</li> <li>• tos</li> <li>• diarrea</li> <li>• problemas del oído</li> <li>• fiebre</li> <li>• gripe</li> <li>• dolor de cabeza</li> <li>• picadas de insectos</li> <li>• náusea</li> <li>• conjuntivitis</li> <li>• erupción de piel</li> <li>• dolor de garganta</li> <li>• problemas urinarios/ITU</li> <li>• vómitos</li> </ul> <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 servicios correspondiente a la visita cada vez que acceda a esta plataforma de servicios.</p>
<p>MCS Care Clubs</p>	<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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primera visita:       <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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>.</li> </ol> </li> <li>2. 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</li> </ol>

	<p>adicionales, o referidos a otros especialistas según aplique. MCS Care Club no se encargará del seguimiento al asegurado en caso de ser referido a algún otro especialista.</p> <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 dieciocho (18) años en adelante.</p>
MCS Balance	<p>Este es un programa de incentivo para el bienestar del asegurado basado en su participación voluntaria y es parte de la cubierta básica sin ningún costo adicional a la prima. Consiste en proveerle acceso a reembolso de [diez dólares (\$10)] por mes para membresía de gimnasio que esté aprobado por el Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico, hasta un máximo de doce (12) meses. Es requisito completar un <i>Health Risk 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.</p>

## **PARTE IV: EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA**

---

### **Sección I: Exclusiones de servicios médicos**

---

Los siguientes servicios no están cubiertos bajo esta póliza:

1. Servicios que se presten mientras el seguro de la persona no esté vigente.
2. Servicios que correspondan ser recibidos o cubiertos de acuerdo 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, a actos de terrorismo o cualquier acto incidental a la guerra o por la 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, de haber pagado por estos servicios, recobrará a la Administración de Veteranos o cualquier otro tercero responsable.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos o servicios que la persona obtenga, o tenga derecho a obtener, sin cargos o bajo cualquier plan de gobierno.

6. Gastos o servicios de comodidad personal tales como: habitación privada excepto en los casos donde el servicio es requerido debido a una necesidad médica según descritos en la esta póliza, teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio, a menos que su póliza estipule lo contrario.
7. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina, dentistas o paramédicos, excepto los que estén especificados en su cubierta de beneficios.
8. Servicios que no estén enumerados en la Parte III de esta póliza, o que no sean parte de los requisitos provistos en el CSSPR para planes individuales, 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 1 de septiembre de 2000, según enmendada.
10. Servicios que no sean médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define el *Food & Drug Administration (FDA)*, el *Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud, o que no estén de acuerdo con la política médica establecida por las entidades autorizadas en cuanto a la salud según las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
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 los que sean requeridos por ley estatal o federal. No obstante lo dispuesto en los puntos 10 y 11, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar de un estudio de tratamiento autorizado, según las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre y cuando la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a este un beneficio potencial y el médico que refiera al estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el paciente le provea a MCS Life evidencia de que su participación es apropiada, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. No serán, gastos médicos rutinarios del paciente, los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.
12. Gastos por operaciones, procedimientos, tratamientos o cuidados para corregir defectos de apariencia física, excepto una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por una enfermedad o lesión corporal, un accidente o una cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido.
13. Mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto la reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno).
14. Mastectomía subcutánea; incluyendo reconstrucción de areola y pezón, excepto por cáncer del seno, la cual está cubierta en la póliza.
15. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva (comúnmente conocida como colgajos) no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso debido a que afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo, según la Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008.
16. Tratamientos cosméticos o de embellecimiento también quedan excluidos sin excepción.
17. Se excluyen también los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a tratamientos cosméticos o de embellecimiento, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento, excepto según dispuesto en la Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008, conocida como la Ley de Reconstrucción de Senos por Cáncer.
18. Cargos que resulten por alguna enfermedad o lesión corporal surgida de o en el curso del empleo de la persona asegurada.

19. Cargos por rayos X dentales adicionales a los descritos en esta póliza o en la cubierta opcional adquirida por el asegurado.
20. Servicios relacionados al síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
21. Cargos por cuidado dental, que no esté incluido en esta póliza. Refiérase a la Sección: 4 Exclusiones dentales.
22. Cargos por drogas o medicamentos suministrados en visitas médicas, que no estén cubiertos en esta póliza.
23. Cargos por servicios de termografía ofrecidos u ordenados por quiroprácticos y otros especialistas médicos.
24. Cargos por servicios de tratamientos para la infertilidad o relacionados con la concepción por medios artificiales, excepto laboratorios para propósitos diagnósticos.
25. Cargos por servicios de equipo auditivo y/o implante coclear, independientemente de si existe o no justificación médica.
26. Cargos por servicios de terapias ortópticas (terapias visuales), así como los aparatos y artefactos necesarios como parte de las terapias adicionales al 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 a ellos.
29. Todo procedimiento cuyo propósito sea el restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear o por algún procedimiento que no cubija la condición de infertilidad, después que se use 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 cubiertas sin límites.
31. Terapias ambulatorias ocupacionales y del habla, y trabajador social, excepto para tratamientos de las condiciones de autismo, según definidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 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. Terapias 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 propósitos 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 salud en el hogar no incluyen el cuidado residencial o custodial, los servicios suministrados para conveniencia personal o comodidad como, por ejemplo, tareas domésticas, cuidado de niños y servicio de fiambreras, independientemente de si fue recomendado por un nutricionista o un médico.
36. Servicios de diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios o en facilidades renales, servicios médico quirúrgicos y complicaciones asociadas, luego de agotar el máximo de noventa (90) días indicados en ésta póliza.
37. Vacunas contra las alergias.
38. Cirugías orales, excepto aquellas que son resultado de un accidente o que estén cubiertos por una cubierta dental opcional.
39. Procedimientos excluidos por esta póliza son:
  - eliminación de los *Skin tags*,
  - reparación de ptosis,
  - *Lasik* y cirugías para corregir defectos refractivos,
  - pólipo fibro-epitelial,
  - reconstrucciones totales maxilares o mandibulares, incluyendo remoción de exostosis (mandibular o maxilar).
40. Servicios administrados por médicos o dentistas de analgesia intravenosa o analgesia administradas a través de la inhalación, excepto las anestias 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 anestesia epidural durante el parto.
43. Servicios de asistencia quirúrgica en cirugías ambulatorias.
44. Servicios fuera de los Estados Unidos.
45. *Devices* (artefactos, aparatos, o prótesis internas y externas), incluso cualquier tipo de implante y bandejas de cirugía que contenga algún componente clasificado bajo este término.
46. Servicios de hospicio.
47. Ambulancia aérea fuera de Puerto Rico.
48. Servicios provistos por proveedores no contratados por MCS Life, excepto para servicios de emergencia según requeridos por ley.
49. Visitas médicas al domicilio que no sean parte del cuidado de salud en el hogar o del tratamiento residencial según está descrito en esta póliza.
50. Cámara hiperbárica, excepto para pacientes de autismo, conforme a la Ley Núm. 63 del 19 de julio 2019.
51. Terapias cardíacas rehabilitativas.
52. Equipo médico duradero que no esté descrito en esta póliza, incluso equipo médico customizado o hecho a la medida, queda también excluido el servicio y equipo para Optune.
53. Servicios de fetal non stress test, ecocardiograma fetal, y amniocentesis de maduración fetal o genética.
54. Gastos por métodos anticonceptivos para el hombre que no sea vasectomía, según indica esta póliza.
55. Servicios de escalenotomía, división del músculo escaleno anterior (*anticus*) sin resección de la costilla cervical.
56. Servicios de medicina complementaria que no sean brindados por proveedores contratados por el programa MCS Alivia.
57. Gastos después de los primeros treinta (30) días del parto de recién nacidos de las hijas dependientes del asegurado principal.
58. Pruebas de laboratorio, moleculares o genéticas que no están codificadas en el Manual del Laboratorio, así como las consideradas experimentales o investigativas o que no sean requeridas por ley local o federal.
59. Ambulancia Marítima.
60. 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 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 requeridas de inmediato por cualquier ley federal, ley local u ordenada por la OCS.
61. 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.
62. Servicios en Estados Unidos que no sean emergencia o estén disponibles en Puerto Rico. Los servicios no disponibles en Puerto Rico requieren ser coordinados por Asuntos Clínicos.
63. Hormonas de crecimiento.
64. Monitor fetal en oficina médica (correas).
65. 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.
66. Exclusiones al beneficio de Visión Pediátrica:
  - a. Servicios de visión pediátrica para mayores de veintiún (21) años de edad, excepto los descritos en esta póliza.
  - b. Tintes o terminaciones para lentes o lentes que no estén especificados en el beneficio de visión pediátrica.
  - c. Lentes de contacto, excepto los descritos en el beneficio
  - d. Marcos para lentes de corrección visual (*frames*) que no sean parte de la colección contratada.

- e. Servicios y materiales requeridos como resultado de una reclamación de incapacidad ocupacional (*worker's compensation*) o provistos por el plan de seguro médico de la empresa.
  - f. Cualquier servicio, lentes para la corrección visual, lentes de contacto o marco para lentes de corrección visual requeridos por el patrono como condición de empleo.
  - g. Cualquier gasto por lentes para corrección visual, lentes de contacto, o marco para lentes de corrección visual fuera de la red de proveedores de visión de MCS Life.
67. Medicamentos administrados por un proveedor en sus facilidades, que no son despachados por una farmacia al detal, excepto quimioterapia, radioterapia y medicamentos utilizados para preparación de quimioterapia.
68. Consultas a médicos especialistas o subespecialistas a través de servicios de MCS Medilínea MD, excepto pediatras, médicos de familia e internistas.
69. Consultas de telemedicina fuera de la red o plataforma contratada de MCS Medilínea MD.
70. MCS Life se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado para cubrir bajo el componente médico para quimioterapia, radioterapia y medicamentos utilizados para preparación de quimioterapia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta que dicho medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacias y Terapéutica de MCS Life Insurance siguiendo las reglas establecidas en el capítulo cuatro (4) del CSSPR. Este capítulo requiere que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) en un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En ese término MCS Life emitirá su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho medicamento nuevo. Incluso, medicamentos nuevos que estén dentro de clasificaciones terapéuticas (categorías) excluidas se considerarán como excluidos.
71. Servicios por reembolso que no estén expresamente indicados en la póliza como servicios que tienen derecho a reembolso.

## **Sección 2: Exclusiones de Medicamentos Recetados**

---

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

1. Drogas o medicamentos que estén expresamente excluidos por esta póliza.
2. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cubierta de farmacia, independientemente de que contengan la leyenda federal: «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*»:
  - a. Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto que tenga el mismo fin como, por ejemplo, agentes para alopecia o para tratar despigmentación de la piel: *hidroquinona, solución de minoxidil (Rogaine), finasteride, monobenzona, dihidroxiacetona y bimatoprost*.
  - b. Productos de fluoruro para uso dental, excepto para menores hasta la edad de veintiún (21) años. c. Medicamentos para condiciones dermatológicas como pediculosis y escabidas como, por ejemplo *lindano, permetrina, crotamitón, malatión, ivermectina y spinosad*; productos para el tratamiento de la caspa, incluyendo champú (*piritionato de zinc 1%, ácido glicólico, sulfuro de selenio y sulfacetamida sódica*), lociones y jabones.
  - d. Los siguientes medicamentos para el dolor y analgesia: *Nalpbuphine y Butorphanol*.
  - e. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados para dicho tratamiento como, por ejemplo: *benzfetamina, dietilpropión, lorcaserina, orlistat, liraglutida, fendimetrazina, fentermina, sibutramina, naltrexona-bupropión y mazindol*.
  - f. Productos o suplementos dietéticos tales como *Foltx, Metanx, Limbrel, Folbalin Plus y Cerefolin*.
  - g. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad y la fertilidad en todas sus presentaciones tales como *folitropina, clomifeno, menotropinas, urofolitropina, ganirelix, acetato de cetorelix e implantes vaginales de progesterona*.

- h. Medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil. impotencia tales como *tadalafilo*, *alprostadilo*, *vardefanilo*, *sildefanilo*, *yohimbina* y *avanafilo*.
  - i. Implantes como *goserelina (Zoladex)*, *implante nasal de furoato de mometasona (Sinuva)*, *implante intravítreo de dexametasona (Ozurdex)*, *implante intravítreo de fluocinolona acetona (Iluvien, Retisert, Yutiq)*, *implante de condrocitos autólogos cultivados*, *implante de testosterona (Aveed)*, *implante de estradiol (HRT-terapia de reemplazo hormonal)*.
  - j. *Implante intracraneal de carmustina Gliadel®*. Su versión inyectable se cubre bajo la cubierta básica.
  - k. Implantes intratecales tales como *poractante alfa (Curosurf®)*, *baclofeno*, *pentetato de Indio (In 111 Injection)*, *ziconotida (Prialt®)* y *calfactante (Infasurf®)*.
  - l. Dispositivos con *hialuronato de sodio*, *hialuronano* e *hilano*.
  - m. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos: *dara Acthrel Inj.*, *Adenosine Inj.*, *Chirhostim Sol.*, *Cosyntropin Inj.*, *Cushing Syndrome Kit Diag.*, *Cysview Inj.*, *Dipyridamole Inj.*, *Gleolan Sol.*, *Glutol Sol.*, *Histatrol Inj.*, *OC Green Inj.*, *Indigo Carmi Inj.*, *Indocyanine Inj.*, *Isosulfan Inj. Blue*, *Kinevac Inj.*, *Lexiscan Inj.*, *Macrilen Pak.*, *Metopirone Cap.*, *Pos skin TST Sol Histamin*, *Pre-pen Inj.*, *Provocholine Sol.*, *R-gene 10 Inj.*, *Secreflo Inj.*, *Sermorelin Inj.*, *Thyrogen Inj.* y antígenos.
  - n. Productos utilizados como vitaminas, multivitaminas y suplementos nutricionales para uso oral tales como *Dextrosa*, *Lyposyn*, *Fructosa*, *L-Carnitina*, *Triptófano*, *Cardiovid Plus*, *Glutamine*; *niacina*, *ácido ascórbico*, *tiamina*, *riboflavina*, *vitamina E*, *piridoxina*, *dihidrotaquisterol*, *múltiples vitaminas con minerales*, *múltiples vitaminas con hierro*, *múltiples vitaminas con calcio*, *complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico*, *complejo vitamina B con vitamina C - ácido fólico*, *flavonoides bioflavonoides*) excepto las prenatales e inyectables que están cubiertas, así como las dosis de ácido fólico y Vitamina D cubiertas por disposición de la Ley ACA en la Parte III de Servicios Preventivos.
  - o. Hormonas de crecimiento, tales como *somatropina (Norditropin, Genotropin, Humatrope Nutroprin, Omnitrope, Saizen, Serostim, Zomacton, Tev-tropin)*, *somatrem (Protropin, Ritropin, etc.)* y el acetato de *tesamorelina (Egrifta)*.
  - p. Productos para el cuidado de heridas tales como: *colágeno*, *silver pad*, *bálsamos*, *tribromofenato de bismuto (Xeroform)*, *vendajes o limpiadores de heridas*, *dimenticono-alantoína*.
  - q. Las mezclas de dos (2) o más medicamentos que existen por separado o las formulaciones extemporáneas.
  - r. Agentes esclerosantes tales como el *talco intrapleural (Sclerosal®, Sclerosol®, Steritalc®)*, *etanolamina*, *polidocanol* y *tetradecil de sodio*.
  - s. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina natural o alternativa tales como la raíz de *valeriana*, el *muérdago europeo*, *glucosamina-condroitina-PABA-vit. E* y *ácido alfalipoico*, *coenzimas*, así como los productos homeopáticos en todas sus presentaciones.
3. Se excluyen los siguientes **medicamentos especializados**:

<b>Nombre genérico</b>	<b>Nombre de marca</b>
a. <i>CI esterase inhibitor (recomb.)</i>	<b>Ruconest®</b>
b. <i>corticotropin</i>	<b>HP-Acthar®</b>
c. <i>daratumumab</i>	<b>Darzalex®</b>
d. <i>deflazacort</i>	<b>Emflaza®</b>
e. <i>degarelix acetate</i>	<b>Firmagon®</b>
f. <i>deutetranazine</i>	<b>Austedo®</b>
g. <i>dichlorphenamide</i>	<b>Keveyis®</b>
h. <i>dupilumab</i>	<b>Dupixent®</b>

i. <i>eteplirsén</i>	<b>Exondys®</b>
j. <i>hemin</i>	<b>Panhematin®</b>
k. <i>lacosamide</i>	<b>Vimpat®</b>
l. <i>lenvatinib</i>	<b>Lenvima®</b>
m. <i>lumacaftor-ivacaftor</i>	<b>Orkambi®</b>
n. <i>miltefosine</i>	<b>Impavido®</b>
o. <i>nusinersén</i>	<b>Spinraza®</b>
p. <i>ocrelizumab</i>	<b>Ocrevus®</b>
q. <i>osimertinib mesylate</i>	<b>Tagrisso®</b>
r. <i>pasireotide pamoate</i>	<b>Signifor®</b>
s. <i>penicillamine</i>	<b>Cuprimine®</b>
t. <i>ranibizumab intravitreal</i>	<b>Lucentis®</b>
u. <i>rucaparib camsylate</i>	<b>Rubraca®</b>
v. <i>selexipag</i>	<b>Uptravi®</b>
w. <i>sonidegib phosphate</i>	<b>Odomzo®</b>
x. <i>talimogene laherparepvec</i>	<b>Imlygic®</b>
x. <i>uridine triacetate</i>	<b>Xuriden®</b>

4. Drogas o medicamentos que no requieran una receta de un médico, excepto insulina, a menos que su cubierta incluya dichos servicios.
5. Agentes inmunizadores (vacunas, toxoides, toxinas) que no estén expresamente cubiertos en la póliza: *rabia, fiebre amarilla, cólera, enfermedad de Lyme, peste, inmunoglobulinas, pagademasa bovina, vacuna estafilocócica (stephage lysate), inmunoglobulina Rho (D)* y sus combinaciones, así como las utilizadas para pruebas de alergia. El asegurado debe referirse a la Parte III de Servicios Preventivos para conocer las inmunizaciones por vacunas que están incluidos en la cubierta médica.
6. Suero biológico, sangre o plasma o sus componentes (tales como *hetastarch 6%/nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana* y fracciones de proteínas plasmáticas).
7. Artefactos o artículos terapéuticos, incluso agujas hipodérmicas (excepto para la administración de insulina), jeringuillas y vestimenta.
8. Drogas recetadas que pueden ser obtenidas libres de costo bajo programas locales, estatales o federales.
9. Drogas y/o tratamientos experimentales o drogas con la leyenda: “Precaución – limitada por la Ley Federal para usos de investigación”, excepto en el caso de pacientes que padezcan de una condición que amenace su vida y para la cual no exista un tratamiento efectivo. Cuando dicho paciente sea elegible para participar en un estudio de tratamiento clínico autorizado, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre y cuando la participación del paciente le ofrezca a este un beneficio potencial y cumpla con la condición de que el médico que refiera al paciente presente evidencia de que es apropiada su participación en el estudio, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios del paciente” los gastos relacionados con el estudio, 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.
10. Repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el médico o despachos posteriores a la fecha de vigencia de la receta según establecido por la Ley de Farmacia de Puerto Rico.

11. Cualquier cantidad de drogas o medicamentos dispensados que excedan un abasto de quince (15) días para medicamentos agudos o un abasto de treinta (30) días para medicamentos de mantenimiento en un único suplido de receta.
12. Drogas anabólicas.
13. Lancetas y tirillas en farmacias.
14. Se excluyen los medicamentos que la FDA ha determinado como uso contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.
15. Los siguientes medicamentos o servicios no estarán cubiertos a tenor con el inciso A del Artículo 52.050 del CSSPR:
  - a. Los medicamentos que se utilicen en pruebas de investigación 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, no estarán cubiertos.
16. MCS Life se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado para incluirlos en su formulario de medicamentos. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta que dicho medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacias y Terapéutica de MCS Life Insurance siguiendo las reglas establecidas en el capítulo 4 del CSSPR. Este capítulo requiere que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) en un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En ese término MCS Life emitirá su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho medicamento nuevo. Incluso, medicamentos nuevos que estén dentro de clasificaciones terapéuticas (categorías) excluidas se considerarán como excluidos.
17. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
18. Anticonceptivos que no sean aprobados por la FDA. Además, no se cubrirán anticonceptivos aprobados por la FDA sin la receta del médico.
19. Acumulación de gastos por 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).
20. No se expedirán recetas de medicamentos de mantenimiento y/o *refills* a través del servicio de MCS Medilínea MD.
21. No se expedirán recetas para más de un suministro de treinta (30) días a través del servicio de MCS Medilínea MD.
22. No se expedirán recetas de sustancias controladas por la Administración para el Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés), medicamentos no terapéuticos u otros fármacos que puedan ser dañinos debido a su potencial de abuso a través del servicio de MCS Medilínea MD.

### **Sección 3: Exclusiones dentales**

---

Los siguientes servicios son considerados como exclusiones generales:

1. Cargos por servicios preventivos, y de diagnóstico, endodoncia, servicios restaurativos, cirugía oral, endodoncia, periodoncia, prostodoncia y ortodoncia que no estén descritos en esta póliza o no sean requeridos por ley local.
2. Servicios provistos para fines estéticos.
3. Cierre de diastema por razones estéticas.

4. Servicios provistos para corregir la dimensión vertical u oclusión.
5. Implantes y prótesis relacionadas a los implantes.
6. Reconstrucciones totales maxilares o mandibulares, incluso la remoción de exostosis (mandibular o maxilar).
7. Puentes fijos junto a uno parcial en el mismo arco para sustituir dientes en áreas posteriores: se considera el parcial solamente.
8. Servicios relacionados al síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
9. Prótesis con propósitos de ferulización permanente de dientes con problemas periodontales.
10. Servicios relacionados a accidentes o enfermedades cubiertas o relacionadas con el Fondo del Seguro del Estado, ACAA, Veterano, etc.
11. Instrucciones relacionadas a la higiene oral y dietas.
12. Sustituciones de puentes removibles por puentes fijos 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 para 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 Participantes y/o no participantes de la red de proveedores de MCS Life, excepto en casos de emergencia en Puerto Rico y los Estados Unidos, según descritos en la Parte III, Sección I de esta póliza.

#### **Sección 4: Exclusiones de visión**

---

Los siguientes servicios están excluidos:

1. Resultados 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 usos estéticos.
5. Gastos incurridos para lentes de contacto tipo *Pediatric Aphakic Contact Lenses* u otros tipos de lentes de contacto que no sean regulares o tóricos.
6. Gastos incurridos luego de agotar el beneficio o el servicio según 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.
9. Terapias ortópticas para tratamientos en casos de desórdenes del aprendizaje y dislexia, excepto para condiciones descritas bajo la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo) de los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

#### **Sección 5: Exclusiones de servicios de trasplantes**

---

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 hayan sido preautorizado por Asuntos Clínicos de MCS Life.
2. Cualquier servicio de trasplante de órganos o médula ósea, excepto los incluidos bajo el beneficio de trasplante de piel, hueso, y córnea.

3. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y médula ósea, incluyendo las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores utilizados para prevenir el rechazo en trasplante de órganos y tejidos tales como *ciclosporina* y *ciclosporina modificada*, *tacrolimus*, *sirolimus*, *micofenolato de sodio*, *everolimus*, *azatioprina*, *belatacept* y *basiliximab*. También se excluye *Viaspan* (solución fría de almacenamiento para la conservación de órganos antes de un trasplante). Sólo estarán cubiertos aquellos servicios de trasplantes que específicamente se incluyan en esta póliza.
4. Servicios, tratamientos o procedimientos que sean responsabilidad primaria de *Medicare*.
5. Trasplantes experimentales o investigativos o que no sean de efectividad médica comprobada.
6. Gastos por servicios de transportación, comida y alojamiento.
7. Gastos y servicios relacionados con los servicios de trasplante de piel hueso y córnea que no hayan sido preautorizados por Asuntos Clínicos de MCS Life.

## **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 alguna parte del cuerpo.
2. Otras técnicas o metodologías de cirugía bariátrica diferentes 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 MÉDICO-HOSPITALARIOS**

---

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 para envío de solicitudes de pre autorización son los siguientes: [(787) 622-2436 ó (787) 622-2434 o puede llamar al Centro de llamadas de Servicio al Cliente al (787) 281-2800].

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

### **Procedimiento para la preautorización ordinaria - Conforme al Artículo 24.090 del CSSPR**

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

## B. Revisión prospectiva

- 1) a. La determinación:
  - i. La determinación de revisión prospectiva, y notificación al asegurado, se hará dentro de un plazo adecuado según la condición de salud del asegurado, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días, contados a partir de la fecha en que se recibió la solicitud.
  - ii. En caso de que MCS Life emita una determinación adversa, se notificará al asegurado según se dispone en el inciso F de esta sección.
- b. MCS Life podrá extender o prorrogar por una vez el plazo para hacer la determinación y notificar al asegurado, por un periodo adicional de quince (15) días satisfaciendo los siguientes requisitos:
  - i. La prórroga sea necesaria debido a circunstancias que estén fuera del control de MCS Life.
  - ii. Se le notificará al asegurado antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.
- c. Si la extensión se debe a que el asegurado no ha presentado información necesaria para que MCS Life pueda hacer su determinación, la notificación de la extensión cumplirá con los siguientes requisitos:
  - i. Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud.
  - ii. El asegurado tendrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de extensión, para proveer la información adicional especificada.

### 2) La notificación:

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

## C. Revisión concurrente

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

## D. Revisión retrospectiva

### 1) Determinación

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

### 2) Extensión o prórroga

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

## **E. Plazos para tomar la determinación de una solicitud**

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

## **F. Determinaciones adversas**

- 1) Cuando MCS Life haya tomado una determinación adversa, las notificaciones sobre dichas determinaciones expondrán lo siguiente:
  - a. Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo: la fecha del servicio, el proveedor, la cuantía de la reclamación, el código de diagnóstico y su significado, y el código de tratamiento y su significado.

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

### **Procedimiento para la preautorización acelerada – Conforme al Artículo 24.100 del CSSPR**

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

- A. MCS Life mantendrá por escrito, procedimientos para llevar a cabo la revisión de utilización y determinación de beneficios acelerada, con respecto a las solicitudes de cuidado urgente, y para la notificación de sus determinaciones dentro de los plazos que se requieren en el Artículo 24.100 del CSSPR.
  - 1) En caso de que el asegurado no siga los procedimientos de radicación para una solicitud de cuidado urgente, MCS Life le notificará la deficiencia y los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.
  - 2) La notificación sobre la deficiencia:
    - a. Se proveerá al asegurado a la mayor brevedad posible pero no a más tardar de veinticuatro (24) horas a partir del recibo de la solicitud.
    - b. Será provista verbalmente, o por escrito si así lo requiere el asegurado.

### **B. La determinación:**

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

- a. En caso de que MCS Life emita una determinación adversa, se notificará al asegurado según se dispone en el inciso E de esta sección.

2) Notificación por deficiencia de información:

- a. Si la solicitud está completa, pero la información clínica sometida no es suficiente para hacer la determinación, MCS Life le notificará la deficiencia del documento (verbalmente o por escrito), y le indicará la información específica que se necesita, en o antes de las veinticuatro (24) horas a partir del recibo de la radicación de la preautorización.
- b. El asegurado tendrá hasta catorce (14) días, a partir de la notificación de la deficiencia, para someter la información clínica adicional.
- c. MCS Life le notificará la determinación al asegurado en o antes de cuarenta y ocho (48) horas a partir de lo que ocurra primero entre lo siguiente:
  - i. La fecha de recibo de la solicitud adicional.
  - ii. La fecha en que vence el plazo otorgado para someter la documentación adicional.
- d. En caso de que no se reciba la información adicional en el término de los catorce (14) días, se procederá a denegar la solicitud por falta de la información clínica necesaria para tomar una determinación.
- e. En caso de que MCS Life emita una determinación adversa, se notificará al asegurado según se dispone en el inciso E de esta sección.

C. En el caso de solicitudes de revisión concurrente de cuidado urgente, en las que el asegurado solicite una extensión de tratamiento, (en la oficina de un profesional de la salud, u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud ambulatorios), más allá del plazo originalmente aprobado o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados, si la solicitud se hace por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo original o de cumplirse la cantidad de tratamientos previamente aprobados, MCS Life hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará al asegurado, teniendo en consideración la condición de salud del asegurado, dentro de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

D. El plazo que se requiere para que MCS Life tome sus determinaciones, conforme a los incisos (B) y (C) de esta sección, comenzará en la fecha en que se reciba la solicitud conforme a los procedimientos de radicación que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 del CSSPR, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

## **E. Determinaciones adversas**

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

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

### **Notificación de la determinación por MCS Life**

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

***No se requiere pre autorización para casos de emergencia.***

## PARTE VIII: 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 PPO].

Bajo este modelo el asegurado no necesita un referido de un médico primario para acceder a los servicios de otro médico especialista o subespecialista 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 subespecialista.

### **Hospitales**

Los hospitales contratados para este modelo son de la [Red Especial de Hospitales]. Los hospitales contratados están incluidos en el [Directorio de proveedores #5] aplicable a esta póliza.

### **Laboratorios**

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

### **Farmacia**

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

### **Visión pediátrica**

Red de visión Pediátrica: 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, por favor visite [[www.welcometouhc.com/us/](http://www.welcometouhc.com/us/)] o llame al Centro de Asistencia para localizar un Proveedor al [1-877-563-9016].



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

[www.mcs.com.pr](http://www.mcs.com.pr)