POLIZA DE SEGUROS

Empleados de la Universidad de Puerto Rico

VÍVELA >> MCS

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

MCS Global

P.O. Box 9023547
San Juan, PR 00902-3547

Seguro grupal entre MCS Life Insurance Company y LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

PATRONO:	**LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO JARDIN BOTANICO SUR 1187 CALLE FLAMBOYAN SAN JUAN, PR 00926-1187**
NÚMERO DE GRUPO:	**79-870100 SEGURO DE SALUD**
CUBIERTAS ADICIONALES:	**VISIÓN, FARMACIA, GASTOS MÉDICOS MAYORES**
OPCIONALES:	**DENTAL**
FECHA DE EFECTIVIDAD:	**1 DE NOVIEMBRE DE 2020**
AÑO PÓLIZA:	**30 DE JUNIO DE 2021**
MODELO DE OPCIÓN:	**SENCILLA**
TIPO DE CUBIERTA:	**H-209 MQ-452 A-358 D-116 F**
DIRECTORIO DE PROVEEDORES:	**DIRECTORIO DE PROVEEDORES 7**
FORMULARIO DE MEDICAMENTOS:	**PREFERRED DRUG LIST (PDL)**

Por favor, lea detenidamente.

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

DIVULGACIÓN DE DATOS

AVISO IMPORTANTE A LAS PERSONAS CON *MEDICARE*
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS DE *MEDICARE*

Instrucciones para el Uso de la Divulgación de Datos en las Pólizas de Seguro de Salud Vendidas a Beneficiarios de *Medicare*:

- La Ley Federal P.L. 103-432 prohíbe la venta de pólizas de seguro de salud (el término póliza o pólizas incluye los certificados) que duplican los beneficios de *Medicare* a menos que pague beneficios sin tomar en consideración otra cubierta para el cuidado de la salud e incluye la divulgación de datos prescrita en o junto con la solicitud.
- Todo tipo de póliza de seguro de salud que duplique a *Medicare* e incluya en la solicitud o junto con la solicitud una divulgación de datos no podrá cambiar las declaraciones adjuntas con respecto a lenguaje o formato (letra, tamaño, espacio proporcional de la letra, caracteres en negrillas, espacio de la líneas y la utilización de encasillados a través de todo el texto).
- Las leyes estatales y federales prohíben a los aseguradores vender una póliza suplementaria a *Medicare* a una persona que ya tenga una póliza suplementaria a *Medicare* a menos que sea un reemplazo.
- Las pólizas de seguro de propiedad/contingencia y vida no son consideradas seguros de salud.
- Las pólizas de incapacidad (ingresos) no son consideradas para proveer beneficios que dupliquen a *Medicare*.
- Las leyes federales no aseguran la prioridad de las leyes del gobierno que sean más estrictas que los requisitos federales.
- Las leyes federales no aseguran la prioridad de los requisitos existentes para someter formularios gubernamentales.

Este no es un seguro suplementario a *Medicare*.

Este seguro provee beneficios limitados si el asegurado cumple con las condiciones detalladas en la póliza. No cubre sus deducibles o coaseguros de *Medicare* y no es un sustituto al seguro suplementario a *Medicare*.

Este seguro duplica los beneficios de *Medicare* cuando paga por:

- Los beneficios expuestos en la póliza y *Medicare* provee cubierta para el mismo evento.

***Medicare* generalmente paga por la mayor parte de todos estos gastos.**

***Medicare* paga beneficios extendidos por servicios médicamente necesarios independientemente de la razón por la cual el asegurado los pueda necesitar. Éstos incluyen:**

- hospitalización
- servicios médicos
- cuidado de hospicio
- otros artículos y servicios aprobados.

Antes de comprar este seguro

- Verifique la cubierta de todas las pólizas de seguros de salud que ya tiene.
- Para más información sobre *Medicare* y el seguro suplementario a *Medicare*, vea la Guía de Seguro de Salud para Personas con *Medicare*. Para solicitarlo puede contactar al Centro de Servicio de *Medicare* al 1-800-633-4227.

Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, comuníquese con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación sobre seguros para personas de edad avanzada.

¡BIENVENIDO A MCS!

Estimado asegurado:

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

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

De tener alguna duda o pregunta relacionada con sus beneficios, puede comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Cliente al 787-281-2800 en el área metro, o libre de costo al 1-888-758-1616, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.; las personas con impedimentos auditivos (TTY) podrán llamar al 1-866-627-8182. Le invitamos también a visitar nuestra página de internet www.mcs.com.pr donde podrá tener acceso a los directorios y formularios a los que se hace referencia en esta póliza, conectándose a la herramienta My MCS.

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

Cordialmente,

Roberto Pando Cintrón
Presidente
MCS Life Insurance Company

TABLA DE CONTENIDO

PARTE I: DEFINICIONES 5
PARTE II: ELEGIBILIDAD, FECHA DE EFECTIVIDAD DEL SEGURO Y CAMBIOS 22
SECCIÓN 1: ELEGIBILIDAD 22
SECCIÓN 2: EMPLEADO 22
SECCIÓN 3: DEPENDIENTES DIRECTOS 23
SECCIÓN 4: REINSTALACIÓN DE SEGURO 25
SECCIÓN 5: CAMBIOS DURANTE EL AÑO PÓLIZA 25
SECCIÓN 6: FECHA DE EFECTIVIDAD DE CUBIERTA 26
SECCIÓN 7: FECHA DE TERMINACIÓN DE CUBIERTA 26
SECCIÓN 8: CONVERSIÓN DE CUBIERTA 27
SECCIÓN 9: CONTINUACIÓN DE CUBIERTA EN CASOS ESPECIALES 28
SECCIÓN 10: PERIODO DE ESPERA 29
SECCIÓN 11: OTRAS DISPOSICIONES 29
PARTE III: BENEFICIOS CUBIERTOS 29
SECCIÓN 1: BENEFICIOS DE SALUD 30
1. Servicios de emergencia y urgencia 30
2. Servicios de Hospital 33
3. Beneficios de Servicios Médico-Quirúrgicos 34
4. Beneficios de Servicios Médico Ambulatorios 37
5. Pruebas Diagnósticas Especializadas 39
6. Cirugía Ambulatoria 40
7. Cuidado de Salud en el Hogar 40
8. Servicios por Maternidad 40
9. Servicios por Condiciones Mentales 41
10. Programa de Asistencia al Empleado (PAE): 41
11. Abuso de sustancias controladas y/o alcohol 42
12. Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas 43
13. Otros servicios cubiertos 56
SECCIÓN 2: SERVICIOS CUBIERTOS POR REEMBOLSO 58
SECCIÓN 3: TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y MÉDULA ÓSEA 60
SECCIÓN 4: PROGRAMAS INCLUIDOS COMO PARTE DE SUS BENEFICIOS 62
GASTOS MÉDICOS MAYORES 64
CUBIERTA DE VISIÓN 68
CUBIERTA DE MEDICAMENTOS 71
CUBIERTA DENTAL - OPCIONAL 74
CUBIERTA DE ORTODONCIA 80
PARTE IV: EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA 81
PARTE V: PREAUTORIZACIÓN DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS 85
PARTE VI: DISPOSICIONES GENERALES 90
PARTE VII: SISTEMA DE QUERELLAS 100
PARTE VIII: DISPOSICIONES DE HIPAA 112
PARTE XI: MODELO DE ACCESO A LOS SERVICIOS 113
PARTE XII: TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES 114

PARTE I: DEFINICIONES

A continuación se detallan las definiciones que corresponden a los términos utilizados en esta póliza. De acuerdo con su uso en esta póliza, el significado de cada término está limitado a la definición que se acompaña.

Acceso	Disponibilidad de todos los servicios de salud incluidos en el plan, de forma tal que pueda cumplirse con las necesidades médicas de los asegurados, de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos por MCS Life.
Accidente	Situación que surge debido a causas externas violentas, repentinas o fortuitas, lejos del control de la persona asegurada, que ocurre mientras el seguro de la persona está en vigencia bajo esta póliza. No se consideran los servicios por accidentes que correspondan ser recibidos de acuerdo con las leyes de compensación por accidentes del trabajo (CFSE), que sean responsabilidad del asegurado, que estén cubiertos por planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y otros servicios disponibles a través de leyes estatales o federales.
Administrador	Organización contratada para proveer a los empleados y sus dependientes elegibles los beneficios y servicios estipulados en el Plan Médico Único de los Empleados de la Universidad de Puerto Rico.
Administrador del plan	Patrono o persona designada por el patrono para administrar esta póliza.
Affordable Care Act (ACA)	Ley de Reforma de Salud Federal promulgada en marzo de 2010. La ley fue promulgada en dos partes: la Ley de Protección y Cuidado Médico Asequible (*PPACA,* por sus siglas en inglés) que se convirtió en ley el 23 de marzo de 2010, y fue modificada por la Ley de Reconciliación de Educación y Cuidado de la Salud el 30 de marzo de 2010, según enmendada. El nombre de *Affordable Care Act* o Ley de Cuidado Médico Asequible se utiliza para referirse a la versión final de la ley.
Ambulancia	Vehículo que tiene licencia debidamente otorgada por las entidades gubernamentales para operar como un vehículo de servicios de transporte de pacientes.
Ambulatorio intensivo (*Intensive Outpatient Programs o IOP*)	Programa que, de manera intensiva, provee tratamiento y apoyo para tratar algunas condiciones como trastornos de depresión, ansiedad y dependencia de sustancias que no requieran desintoxicación.
Anestesia epidural	Anestesia local en el espacio epidural, bloqueando así, las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal.
Año póliza	El período de doce (12) meses consecutivos, por el cual la persona asegurada adquiere o renueva el seguro con MCS Life.
Apelación	Solicitud de revisión del resultado de una determinación adversa de beneficios o del resultado de la investigación de una querella.
Apelación expedita	Solicitud de revisión del resultado de una determinación adversa de beneficios presentada por un asegurado o su médico cuando la espera por el proceso regular pueda poner en riesgo la vida, salud o la habilidad del asegurado para recuperarse al máximo.

Apelación externa	Solicitud de revisión de una determinación adversa de beneficios o de la apelación interna ante una entidad externa e independiente que cumpla con los requisitos que el Comisionado de Seguros de Puerto Rico establezca y según dispuesto en la Sec. 1001 de la *Patient Protection and Affordable Care Act, 75 Fed. Reg. 43330-43364 (July 23, 2010).*
Apelación interna	Solicitud de revisión de la determinación adversa de beneficios o del resultado de la investigación de una querella ante el plan o la aseguradora.
Archivo de Elegibilidad	Sistema donde el administrador de reclamaciones / asegurador custodia la información relacionada con los datos personales de empleo y elegibilidad del asegurado y los participantes.
Archivo de Reclamaciones	Sistema donde el administrador de reclamaciones / asegurador custodia los datos relacionados con las reclamaciones por servicios cubiertos, pagos realizados, experiencia de costos y frecuencia de utilización.
Área de servicio	Área geográfica dentro de la cual se espera que la persona asegurada reciba la mayoría de los servicios médico-hospitalarios. El área geográfica consiste de los setentaiocho (78) municipios de Puerto Rico. En este plan médico, el área de servicio o área geográfica significa Puerto Rico, ya que los beneficios provistos en el mismo están disponibles sólo para aquellas personas que viven permanentemente en Puerto Rico
Asegurador	La persona natural o jurídica que se dedique a la contratación de seguros, según se define en el Art. 1.050 del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado, cualquier asociación de seguro recíproco, un organismo del Lloyd, una asociación mutualista, cualquier programa creado por virtud del Título XIX de la *Social Security Act*, las organizaciones de servicios de salud autorizadas al amparo del Capítulo XIX del Código de Seguros de Puerto Rico o cualquier entidad pública o privada, organizada con fines pecuniarios o sin ellos, dedicada al negocio de otorgar contratos de seguros. En esta póliza, asegurador se refiere a MCS Life Insurance Company.
Asegurado principal	Es el empleado del patrono quien suscribe la póliza con la entidad aseguradora.
Asuntos Clínicos de MCS Life	Es el departamento de MCS Life que agrupa las unidades de Preautorización, Revisión Hospitalaria, Educación y Bienestar, Manejo de Cuidado y Transición de Cuidado.
Asistencia quirúrgica	Médico licenciado que asiste activamente al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico cubierto, que por su complejidad, justifica la necesidad de la asistencia. Este servicio deberá ser pre-autorizado por el Programa de Pre-autorizaciones.
Autoseguro / Autoasegurado (Cost Plus)	Mecanismo de financiamiento donde el costo de las reclamaciones incurridas, más la cantidad acordada para cubrir los gastos administrativos, es rembolsado por la Universidad a MCS por las reclamaciones de farmacia.
Beneficiario	La persona o entidad que el asegurado principal designa para recibir los beneficios bajo una póliza de seguro de vida que sean pagaderos por la pérdida de la vida.

Beneficiario de *Medicare*	Cualquier persona de sesenta y cinco (65) años o más de edad, o menor de 65 años de edad con ciertos impedimentos, o con fallo renal permanente, que requiera diálisis o un trasplante de riñón, que sea elegible al programa federal de *Medicare* bajo sus cubiertas de Parte A, B, C o D.
Cargos usuales y acostumbrados	El costo usual de un servicio médico específico basado en el área geográfica donde el asegurado recibe el servicio.
Casa de descanso	Residencia donde se provee vivienda, alimentos y cuidado personal a individuos que necesitan asistencia y supervisión, y que no pueden vivir de forma independiente, pero que no necesitan cuidado de enfermería.
Casa de convalecencia	Hogar donde se brinda una serie de servicios de salud diseñados para ayudar a las personas a recuperarse de una enfermedad grave, cirugía o lesión. Estos servicios pueden consistir en medicina, enfermería o atención especializada o terapia. Estos se pueden proveer en una variedad de entornos, incluyendo hospitales de rehabilitación, centros de tratamiento ambulatorio, instituciones de enfermería diestra, y los hogares de los pacientes.
CDT – Current Dental Terminology	Sistema de codificación desarrollado por la Asociación Dental Americana que establece los procedimientos de servicios dentales y sus categorías
Cirugía Cosmética	Es la cirugía que está dirigida únicamente a mejorar la apariencia individual y no a restaurar funciones o corregir deformidades. La cirugía puramente cosmética no se convierte en cirugía reconstructiva por razones de naturaleza siquiátrica o sicológica.
Cirugía Reconstructiva	Es la cirugía que se lleva a cabo en estructuras anormales del cuerpo con intención de mejorar defectos en función y apariencia que hayan sido resultado de defectos congénitos, enfermedades o traumas.
Cirugía bariátrica	Procedimiento quirúrgico para tratar la obesidad mórbida, incluyendo pero no limitado a las siguientes técnicas: • *Bypass gástrico* - Cirugía bariátrica en que se deja un pequeño estómago de quince (15) a treinta (30) ml, que se conecta directamente al intestino delgado y la comida pasa directamente a él, disminuyendo así un gran segmento del intestino y la absorción calórica. • *Cirugía de banda ajustable* - Cirugía bariátrica que consiste en rodear la parte alta del estómago con una especie de cinturón que divide el estómago en una parte alta pequeña de unos 15cc y deja un pequeño paso al resto del estómago. • *Gastrectomía en manga* - Cirugía bariátrica que consiste en extirpar en forma vertical la porción izquierda del estómago y especialmente el fondo gástrico, donde se produce una sustancia que estimula el apetito.
Cirugía electiva	Procedimiento quirúrgico que, aunque médicamente necesario y ordenado por un médico, no necesita ser realizado inmediatamente porque no existe un riesgo inminente a la vida del paciente, ni existe un riesgo de daño permanente a un órgano vital o de que se sufra una incapacidad permanente.
Coaseguro	Cantidad de dinero expresado en por ciento, que le corresponde pagar al asegurado al momento de recibir ciertos servicios. Esta cantidad de dinero varía de acuerdo con el costo de los servicios y a las tarifas contratadas por MCS Life.

Contrato de parejas	Cualquier persona elegible, soltera o casada, con un dependiente directo (según lo define esta póliza).
Contrato familiar	Provee el beneficio del plan médico a los empleados que cumplen con los requisitos de elegibilidad, a su cónyuge y a sus dependientes directos
Contrato individual	Provee el beneficio del plan médico al empleado que cumple con los requisitos de elegibilidad sin incluir al cónyuge o dependiente.
Cónyuge	El cónyuge legal del empleado, casado de conformidad con el Código Civil de Puerto Rico o con cualquier otro ordenamiento jurídico que se reconozca bajo las leyes de puerto Rico. Pareja consensual/domestica del empleado de la Universidad de Puerto Rico que mantiene una relación consensual evidenciada a través de una declaración jurada otorgada ante notario público.
Copagos	Cantidad fija de dinero que le debe pagar el asegurado de esta póliza al proveedor al momento de recibir ciertos servicios.
Costo del ingrediente	Es el precio con descuento de una reclamación, según la fórmula (Medicamento de Marca "AWP" menos % / "U&A" usual y acostumbrado/ Medicamento bioequivalente "MAC" más la tarifa de surtido correspondiente más impuesto de venta.
Costo máximo permitido (MAC)	Es el precio cargado por un medicamento recetado producto de una lista de bioequivalentes existente.
Costo Total de la Oferta/Precio	La prima total cotizada por los tres (3) años de contrato en el caso de cotizaciones de riesgo suscrito y el costo de las reclamaciones más los gastos administrativos por los tres (3) años de contrato en el caso de las cotizaciones "Cost Plus".
CPT- Current Procedural Terminology	Sistema de codificación médica desarrollado por la Asociación Médica Americana para estandarizar la terminología y codificación utilizada para describir los servicios médicos, quirúrgicos y de diagnósticos. Tiene como objetivo unificar la información entre médicos, pacientes, instituciones y organizaciones de la salud. Existen varias categorías dentro del sistema de codificación y distintas versiones, de acuerdo al año de actualización.
Costo compartido	Es una porción del costo del servicio que tiene que pagar el asegurado al momento de recibirlo. Términos relacionados: deducible, copago y/o coaseguro.
Credencialización	Proceso inicial mediante el cual se verifica la documentación sometida por el proveedor que evidencie sus calificaciones para ejercer su profesión en Puerto Rico, los privilegios de hospital, su experiencia profesional y cualquier otro criterio relevante que establezca MCS Life periódicamente. Término relacionado: Proveedor.
Cubierta de Gastos Médicos Mayores	Provee cubierta para los servicios necesarios para el tratamiento de enfermedades, lesiones y equipo médico no incluidos en la Cubierta Medica. Están sujetos a los deducibles, copagos, coaseguros, límites y condiciones de la cubierta
Cubierta de cuidado de salud	Servicio de salud al que tienen derecho los asegurados, de acuerdo con esta póliza.
Cuidado custodial, a domicilio o residencial	Es el cuidado que no requiere servicios continuos de personal experto, médicos o personal aliado a la salud. Incluye cuidado que mantiene o sirve principalmente para apoyar la higiene personal, nutrición u otras formas de autocuidado, provee

	servicios socialmente necesarios en forma de mantenimiento y requiere la adherencia a un itinerario de medicamentos prescritos. El cuidado custodial es usualmente necesario por razones de enfermedad física para personas que no pueden cuidarse adecuadamente pero que no requieren los servicios de una enfermera práctica registrada o graduada.
Cuidado de salud en el hogar (*Home Health Care)*	Servicios médicos y otros servicios relacionados tales como terapias físicas, cuidado de enfermería, consejería y servicios sociales que son ofrecidos en el hogar del paciente por un proveedor. Incluye el cuidado y la asistencia provista en el hogar.
Cuidado de Hospicio	Cuidado físico y de consejería ofrecido por un equipo de personas que son parte de una agencia pública o compañía privada certificada. Dependiendo de la situación, este cuidado puede ofrecerse en el hogar, una facilidad de hospicio, un hospital o un hogar para ancianos.
Deducible	Cantidad pagada por el asegurado, antes de comenzar a recibir servicios cubiertos por esta póliza.
Dependientes directos	Los dependientes directos son definidos en esta póliza como: • El cónyuge o pareja del empleado elegible, los hijos e hijastros menores de veintiséis (26) años y/o del cónyuge o pareja consensual o doméstica, hijos adoptados y/o reconocidos legalmente y menores de veintiséis (26) años que residan con el empleado(a) por orden de un Tribunal con jurisdicción y/o el Departamento de la Familia conforme al documento provisto por la Universidad de Puerto Rico, el hijo (a), hermano (a) del empleado (a) y/o su cónyuge o pareja, independientemente de su edad, que esté física o mentalmente incapacitado y que sea elegibles bajo los criterios de incapacidad incluidos en este documento.
Determinación de Incapacidad	Será basada en una opinión médica, según criterios establecidos por la Administración Federal del Seguro Social y deberá proveerse evidencia médica a tales efectos.
Determinación adversa de beneficio	Una determinación adversa de beneficios puede ser: 1. una determinación hecha por una organización de seguros de salud o aseguradora, o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio o no se paga el beneficio parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa; 2. la denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta o asegurado de participar en el plan médico; o 3. la determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.

***Devices* (artefactos, aparatos, prótesis interna o externa)**	Un instrumento, aparato, máquina, implante interno o externo, u otro similar o un artículo relacionado, incluyendo una parte o un accesorio: • que es reconocido por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) cuyo uso intencional es para el diagnóstico de enfermedades u otras afecciones, o para la cura, mitigación, tratamiento o prevención de una enfermedad en el ser humano; • cuyo uso tiene la intención de afectar la estructura o cualquier función del cuerpo humano y que no puede alcanzar ninguno de sus propósitos mediante una acción química dentro o en el cuerpo humano; y • y no depende de ser metabolizado para el logro de cualquiera de sus propósitos.
Diagnóstico	Determinación de una enfermedad por los signos y síntomas que le son propicios establecido por un doctor en medicina u otros profesionales de la salud.
Emergencia Médico Aguda -	Es la presentación súbita e imprevista de una condición que requiera asistencia médica o quirúrgica y no es resultado de un accidente. Dicha asistencia debe ser recibida inmediatamente después de presentarse la condición o lo más pronto posible. En ningún caso, luego de 24 horas de haberse presentado la condición, se considerará como emergencia médico aguda.
Emergencia médica	Condición en la cual los síntomas presentados son lo suficientemente severos para que una persona razonable y prudente, con conocimiento promedio de la salud y medicina, pueda razonablemente concluir que la ausencia de atención médica inmediata resultaría en: poner en riesgo inmediato su salud o la salud de un bebé que está por nacer, un impedimento serio de las funciones corporales o una disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo.
Emergencia psiquiátrica	Cuando un paciente tiene una enfermedad mental que puede resultar en un riesgo inmediato de daño a sí mismo, a otros o a la propiedad.
Empleado Elegible	Todo empleado (a) de la Universidad de Puerto Rico que ésta declare elegible para recibir beneficios del plan médico.
Enfermeras Especiales	Aquel profesional de grado asociado o bachillerato en Ciencias de Enfermería.
Enfermedad	Un proceso anormal en el cual los aspectos de la condición y función social, física, emocional o intelectual de una persona se ven disminuidos o deteriorados en comparación con la condición anterior de dicha persona.
Enfermedad terminal	Una enfermedad o condición que es incurable o irreversible, que ha sido diagnosticada por un médico quien, a su mejor juicio, entiende que resultará en la muerte del paciente dentro de los próximos seis (6) meses.
Equipo médico duradero	Equipo que, por razones médicas, es ordenado por un médico para el tratamiento de una condición médica o enfermedad de una persona. Además, es lo suficientemente fuerte como para ser utilizado varias veces sin deteriorarse. Una persona necesita este tipo de equipo sólo cuando está enferma o lesionada. El equipo puede ser utilizado de manera segura en el hogar.
Estudio	Indagación exacta y cuidadosa de las circunstancias de una cosa, hecho o condición.

Estudio con propósitos investigativos (*Clinical Trials)*	Prueba rigurosamente controlada de un servicio o tratamiento en humanos para determinar si es seguro y/o efectivo para el manejo de una condición de salud.
Farmacia Contratada	Es cualquier farmacia con licencia con la que el PBM/administrador suscribió un contrato para proveer servicios a través de la Cubierta de Medicamentos.
Farmacia No Contratada	Es cualquier farmacia con la que el administrador de farmacia no suscribió un contrato para proveer los servicios de la Cubierta de Medicamentos.
Farmacia No Preferida	Es una farmacia minorista contratada por el PBM/administrador para proveer los servicios de la Cubierta de Medicamentos, a través de los cuales el participante pagara un copago más alto que el que pagarían en una farmacia de la Red Preferida.
Farmacia Preferida	Es una farmacia minorista contratada por el administrador/PBM para proveer los servicios de la Cubierta de Medicamentos, a través de la cuales el participante pagara un copago más bajo al beneficiarse de los descuentos negociados con la red.
Fecha de efectividad	Fecha en la que la cubierta entra en vigor para recibir los servicios descritos en esta póliza.
Gasto máximo del bolsillo *(Maximum Out-of-Pocket o MOOP)*	La cantidad máxima de dinero que un asegurado del plan tendrá que pagar en un período de beneficios, además de la prima, antes que la compañía aseguradora pague al cien por ciento (100%) los servicios cubiertos en esta póliza.
Habitación semiprivada	Habitación común cubierta bajo el beneficio de hospital en esta póliza.
Health Risk Assesment (HRA)	El estimado de riesgos de salud es un cuestionario que facilita que el asegurado obtenga un perfil de su estado de salud actual y conozca los riesgos asociados con el desarrollo de condiciones crónicas. A través del perfil de salud MCS tiene la oportunidad de: • Educar a los asegurados sobre como sus estilo de vida podrían afectar su salud y bienestar • Diseñar intervenciones de promoción de salud y bienestar basadas en las necesidades identificadas • Seguimiento del progreso de un miembro o grupo para medir la efectividad de una intervención También es una herramienta esencial para promover la participación en un programa de bienestar y alentar a los participantes a tomar un papel activo en su salud.
Health and Human Services (HHS)	Departamento de Salud y Servicios Humanos del gobierno federal responsable por administrar programas relacionados con la salud y el bienestar humano.
Hijos de crianza	Aquellos menores que, sin ser hijos naturales ni adoptivos del asegurado principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquél en una relación normal de padre/madre e hijo/hija.

Hospital	Institución autorizada y acreditada que provee servicios a la comunidad ofreciendo tratamiento y diagnóstico médico y/o quirúrgico para enfermedades o lesiones, y/o tratamiento obstétrico a pacientes hospitalizados; incluyendo hospitales generales y especializados.
Hospitalización parcial (salud mental)	Se refiere a los servicios organizados para el cuidado de pacientes con condiciones mentales y/o abuso de sustancias, que requieren atención hospitalaria a través de programas diurnos y/o nocturnos, los cuales cubren períodos diarios menores de veinticuatro (24) horas.
Hospitalización completa	Hospitalización completa es aquella que va desde el primer día en el cual el paciente es admitido a una facilidad de salud hasta el día en que es dado de alta.
Hospitalización Electiva	Hospitalización planificada para tratar una condición médica conocida (previamente diagnosticada) y que se programa para una fecha futura de acuerdo a la disponibilidad del proveedor o la conveniencia del paciente.
Homólogo clínico	Un médico u otro profesional de la salud que tiene una licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa por MCS Life en una reclamación o apelación.
Incapacidad	Falta de capacidad determinada debido a lesiones, enfermedades o embarazos que: • Cuando se refiere a un asegurado, el asegurado no es capaz, mientras se encuentra bajo el cuidado y atención regular de un médico participante, de realizar todas las tareas pertinentes a su ocupación regular. Sin embargo, después que el asegurado ha estado incapacitado por cincuenta y dos (52) semanas consecutivas en cualquier período de incapacidad, "incapacidad total" significará la inhabilidad del asegurado, en la opinión de un médico participante y mientras se encuentra bajo el cuidado y atención regular de este, para participar en negocios u ocupación de cualquier índole para la cual el asegurado está razonablemente apto, considerando su educación, adiestramiento y experiencia. • Cuando se refiere a un dependiente directo, el dependiente directo no está en condiciones de realizar las actividades normales de una persona de igual edad y sexo, en la opinión de un médico participante, y mientras se encuentra bajo el cuidado y atención regular de este.
Institución de enfermería diestra (*Skilled Nursing Facility*)	Institución especialmente calificada que cuenta con el personal y equipo para proveer cuidado de enfermería especializada. Es una institución legalmente autorizada a operar como tal y que funciona de conformidad con las leyes, que está acreditada para recibir el pago de los beneficios del Programa *Medicare* o cumple con los requisitos mínimos para otorgársele dicha acreditación, si así se solicita. Su propósito principal es brindar cuidados de salud ofrecidos por enfermeros(as) diestros(as), a los que debe supervisar un médico con licencia para ejercer su profesión, aparte de ofrecer habitación y dietas. Este tipo de institución cuenta con los servicios de enfermeros(as) para el cuidado de la salud o con la supervisión de este personal las veinticuatro (24) horas al día instalaciones para tratamiento y rehabilitación de personas lesionadas, enfermas o incapacitadas bajo la supervisión de médicos cirujanos. Lleva un registro

	médico diario de cada paciente y tiene contrato para el traslado de personas lesionadas o enfermas con uno o más hospitales.
Laboratorio clínico	Local legalmente autorizado por las autoridades correspondientes para prestar servicios de laboratorio en Puerto Rico.
Lesiones	Cualquier daño accidental o trauma que sufra la persona asegurada, que no se deba a un accidente automovilístico o del trabajo, y que requiera tratamiento médico y servicios de hospital.
Mancomunación	Bajo este concepto, se concede una sola aportación patronal por cada pareja. Una de las partes debe figurar como asegurado principal en el contrato de plan médico y la otra parte será su dependiente. En caso de separación o divorcio, deberán notificarlo para crear dos contratos por separado, donde podrán incluir a los dependientes correspondientes en cada contrato. En estos casos donde tengan doble cubierta bajo el plan de la UPR, no procederá la Coordinación de Beneficios.
Manejo de casos	Un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de seguros de salud o asegurador, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.
Matrimonio	El matrimonio es una institución civil que se origina con un contrato civil en el que las partes contratantes mutuamente acuerdan convertirse en cónyuges y descargar los deberes impuestos por las leyes, según aplicables a los Estados Unidos y a sus territorios. Solamente es válido cuando es contratado y solemnizado conforme a las disposiciones de ley, y puede ser disuelto antes de la muerte de cualquiera de los cónyuges únicamente en los casos expresamente dispuestos por ley.
Medicamento Agudo	Son aquellos que no tienen repeticiones y su uso es por un corto periodo o según la indicación médica.
Medicamento Bioequivalente	Medicamentos que contienen los mismos ingredientes activos y son idénticos en sus potencias, forma de dosificación, vías de administración, biodisponibilidad y se consideran terapéuticamente equivalentes al medicamento de marca.
Medicamentos Cubiertos	Se refiere a los medicamentos, suplementos, productos especializados, recetados u otros artículos según se indica en las especificaciones.
Medicamentos de Marca	Son medicamentos manufacturados por un laboratorio que se ha encargado inicialmente de la investigación de ese medicamento, los estudios de eficacia, eficiencia, biodisponibilidad. Tiene una patente que impide que cualquier otra empresa farmacéutica pueda sintetizar y comercializar este medicamento durante aproximadamente 20 años.
Medicamentos Especializados	Drogas que deben ser almacenadas, distribuidas en una manera no convencional se requiere supervisión y monitoreo durante la terapia. Se incluyen los inyectables, los orales, por infusión o inhalados, drogas biotecnológicas y productos biológicos.
Medicina Deportiva	Aquella rama de la medicina que trata las enfermedades y lesiones que resultan de actividades deportivas, incluye la fase preventiva y preparatoria necesaria para mantener un buen estado de salud físico y mental.
Medicina Natural	Técnica en la cual se emplean métodos y productos naturales para el tratamiento de condiciones físicas y mentales

Medicare	Programa federal de seguros de salud para personas de sesenta y cinco (65) años de edad o más, personas de cualquier edad con problemas renales permanentes y ciertas personas incapacitadas dentro de los resultados del Título XVIII de la Ley del Seguro Social. *Medicare* tiene las cubiertas Parte A, B y C, y la Parte D para medicamentos recetados. La Parte A es la que corresponde al seguro de hospitalización que incluye cuidado en hospital o institución de cuidado especializado y determinado cuidado de seguimiento. La Parte B es el seguro médico que incluye, entre otros, los servicios de cuidado, suministros médicos y servicios relacionados. La Parte C fue efectiva el 1 de enero de 1999. Bajo la Parte C de *Medicare* los individuos que son elegibles para las Partes A y B de *Medicare* pueden escoger obtener sus beneficios de *Medicare* a través de una variedad de planes basados en riesgos, excepto aquellos individuos con enfermedad renal en etapa terminal. La Parte D de *Medicare* para medicamentos recetados entró en vigor en el 2004.
Médico	Doctor en medicina (MD) autorizado a practicar la medicina en Puerto Rico. Debe poseer y tener actualizadas las licencias que le permiten ofrecer los beneficios del plan, incluyendo aquellas que permiten la prescripción de medicamentos y sustancias controladas.
Médico primario (*primary care physician*)	Proveedores primarios de cuidado de salud. Proveen cuidado básico al asegurado, hacen referidos a los especialistas y brindan cuidado de seguimiento. Usualmente son médicos generalistas, internistas, médicos de familia, ginecólogos/obstetras y pediatras.
Músicoterapia	Técnica utilizada en el tratamiento de algunas enfermedades mentales y emocionales en la que se emplean diferentes sonidos musicales.
Mes(es) de la póliza	Períodos mensuales sucesivos comenzando en la fecha de efectividad de la póliza.
Necesidad médica	Un cuidado, servicio o suministro que es ampliamente aceptado por la profesión médica como efectivo, apropiado y esencial para diagnosticar y tratar una enfermedad o lesión, y que: • está fundamentado en normas de cuidado de salud generalmente reconocidas o aceptadas y sean apropiados para los síntomas, diagnóstico, tratamiento de una lesión, condición o enfermedad y para el cuidado directo del paciente que la padece, según la interpretación de Asuntos Clínicos de MCS Life; • y se provee de acuerdo con los estándares de la buena práctica de la medicina y ampliamente aceptado por la profesión médica como efectivo, apropiado y esencial en el diagnóstico de, o tratamiento de una enfermedad o lesión; • y no se provee primordialmente por la conveniencia de la persona asegurada, médico o facilidad.
Obesidad mórbida	Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35).
Organización de revisión independiente	La entidad que realiza una revisión externa independiente de una determinación adversa o determinación adversa final, hecha por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización designada.
Organización de revisión de utilización	La entidad contratada por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico.

	No se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o asegurador subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.
Patrono	La Universidad de Puerto Rico, quien contrata al administrador/ asegurador para proveer el plan médico para beneficio de sus empleados y los dependientes elegibles de éstos.
Pensionado Elegible	Todo empleado jubilado de la Universidad que cumpla con las Reglas de Elegibilidad para el Plan Médico.
Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)	Ley de Protección y Cuidado Médico Asequible que se convirtió en ley en marzo de 2010. Término relacionado: *Affordable Care Act.*
Período de espera	Período que debe transcurrir con respecto a la persona cubierta o asegurado antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico. El período de espera en ningún caso podrá exceder de noventa (90) días.
Persona asegurada	Persona que está inscrita y cubierta bajo esta póliza.
Pharmacy Benefit Manager / Administrador de Beneficio de Farmacia (PBM)	Organización autorizada para manejar la administración de beneficios en farmacia.
Plan de referencia (*Benchmark Plan*)	Plan de cubierta donde el Estado define aquellos beneficios esenciales de salud (*essential health benefits*) que debe incluir cada asegurador, conforme a las disposiciones de la ley federal PPACA.
Plan de tratamiento	Un informe detallado de los procedimientos recomendados por el médico u otros profesionales de la salud, para el tratamiento de las necesidades médicas del paciente encontradas en el examen físico hecho por el mismo médico.
Plan Médico Único de Empleados de la Universidad de Puerto Rico	Es el plan médico que ofrece la Universidad a sus empleados y grupo familiar elegible que incluye: Cubierta Medica, Cubierta de Gastos Médicos Mayores y la Cubierta de Medicamentos. Los empleados pueden optar por una Cubierta Dental opcional.
PPO o *Preferred Provider Organization*	Modelo de acceso a servicios de salud que consiste de un grupo de hospitales, médicos y otros proveedores quienes contratan con un asegurador, patrono o algún grupo auspiciador para proveer servicios de cuidado médico a los asegurados.
Preautorización	Autorización previa expedida por el departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life a la persona asegurada, para recibir beneficios sujetos a evaluación, según establecido en esta póliza.
Precio Promedio de Venta al Por Mayor (AWP)	Es el precio en vigor en el momento en que surtió el medicamento recetado.
Procedimientos cosméticos (cirugía estética)	Cualquier procedimiento o medicamento cuyo único fin es mejorar la apariencia de una parte del cuerpo.

Prima	La cantidad que representa cubrir el riesgo de la cubierta de beneficios para el cuidado de Salud.
Prima Adicional	Cantidad a ser pagada por mes por el asegurado principal, para las cubiertas opcionales.
Prima Única	La cantidad a ser pagada por la suscripción del contrato por mes, la que será una sola cantidad por empleado, independientemente si es un contrato individual o familiar
Procedimiento reconstructivo	Procedimiento que pudiera restaurar una función y/o estructura del cuerpo.
Profesionales de la salud	Cualquier practicante debidamente admitido a ejercer en Puerto Rico, de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables, cualquiera de las profesiones del campo de la salud y el cuidado médico, tales como, pero sin limitarse a, médicos, cirujanos, podiatras, doctores en naturopatía, quiroprácticos, optómetras, sicólogos clínicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras y tecnólogos médicos, según autorización de las correspondientes leyes de Puerto Rico.
Proponente	El individuo, persona, organización o entidad natural o jurídica que somete una licitación/propuesta a la Universidad de acuerdo con las especificaciones incluidas en este documento para la administración del Plan Medico Único de Empleados de la Universidad de Puerto Rico.
Proponente Seleccionado	La entidad u organización que, como resultado de este Aviso de Solicitud de Propuesta, se le adjudique un contrato para proveer los servicios a ser ofrecidos bajo el Plan Medico Único de empleados de la Universidad.
Proveedor Contratado	Todo hospital, hospital psiquiátrico, medico, dentista, laboratorio clínico, centro de Rayos X, farmacia u otro proveedor de servicio de cuidado de salud que hay contratado con el asegurador/administrador para ofrecer servicios a los beneficiarios por una tarifa negociada.
Proveedor No Contratado	Es aquel proveedor (hospital, hospital mental, médico quirúrgico, médicos, rayos-x, laboratorio, cirugía ambulatoria, dentista, etc.) que no tenga contrato vigente con el asegurador para rendir servicios a los participantes.
Proveedor participante	Es aquel proveedor de servicios de salud contratado por MCS Life para ofrecer los servicios cubiertos en esta póliza, tales como médicos, hospitales, farmacias participantes, laboratorios y centros de radiología, entre otros.
Pruebas Diagnósticas	Todo estudio realizado cuyo propósito sea ayudar al profesional de la salud a definir el diagnóstico del paciente (pruebas de sangre, orina, laboratorios clínicos, radiografías, estudios nucleares, etc.)
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Prueba de alta tecnología (Sonogramas, CT Scan, MRI, MRA, Holter, Doppler, Stress Test, etc.)
Queja	Planteamiento de insatisfacción presentado por un asegurado que se pueda resolver con una orientación, gestión o intervención corta, según corresponda.
Querella	Una queja escrita o verbal, si conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por una persona cubierta o a nombre de esta, con respecto a: 1. la disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;

	2. el pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; 3. o asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o asegurado y MCS Life.
Reaseguro / Seguro de Limite de Pérdida (Stop Loss Insurance)	Es un seguro que se establece para proveer cubierta en caso que las reclamaciones por gastos incurridos excedan un máximo específico de dinero en un tiempo establecido.
Reclamación	Es una petición, querella o factura que una persona, o proveedor realice al asegurador/administrador con el objetivo de resolver una situación completa o realizar el pago de unos servicios prestados.
Reembolso	La devolución del costo de los servicios cubiertos luego de aplicar los deducibles, copagos y coaseguros correspondientes, de acuerdo al diseño de la cubierta.
Región Anatómica	Se refiere a las partes en que se puede dividir el cuerpo humano para la toma de estudios radiográficos de: cabeza, pecho, abdomen, pelvis y extremidades.
Receta o prescripción	Una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento con receta.
Reglamento sobre Adquisición de Equipos, Materiales y Servicios no Personales de la Universidad de Puerto Rico, Certificación Número 30, Año 2008-2009	El Reglamento de Subastas vigente de la Universidad de Puerto Rico.
Revisiones concurrentes	La revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una instalación de cuidado de la salud, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes recluidos o ambulatorios.
Revisión de utilización	Conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar su necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.
Revisión prospectiva	La revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la aversión de seguros de salud o asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.
Revisión retrospectiva	La revisión de una solicitud de un beneficio que se lleva a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. "Revisión retrospectiva" no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de los niveles de reembolso, la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

Red de proveedores	Cualquier médico, hospital, institución de enfermería diestra u otro individuo o entidad relacionados en la prestación de servicios de cuidado de la salud o ancilares que han firmado un contrato y continúan teniendo un contrato válido con MCS Life para proveer los servicios cubiertos a los asegurados, y que han sido credencializados por MCS Life o su designado conforme a las políticas de credencialización de MCS Life.
Red especial de Laboratorios/Red PPO de Laboratorios	Red de laboratorios contratados para proveer el beneficio de laboratorios como red preferida de esta póliza.
Renovación	MCS Life tiene el derecho a renovar la póliza y alterar la prima al comienzo del próximo término. La prima inicial está garantizada por un término de doce (12) meses.
Repeticiones (*refills*)	Despacho de medicamentos que se repite por indicaciones escritas del médico.
Representación falsa o fraudulenta	Una declaración o manifestación por medio de palabras, o una conducta que no concuerda con el hecho intencional, una declaración que la persona hace sabiendo que no es correcta y con la intención de defraudar.
Representante personal	Puede ser: 1. una persona a quien la persona cubierta o asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente al solicitar una excepción médica, según se establece en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico; 2. una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona cubierta o asegurado; 3. un miembro de la familia inmediata -miembro de la familia hasta el segundo grado de consanguinidad o segundo de afinidad, entiéndase padre, madre, hijo(s) y cónyuges de la persona cubierta o asegurado-, o el profesional de la salud que la atiende, cuando esta no tenga la capacidad de dar su consentimiento; 4. el profesional de la salud que trata o suministra medicamentos a la persona cubierta o asegurado, a los fines de solicitar una excepción médica a nombre de esta, según se establece en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.
Rescisión	Una invalidación de la cubierta retroactiva a la fecha de efectividad debido a una representación falsa o fraudulenta del hecho material.
Revisión acelerada	Cuando la persona cubierta o asegurado padece de una condición de salud con respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión de primer nivel de la querella pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena. La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso a más de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la solicitud de revisión acelerada.
Riesgo Suscrito	Mecanismo de financiamiento de un programa de beneficios donde el cien por ciento (100%) del riesgo es asumido por el asegurador a cambio de una prima.
Segunda Opinión Médica	Es cuando el administrador/asegurador requiere una opinión de un médico distinto al encargado del caso. Por otra parte, el plan médico confiere el derecho al participante de recibir una segunda opinión médica, aun cuando no lo requiera.

Servicios Ambulatorios	Aquellos servicios cubiertos que reciba el asegurado mientras no se encuentre recluido como un paciente hospitalizado en una instalación hospitalaria.
Servicios Cubiertos	Evaluaciones, procedimientos y tratamientos que un médico contratado ofrece y presta a un participante, sujeto a las especificaciones contenidas en su cubierta y a las cláusulas y condiciones del contrato suscrito con el administrador/asegurador.
Servicios de Ambulancia	Aquellos servicios de transportación brindados por un vehículo autorizado por la Comisión de Servicios Públicos para operar como ambulancia.
Servicios de Cuidado Intensivo	Son los servicios cubiertos y brindados al participante en instalaciones debidamente autorizadas para el cuidado intensivo de los pacientes recluidos. Incluye Unidades de Cuidado Intensivo y Unidades de Coronaria.
Servicios de Hospitalización	Son los servicios cubiertos que reciba el participante mientras se encuentra recluido como paciente hospitalizado.
Servicios cubiertos	Evaluaciones, procedimientos y tratamientos que un proveedor ofrece y presta a una persona asegurada sujeto a las especificaciones contenidas en su cubierta y a las cláusulas y condiciones de esta póliza.
Servicios de emergencia	Los servicios de cuidado de la salud prestados o que se requieren para tratar una condición de salud de emergencia.
Servicios de rehabilitación	"Rehabilitación" es el proceso de la restauración de habilidades en una persona que ha tenido una enfermedad o daño corporal, que le permite recobrar autosuficiencia y función máxima en una manera normal o lo más cercano a lo normal posible.
Servicios de habilitación	Se refiere a las terapias (físicas, del habla y ocupacionales) que se ofrecen con el propósito de corregir defectos en el desarrollo normal del paciente.
Servicios experimentales o investigativos	Tratamientos médicos: • que no tienen la aprobación final de la entidad reguladora correspondiente -por ejemplo, la *Food Drug Administration* (FDA), el *Department of Health and Human Services* (DHHS) o el Departamento de Salud de Puerto Rico-; o no están de acuerdo con la política médica establecida por MCS Life para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan; o • cuya evidencia científica no permite llegar a conclusiones sobre el efecto de la tecnología en los resultados médicos que se obtienen; o • cuyos resultados no sobrepasan los efectos negativos del tratamiento; o • cuyo tratamiento no es más beneficioso que otros tratamientos alternos ya establecidos; o • cuya mejoría del tratamiento no puede obtenerse fuera de la fase de investigación.
Servicios médicamente necesarios	Aquellos servicios que son provistos por un proveedor participante para mantener o restablecer la salud del asegurado, según el estándar de la buena práctica de la medicina.

Servicios no cubiertos o excluidos	Aquellos servicios que: • están expresamente excluidos de la cubierta en la póliza del asegurado; • son prestados por profesionales del cuidado de la salud cuya especialización carece del adiestramiento especializado correspondiente para ofrecer dichos servicios; • son considerados de naturaleza experimental o investigativa, a menos que se disponga de otra manera por ley; • y/o no son médicamente necesarios.
Servicios No Necesarios	Significa que el médico y el plan de salud discrepan en cuanto a la necesidad del paciente de un servicio en particular, que el administrado/asegurador no paga por ese servicio, que el tratamiento médico es muy nuevo o innovador o que hay cualquier otra razón para no cubrir los servicios facturados
Servicios preventivos	Los servicios preventivos (también conocidos como beneficios preventivos) son servicios y exámenes disponibles para ayudar a los pacientes en la prevención y detección de enfermedades según requeridos por el *Affordable Care Act*, (ACA).
Solicitud de Cambio	Documento o formulario que deberá radicar el empleado para solicitar cambios en su plan médico.
Solicitud de cuidado urgente	Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento en la cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente: • podría poner en peligro la vida o la salud de la persona cubierta o asegurado o su recuperación plena; o • en la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o asegurado, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado. Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la organización de seguros de salud o asegurador ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o asegurado determina presentar una solicitud de cuidado urgente, la organización de seguros de salud o asegurador tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.
Solicitud de Inscripción	El formulario que todo empleado debe completar para considerar su suscripción Plan Medico Único y la de su grupo familiar.
Suscriptor /Asegurado Principal	Es el empleado del patrono quien está suscrito al plan o a la póliza.
Tarifa Contratada	Cantidad acordada por el asegurador/administrador con un proveedor como pago por sus servicios.
Términos y Condiciones	Disposiciones generales establecidas para cada cubierta, las cuales definen: el beneficio, copago, deducibles, coaseguros, exclusiones y limitaciones, además de las condiciones técnicas, legales, derechos y responsabilidades de todas las partes.

Tenedor de la póliza	Es todo aquel patrono a favor de quien se expide esta póliza o contrato de seguro quien, a su vez, asume las obligaciones y responsabilidades impuestas en esta, incluyendo, pero sin limitarse a, el pago de las primas correspondientes.
Telemedicina	Conforme la Ley 169 de 1 de agosto de 2018, es la práctica de la medicina a distancia incorporando tanto el diagnóstico, el tratamiento y la educación médica mediante el uso de recursos tecnológicos para optimizar los servicios de atención en salud. Los mismos deben incluir, pero sin limitarse, servicios complementarios e instantáneos a la atención de un especialista; diagnósticos inmediatos por parte de un médico especialista en un área o región determinada; educación remota de alumnos de las escuelas de enfermería, profesionales de la salud y medicina; servicios de archivo digital de exámenes radiológicos, ecografías, emergencias médicas y otros. En el caso de Centros de Rehabilitación se incluirá para fines de Telemedicina a terapistas físicos, terapistas ocupacionales y terapistas del habla.
Terapia de grupo	Modalidad de tratamiento para el cuidado psiquiátrico que se enfoca en un grupo de pacientes que reciben tratamiento en conjunto. Está dirigido por un clínico con licencia, tiene un plan de tratamiento establecido y unas metas particulares de mejoramiento.
Trasplante	Transferencia de un órgano o tejido a un área del mismo cuerpo o a otro individuo.
Tratamiento residencial	Tratamiento ofrecido en una facilidad de cuidado de la salud que provee terapia, en un ambiente de vivienda temporera, para aquellos pacientes con trastornos de comportamiento y/o abuso de sustancias que requieran medicación o supervisión continua, o alivio de estresores ambientales.
Unidad de cuidado intensivo	Unidad de un hospital requerida para pacientes con condiciones críticas de salud y que necesitan soporte vital de sus funciones orgánicas, además de supervisión médica especializada y monitoreo constante.
Usual y acostumbrado (U&C)	Es el precio que un proveedor, facilidad o farmacia cobraría por los servicios a un cliente que no tiene cubierta de beneficios.
Visitas colaterales	Modalidad para el cuidado de salud mental para el tratamiento del paciente, con el propósito de recolectar información e implementar los objetivos del tratamiento. Una persona participante es generalmente el padre, cónyuge, o hermanos. Otras personas también pueden tener derecho a visitas colaterales, tanto para el adulto como para el paciente niño o adolescente, siempre que se pueda demostrar que el individuo es, de hecho, una persona importante en la vida del paciente.

PARTE II: ELEGIBILIDAD, FECHA DE EFECTIVIDAD DEL SEGURO Y CAMBIOS

Sección 1: Elegibilidad

Suscripción de grupos grandes

MCS Life cumple con la disposición y definición de grupo grande establecida por la Oficina del Comisionado de Seguros el 20 de marzo de 2017. De acuerdo con la definición, serán considerados como un grupo grande aquellas empresas que hayan empleado cincuenta y un (51) empleados elegibles o más durante al menos el cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año natural anterior.

Al determinar el número de empleados elegibles, las compañías que sean afiliadas, o que sean elegibles para presentar una planilla de impuestos combinada para propósitos de tributación en Puerto Rico, se considerarán un sólo patrono. Después de emitido el plan médico y con el propósito de determinar la continuidad de la elegibilidad, el tamaño de dicho patrono se determinará anualmente.

MCS Life requiere que los asegurados sean residentes *bona fide*s de Puerto Rico para ser elegibles a esta póliza**,** excepto estudiantes universitarios en Estados Unidos. MCS se reserva el derecho de solicitar asegurado evidencia de asegurabilidad que demuestre que el asegurado cumple con el requisito de residencia bajo esta póliza. MCS podrá solicitar evidencia que demuestre que vive físicamente, de manera permanente en Puerto Rico y *bona fides*, incluyendo, pero no limitado a evidencia de la localización de su residencia principal; lugar donde tiene sus cuentas de banco; donde recibe su correspondencia; donde está registrado para votar, entre otros.

MCS Life no denegará, excluirá o limitará beneficios a las personas por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad de la persona, conforme al artículo 2.050 (I) del Código de Seguros de Salud Puerto Rico.

Sección 2: Empleado

Los siguientes serán elegibles para recibir beneficios del Plan Médico:

1. **Empleados**
   Todos los empleados de la Universidad de Puerto Rico que ésta declare elegibles para recibir beneficios de Plan Médico Único. Los empleados nuevos cuya fecha de elegibilidad sea posterior al periodo de renovación, podrán solicitar el plan médico dentro de los noventa (90) días inmediatamente siguientes a la efectividad de su contratación. La solicitud deberá acompañarse con el documento que acredite la fecha de elegibilidad. En este caso, la cubierta será efectiva el día primero del mes siguiente al que se radique la solicitud, en la División de Seguros de la Administración Central, si se entrega no más tarde del día 25 de cada mes. Solicitudes que se reciban posteriores al día 25 serán efectivas el primer día del mes subsiguiente.

   El beneficio del plan médico cubre a los empleados elegibles, de acuerdo a las siguientes modalidades:

   a) empleados solteros y sin dependientes
   b) empleados solteros y sus hijos dependientes legales hasta el último día del mes en que cumplan 26 años.

c) empleados casados de conformidad con el Código Civil de Puerto Rico, o con cualquier otro ordenamiento jurídico que se reconozca bajo las leyes de Puerto Rico, su cónyuge e hijos dependientes legales, según se definen en esta sección.
d) empleados solteros que mantengan una relación consensual con otra persona independientemente del género de la referida persona y los hijos dependientes legales de cualquiera de los miembros de la relación consensual/doméstica.
e) cualquier excepción determinada por la Universidad.

Los empleados que se jubilan de la Universidad, son elegibles a continuar con el beneficio del Plan Médico Único de Empleados por dieciocho (18) meses adicionales, a partir de la fecha de jubilación. De igual manera, es elegible su grupo familiar cubierto por el Plan a la fecha de jubilación. A partir de la fecha de jubilación y durante los dieciocho (18) meses de extensión, no se podrán añadir dependientes ni hacer cambios en cubierta.
Aquellos empleados de la Universidad que están acogidos al plan médico de la Asociación de Maestros de Puerto Rico, podrán solicitar ingreso al Plan Médico Único de la Universidad en la fecha que expira su año contrato en la Asociación. El empleado deberá presentar, junto con la solicitud, evidencia de cancelación aceptable para la Universidad.

Los empleados afiliados al Sindicato de Trabajadores de la Universidad, deberán acogerse al plan seleccionado por su representante.

Sección 3: Dependientes directos

Si el empleado es elegible para el Plan y el Plan provee cubierta para dependientes, también serán elegibles a la cubierta el cónyuge y sus dependientes elegibles de acuerdo con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. El Código dispone que será considerado como un dependiente cualquier persona que es o pudiese ser elegible a un plan médico por motivo de la relación que tiene con el asegurado principal de acuerdo con las condiciones dispuestas en el plan médico. Podrán considerarse dependientes del asegurado principal los siguientes:

1. Cónyuge / Pareja Consensual / Doméstica

El cónyuge legal o pareja consensual / doméstica del empleado de la Universidad, es elegible para recibir los beneficios del Plan. Todo empleado que contraiga matrimonio durante la vigencia del año póliza, tiene derecho a incluir a su cónyuge en el Plan, si así lo solicita. Para ello tiene que proveer con su solicitud, el certificado de matrimonio o evidencia que certifique tal petición. El empleado que mantiene una relación consensual y/o doméstica, deberá presentar una declaración jurada otorgada ante notario público en el documento provisto por la Universidad.

La fecha de efectividad será como sigue:
a) Si la inclusión del cónyuge se solicita dentro de los primeros treinta (30) días siguientes a la fecha de matrimonio, será elegible para recibir beneficios efectivos a la fecha del matrimonio.
b) Si se solicita la inclusión del cónyuge después de los treinta (30) días de haber contraído matrimonio, el cónyuge será elegible el primer día del mes siguiente de haber radicado la solicitud.
c) La pareja consensual / doméstica será elegible, conforme a los criterios establecidos en los incisos a o b anteriores, siempre que incluya el documento provisto por la Oficina Central de Recursos Humanos de la Universidad para tal propósito. La cubierta será efectiva el día que la Universidad certifique la aceptación.
d) En caso de separación o previo a la sentencia de divorcio, el cónyuge pierde elegibilidad el primer día del mes siguiente en que el empleado notifique por escrito la separación o ruptura definitiva de la relación. Disponiéndose que esta cláusula deberá ser coordinada con cualquier legislación

u orden de algún tribunal con jurisdicción a esos efectos. El empleado(a) tiene que notificar la separación o ruptura definitiva de la relación a MCS por conducto de la Universidad. De no hacerlo, obliga al empleado(a) a responder por el pago de la prima proporcional correspondiente a la clasificación que como asegurado disfrutaba por el beneficio del plan médico. El empleado será responsable de reembolsar al asegurador todos los gastos incurridos por el ex cónyuge, por los servicios utilizados por éste último, luego de perder la elegibilidad.

La Universidad concede una sola aportación patronal por cada pareja, según la Certificación Número 11 2002-2003. Una de las partes debe figurar como asegurado principal en el contrato de plan médico y la otra parte será su dependiente. En caso de separación o divorcio, deberán notificarlo para crear dos contratos por separado, donde podrán incluir a los dependientes correspondientes en cada contrato. En estos casos donde tengan doble cubierta bajo el plan de la Universidad, no procederá la Coordinación de Beneficios.

2. **Hijos e Hijastros del Empleado y su Cónyuge:**
   a) Recién nacidos - Los hijos de los empleados que nacen estando sus padres cubiertos son elegibles al plan médico a partir de la fecha de su nacimiento siempre y cuando se notifique a MCS, por conducto de la Universidad, dentro de los sesenta (60) días siguientes a su nacimiento. El empleado tiene que proveer el certificado de nacimiento con la solicitud de cambio para incluir al recién nacido. Si el empleado no notifica el nacimiento del hijo(a) y/o no presenta la evidencia requerida dentro del tiempo antes indicado, la efectividad de la cubierta será en la fecha en que el empleado notifique el nacimiento y presente evidencia a MCS por conducto de la Universidad.
   b) Todos los hijos(as) e hijastros(as) serán automáticamente excluidos del Plan Médico el último día del mes que cumplan veintiséis (26) años.
   c) Hijas e hijastras embarazadas, podrán continuar siendo elegibles como dependiente directo hasta el último día del mes que cumplan veintiséis (26) años.
   d) Los hijos(as) e hijastros (as) adoptados(as) y reconocidos legalmente, son elegibles al Plan Médico, sujetos a los mismos requisitos de elegibilidad consignados en los incisos a, b y c anteriores. El empleado(a) debe mostrar documentación que evidencia la adopción junto al certificado de nacimiento del menor. La cubierta será efectiva el día que la Universidad certifique la aceptación.
   e) Menores de veintiséis (26) años que residen con el empleado por orden de un Tribunal con jurisdicción o asignados por el Departamento de la Familia son elegibles al Plan como dependientes directos. Es responsabilidad del empleado someter la evidencia del Departamento de la Familia emitida por la persona encargada del caso con el visto bueno del supervisor y en el documento provisto por la Universidad.
   f) Hijos(as) e hijastros(as), independientemente de su edad, que estén física o mentalmente incapacitados son elegibles como dependientes directos. La determinación de incapacidad será a base de una opinión médica, según criterio establecido por la Administración Federal del Seguro Social. La cubierta será efectiva el día que la Universidad certifique la aceptación.
   g) En el caso de que los hijos(as) e hijastros (as) del empleado no vivan bajo el mismo techo que el empleado, éstos serán elegibles al Plan Médico sujeto a las mismas disposiciones de los incisos a, b, c y d.
   h) Hijos (as) e hijastros (as) que pierden su elegibilidad como dependientes directos pueden hacer una conversión al plan de pago directo que tenga disponible el proponente seleccionado, según sea el caso, dentro del periodo de tiempo permitido por ley.

Elegibilidad cuando ambos cónyuges trabajan para el mismo patrono

Ambos estarán cubiertos, como un empleado, bajo ese plan, en vez de como dependiente bajo este plan. Y si tanto el empleado como su cónyuge trabajan para la compañía o una división o subsidiaria de dicho patrono participante, los miembros de la familia serán considerados como dependientes de un solo empleado, no de ambos.

Orden de pensión médica cualificada de un hijo

Una orden de pensión médica cualificada (*Qualified Medical Child Support Order* o QMCSO) es una orden del tribunal u orden administrativa que requiere una pensión para la cubierta médica del hijo de un asegurado. Una razón común para que los tribunales o ciertas agencias administrativas emitan una orden de pensión médica cualificada de un hijo es para proteger el beneficio de cubierta de los hijos en caso de divorcio.

Se le notificará al empleado si el patrono recibe una QMCSO que le afecte. Si el empleado recibe una orden de pensión médica cualificada de un hijo, este(a) debe contactar a su representante del Departamento de Recursos Humanos. El representante del Departamento de Recursos Humanos seguirá los procedimientos administrativos necesarios. Esto asegurará el cumplimiento en la determinación del estatus de la QMCSO. El empleado puede requerir una copia de los procedimientos de la QMCSO del patrono libre de costo.

Sección 4: Reinstalación de seguro

Un empleado cuyo seguro expiró debido a terminación de empleo y que es recontratado dentro de seis (6) meses de la fecha de dicha terminación, nuevamente será elegible para el seguro en la fecha en que regrese a trabajar activamente. Sin embargo, si el empleado es recontratado después de seis (6) meses de cumplir la fecha de terminación, dicho empleado solamente será elegible para el seguro en la fecha en que complete el período de suscripción aplicable.

Sujeto al correspondiente pago de la prima establecida por MCS Life, el asegurado tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios del seguro médico por noventa (90) días luego de la terminación de la cubierta. Si el asegurado (a) se encontraba hospitalizado al momento de la terminación de la cubierta, los noventa (90) días se contarán desde la fecha en que se dio de alta.

Si una asegurada se encuentra en su segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación de la cubierta y ha estado recibiendo tratamiento para el embarazo antes de la fecha de la terminación de la cubierta, el período de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, la que fuese última. En los casos de asegurados diagnosticados con una enfermedad terminal contraída antes de la fecha de la terminación de la cubierta, y para la cual haya estado recibiendo tratamiento antes de esa fecha, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.

Sección 5: Cambios durante el año póliza

Cambios en Contratos de Suscripción

Los cambios de cubierta podrán hacerse solamente en la fecha de comienzo de un nuevo año póliza.

Cambios en Contratos de Suscripción Fuera de Fecha de Renovación

A continuación, se describen cuatro (4) situaciones en las que MCS por conducto de la Universidad, deberá aceptar cambios en los contratos de suscripción, fuera de fecha de renovación:

a) Cuando empleados que reciben aportación patronal solicitan y se les otorga licencia sin sueldo y cuando los que están en licencia sin sueldo regresan a sus funciones.
b) Cuando empleados que están por contrato y no tienen derecho a la aportación patronal pasan a ser empleados regulares con aportación patronal.
c) Cuando los contratos mancomunados se separan o contratos separados se mancomunan.
d) Inclusión de hijos(as) e hijastros(as) como dependientes directos.

Sección 6: Fecha de efectividad de cubierta

La cubierta del empleado es efectiva una vez cumplidos los criterios de elegibilidad establecidos por su patrono.

Costo de la cubierta

El empleado y el patrono comparten el costo de la cubierta médica, con la compañía pagando la mayor porción del costo total. El empleado paga la porción del costo de su cubierta, la de su cónyuge y/o la cubierta de dependientes directos cubiertos a través de deducciones del salario neto. El costo de la cubierta depende del nivel de cubierta seleccionado y será indicado en el Formulario de Suscripción de Beneficios.

Sección 7: Fecha de Terminación de Cubierta

La cubierta bajo el plan termina el último día del mes en que:

1. termina el empleo (si la cubierta termina por retiro o incapacidad, el asegurado debe contactar al representante del Departamento de Recursos Humanos del patrono para más información);
2. el empleado ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del plan;
3. no se hace una contribución requerida al momento de su vencimiento y conforme a lo estipulado en la sección "Periodo de Gracia" de esta póliza;
4. el plan termina.

La cubierta para un miembro de la familia también termina el último día del mes en que ya no es un dependiente elegible.

Si la cubierta termina, se pagarán los gastos incurridos por el asegurado siempre y cuando hayan sido antes de la fecha de terminación del plan y en conformidad con el Art. 7 de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada, y el asegurado debe seguir los procedimientos para la radicación de un reembolso aplicable. Cuando la cubierta termina, el empleado y sus dependientes directos cubiertos -excepto parejas consensuales- pueden adquirir un plan médico individual.

En conformidad con el artículo 7 de la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada, todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a:

1. En caso que se termine un plan de cuidado de salud o se cancele el mismo, o terminación o cancelación de un proveedor, MCS Life deberá notificarle dicha terminación o cancelación al paciente con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.
2. El asegurado tiene derecho a permanecer con su proveedor de servicios actual por un período de noventa (90) días, comenzando en la fecha de terminación del plan y terminando noventa (90) días después. Sin embargo, en las siguientes situaciones, el período de transición puede ser extendido:

- Si el asegurado ha sido hospitalizado antes de la fecha de terminación del plan y la fecha de alta de la hospitalización ha sido programada antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición se extenderá desde esta fecha hasta noventa (90) días después de la fecha en que el asegurado sea dado de alta.

- Si la asegurada se encuentra en el segundo trimestre de embarazo antes de la fecha de terminación del plan y su proveedor de servicios ha estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, de los dos la que fuera última.
- Si el asegurado ha sido diagnosticado con una condición terminal antes de la fecha de terminación del plan y su proveedor de servicios ha estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con dicha condición antes de dicha fecha, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de vida. Una vez finalizado este período de transición, deberá visitar al proveedor de servicios de salud de la Red de Proveedores Contratados de MCS Life. Al seguir este proceso, asegurará la continuidad de sus servicios de salud.

Sección 8: Conversión de Cubierta

Si el seguro de salud de una persona asegurada bajo esta póliza termina por razón de finalizar su empleo o su condición como miembro de la clase o clases elegibles para cubierta bajo la póliza, puede ser elegible para convertir dicho seguro a una póliza individual emitida por MCS Life sin necesidad de presentar prueba o evidencia de asegurabilidad, y sujeto al pago de las primas correspondientes dentro de un término que no sobrepasará los treinta (30) días a partir del evento calificador.

Los beneficios bajo la póliza de conversión no necesariamente serán los mismos beneficios de esta póliza y serán de acuerdo con la póliza individual de conversión seleccionada por el asegurado. La póliza de conversión será un plan de beneficios reducidos.

Adicionalmente, el asegurador no estará obligado a emitir una póliza individual cubriendo a una persona que tenga derechos a recibir beneficios similares provistos bajo cualquier cubierta de seguro o bajo el programa de *Medicare* de la Ley Federal de Seguro Social, según fuere subsiguientemente enmendada, si éstos beneficios, conjuntamente con los provistos bajo la póliza individual, resultaran en un exceso de cubierta (*over-insurance*) según las normas del asegurador.

Personas elegibles para la conversión

Una persona asegurada es elegible para seguro de conversión si es:

1. un empleado cuyo seguro termina por cualquier razón;
2. cónyuge y/o dependientes directos de un empleado cuyo seguro termina porque el empleado falleció o por razones de divorcio o anulación del matrimonio o cualquier razón que no cualifique a la persona asegurada como un miembro del componente familiar bajo la póliza de grupo aun cuando el asegurado principal continúe bajo la cubierta

Si la póliza de grupo cesa o es enmendada en tal forma que termine el seguro de cualquier categoría de asegurados, toda persona incluida en dicha póliza de grupo en la fecha de terminación y que se haya mantenido así asegurada por lo menos tres años antes de la fecha de dicho cese; tendrá derecho a que se le emita por el asegurador una póliza individual de seguro de incapacidad sujeto a las mismas condiciones y limitaciones provistas en esta sección.

Si un empleado es elegible para el seguro de conversión, también puede convertir bajo la misma póliza cualquier seguro de dependiente que pudiera terminar en el mismo momento.

Solicitud y fecha de efectividad para una conversión

Para poder convertir, la persona elegible deberá solicitar y pagar la primera prima dentro de treinta y un (31) días de la fecha que el seguro expira bajo esta póliza. El asegurado recibirá una notificación treinta (30) días previos a la fecha de expiración del período para acogerse a una nueva cubierta detallando las alternativas de servicios disponibles y el costo de cada plan en ese momento. Si el asegurado no recibiera este aviso, entonces en tal caso tendrá un período adicional durante el cual puede ejercer su derecho, pero nada de esto implica la continuación de una póliza más allá del período provisto en el certificado de cubierta.

El período adicional expirará treinta (30) días después de habérsele avisado al asegurado, pero en ningún caso se extenderá más de sesenta (60) días después de la fecha de expiración provista en la póliza. Una notificación escrita presentada al asegurado o enviada por correo al tenedor de la póliza o al patrono a la última dirección conocida del asegurado o enviada por el asegurador a la última dirección conocida del asegurado será considerada aviso para los efectos de este párrafo.

Si se concede un período adicional para ejercer el derecho a convertir, según aquí provisto, y si la solicitud escrita para dicha póliza individual acompañada por la primera prima, se hace durante el período adicional, la efectividad de la póliza individual será en la fecha de terminación del seguro bajo la póliza de grupo. Se hace constar que las solicitudes están disponibles en la oficina del patrono o en MCS Life.

Las primas para el seguro de conversión estarán basadas en:

1. el beneficio de seguro de la póliza individual de conversión seleccionada;
2. las primas que están en efecto para esa clase de seguro;
3. y las edades, a la fecha de efectividad, de cada persona que estará asegurada.

La fecha de efectividad del seguro de conversión será el día de la fecha en que el seguro de la persona bajo esta póliza haya expirado y cubrirá al cónyuge y dependientes directos cubiertos a la fecha de terminación del plan inicial, siempre y cuando el asegurado principal no opte por adquirir una póliza individual para éstos.

Se aclara que si un asegurado bajo la póliza de grupo sufre una pérdida cubierta bajo la póliza individual descrita en el primer párrafo de esta sección durante el período dentro del cual hubiere cualificado para que se le emitiera dicha póliza individual y antes que dicha póliza individual empiece a regir, los beneficios a que tuviere derecho bajo dicha póliza individual serán pagaderos como reclamación bajo la póliza de grupo, aunque no se haya solicitado una póliza individual o aunque no se haya hecho el pago de la primera prima.

Sección 9: Continuación de cubierta en casos especiales

MCS Life no incurrirá en prácticas indebidas contra las víctimas de maltrato. Conforme lo establece el Art. 72.040 del Código de Seguros de Puerto Rico constituyen actos de discrimen indebido por parte de los planes médicos, No obstante, cada asegurado es responsable de cubrir la prima mensual correspondiente a su cubierta. Se considera discrimen:

1. denegar, rehusar emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que la persona cubierta o asegurado ha sufrido maltrato; o
2. excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta o asegurado.
3. terminación voluntaria o involuntaria de cubierta de grupo de una víctima de maltrato por motivo de que la cubierta se hubiere emitido originalmente a nombre del maltratante y éste se haya divorciado o

separado de la víctima de maltrato o haya perdido la custodia de la víctima, o porque la cubierta del maltratante haya terminado de cualquier otra manera voluntaria o involuntaria. Lo aquí dispuesto no impide que MCS Life requiera que la víctima de maltrato pague la prima completa de la cubierta del plan médico, si los requisitos se aplican igualmente a todas las personas cubiertas o asegurados, actuales o potenciales.

Sección 10: Periodo de Espera

No existirá periodo de espera para condición física o enfermedad alguna, incluyendo los servicios de maternidad para empleadas, esposas e hijas / hijastras elegibles. Empleados nuevos no estarán sujetos a periodos de espera.

Sección 11: Otras Disposiciones

a) Es responsabilidad del empleado notificar a MCS, a través de la Universidad, cuando algún miembro de su grupo familiar pierde elegibilidad al plan. El no hacerlo obliga al empleado(a) a responder por el pago que será facturado por mantener el beneficio en vigor sin tener derecho a ello.
b) MCS asume todos los gastos médicos relacionados con el beneficio de maternidad a empleadas, esposas, hijas e hijastras cubiertas, los cuales estén en progreso al momento de entrar en vigor el Plan Médico.
c) Los empleados de la Universidad podrán seleccionar la Cubierta Dental de manera opcional dentro del ofrecimiento.

PARTE III: BENEFICIOS CUBIERTOS

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

Los servicios estarán cubiertos cuando sean prestados en Puerto Rico, por proveedores participantes contratados por MCS Life. También estarán cubiertos aquellos servicios preautorizados y coordinados por Asuntos Clínicos de MCS Life a realizarse en Estados Unidos, y casos de emergencias conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada.

Algunos beneficios de salud conllevan un máximo de gastos del bolsillo (*maximum out of pocket* o *MOOP*) o desembolso por la persona asegurada. El máximo aplica a los beneficios esenciales de salud descritos en el Plan de Referencia de Puerto Rico. El *MOOP* será confirmado anualmente por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Favor de hacer referencia a la "Parte XII: Tabla de copago, coaseguros y deducibles" de esta póliza para saber el *MOOP* correspondiente a su cubierta.

El máximo que aplica a esta póliza será equivalente al máximo establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para su año de vigencia y representa la suma de gastos de bolsillo del asegurado, entiéndase deducible inicial, copagos y/o coaseguros establecidos para cubierta médica y medicamentos recetados (combinado). Cuando el asegurado alcance el máximo de gastos del bolsillo según establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, MCS Life cubrirá los beneficios esenciales de salud al cien por ciento (100%). La cantidad máxima de gastos del bolsillo establecida por la Oficina del Comisionado Seguros de Puerto Rico es seis mil trecientos 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 Medilínea MD
- MCS Alivia
- Costos compartidos pagados por un tercero (ejemplo: programas de descuento de medicamentos).
- Medicamentos administrados a nivel ambulatorio, excepto las quimioterapias, radioterapias y medicamentos utilizados para la preparación de quimioterapias
- Servicios por proveedores no participantes, excepto emergencias
- Servicios dentales que no sean esenciales
- Medicamentos que no sean esenciales
- Costos compartidos pagados por un tercero (ejemplo: programas de descuento de medicamentos, programas de asistencia a pacientes provistos por manufactureros o fundaciones).
- Cantidades pagadas como costos compartidos usando cualquier forma de ayuda directa ofrecida al asegurado por una compañía manufacturera de medicamentos para reducir o eliminar los desembolsos inmediatos por medicamentos recetados específicos de marca cuando haya disponible un genérico equivalente y medicamente apropiado, no tienen que ser acumulados al máximo anual de desembolso (MOOP, por sus siglas en inglés).

Sección 1: Beneficios de Salud

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

1. Servicios de emergencia y urgencia

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

En el caso de proveedores no participantes en Puerto Rico, los servicios serán cubiertos conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada. MCS Life compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y este vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la tarifa acordada con los proveedores contratados por MCS Life para ofrecer los mismos servicios. Además, bajo estas circunstancias, tales servicios de emergencia serán provistos independientemente de las condiciones del plan de salud correspondiente. Toda emergencia médica en la cual se acceda a los servicios a través del **sistema 9-1-1 no requerirá preautorización** y **estará** cubierta 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 sala de emergencia por accidente o enfermedad.	• 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
	En casos de emergencias por accidentes, siempre y cuando el asegurado demande los servicios dentro de las primeras

	veinticuatro (24) horas después de haber ocurrido el accidente, estará cubierto para recibir de ser necesario, en forma ambulatoria los siguientes servicios: • Uso de Sala de Emergencia • Uso de Servicios usuales de Enfermería • Uso de Sala de Operaciones • Uso de Sala de Maternidad • Uso de Sala de Recuperación, de haber disponible • Anestesia • Pruebas de Laboratorio, sin co-pago • Rayos X, sin co-pago • Pruebas patológicas • Todos los medicamentos que sea necesario administrar en la Sala de Emergencia • Oxígeno • Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones • Bandejas, yeso, materiales quirúrgicos, gasas y cualquier otro material curativo, así como su aplicación. • Cualquier otro servicio rutinario de Sala de Emergencia • Evaluación Médica • Consultas con especialistas y sub-especialistas • Terapia Respiratoria • Pruebas diagnósticas especializadas sin coaseguro

En los casos de emergencias por accidentes donde esté presente una condición de trauma y el asegurado obtenga los servicios de emergencia a los que tiene derecho y según descritos anteriormente, aplicará el copago de setenta y cinco dólares ($75.00) Si los servicios son provistos de parte de un proveedor no contratado por MCS, dentro de Puerto Rico, el asegurado tiene derecho a ser reembolsado a tarifa contratada para dicho servicio menos el co-pago aplicable y sujeto a los máximos especificados que se cubre en las tarifas establecidas de MCS. Será responsabilidad del asegurado presentar la evidencia necesaria y radicar la solicitud de reembolso a MCS. En caso de que el servicio sea brindado fuera de Puerto Rico se cubrirá a través de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores.

En los casos de emergencias por condiciones médico agudas (que no son resultado de un accidente, pero que requieren atención médica inmediata y que de no recibir la atención la condición puede agravarse y peligrar la vida del paciente) el asegurado estará cubierto hasta el máximo contratado por MCS por el uso de la Sala de Emergencia, bandejas, medicamentos, materiales, etc. Se incluye en esta tarifa el cargo por honorarios médicos y el co-pago de setenta y cinco dólares ($75.00) que debe pagar el asegurado.

Si el asegurado recibiera servicios médicos por razón de emergencia médico aguda mientras se encuentra fuera de los límites geográficos de Puerto Rico por proveedores no participantes de MCS, el reembolso será de ochenta por ciento (80%) de los gastos incurridos hasta el máximo de los cargos especificados que se cubre en las tarifas establecidas de MCS ya que se cubrirá a través de Gastos Médicos Mayores. Será responsabilidad del asegurado presentar la evidencia necesaria radicar la solicitud de reembolso a MCS.

MCS Life cubre servicios en un centro o facilidad de urgencia y el asegurado deberá pagar el copago o coaseguro de centro o facilidad de urgencia.	• servicios médicos por causa de trauma y/o enfermedad
	• medicamentos, materiales y equipo
	• terapia respiratoria sin límite
	• condiciones autoinfligidas (intentos de suicidios)
	En casos de emergencias por accidentes, siempre y cuando el asegurado demande los servicios dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de haber ocurrido el accidente, estará cubierto para recibir de ser necesario, en forma ambulatoria los siguientes servicios: 1. Uso de Sala de Emergencia 2. Uso de Servicios usuales de Enfermería 3. Uso de Sala de Operaciones 4. Uso de Sala de Maternidad 5. Uso de Sala de Recuperación, de haber disponible 6. Anestesia 7. Pruebas de Laboratorio, sin co-pago 8. Rayos X, sin co-pago 9. Pruebas patológicas 10. Todos los medicamentos que sea necesario administrar en la Sala de Emergencia 11. Oxígeno 12. Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones 13. Bandejas, yeso, materiales quirúrgicos, gasas y cualquier otro material curativo, así como su aplicación. 14. Cualquier otro servicio rutinario de Sala de Emergencia 15. Evaluación Médica 16. Consultas con especialistas y sub-especialistas 17. Terapia Respiratoria 18. Pruebas diagnósticas especializadas sin coaseguro En los casos de emergencias por accidentes donde esté presente una condición de trauma y el asegurado obtenga los servicios de emergencia a los que tiene derecho y según descritos anteriormente, aplicará el copago de setenta y cinco dólares ($75.00) Si los servicios son provistos de parte de un proveedor no contratado por MCS, dentro de Puerto Rico, el asegurado tiene derecho a ser reembolsado a tarifa contratada para dicho servicio menos el co-pago aplicable y sujeto a los máximos especificados que se cubre en las tarifas establecidas de MCS. Será responsabilidad del asegurado presentar la evidencia necesaria y radicar la solicitud de reembolso a MCS. En caso de que el servicio sea brindado fuera de Puerto Rico se cubrirá a través de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores. En los casos de emergencias por condiciones médico agudas (que no son resultado de un accidente, pero que requieren atención

	médica inmediata y que de no recibir la atención la condición puede agravarse y peligrar la vida del paciente) el asegurado estará cubierto hasta el máximo contratado por MCS por el uso de la Sala de Emergencia, bandejas, medicamentos, materiales, etc. Se incluye en esta tarifa el cargo por honorarios médicos y el co-pago de setenta y cinco dólares ($75.00) que debe pagar el asegurado. Si el asegurado recibiera servicios médicos por razón de emergencia médico aguda mientras se encuentra fuera de los límites geográficos de Puerto Rico por proveedores no participantes de MCS, el reembolso será de ochenta por ciento (80%) de los gastos incurridos hasta el máximo de los cargos especificados que se cubre en las tarifas establecidas de MCS ya que se cubrirá a través de Gastos Médicos Mayores. Será responsabilidad del asegurado presentar la evidencia necesaria radicar la solicitud de reembolso a MCS.

2. Servicios de Hospital

Refiérase a la sección identificada como Exclusiones y Limitaciones de la Cubierta Básica para obtener el detalle completo de los máximos establecidos para ciertos beneficios. Además, en la Tabla de Co-pagos, Coaseguros y Deducibles, encontrará los costos compartidos correspondientes a la Alternativa de Beneficios cotizada para su grupo**.**

Beneficios de Hospital

MCS pagará las tarifas negociadas en hospitales contratados por MCS los 365 días del año, por año póliza por los siguientes servicios:

1. Cama en habitación semi-privada de dos (2) camas por trescientos sesenta y cinco (365) días por año del plan/año póliza y por participante. Cama privada por recomendación médica requiere pre-autorización.
2. Comidas incluyendo dietas especiales e hiperalimentación.
3. Servicios usuales de enfermería.
4. Uso de Sala de Operaciones.
5. Uso de Sala de Partos.
6. Uso de Sala de Recuperación, si la hubiese disponible.
7. Anestesia, oxígeno y su administración. Si el proveedor no es contratado se cubrirá al 100% de las tarifas contratadas.
8. Pruebas de laboratorios clínicos y patológicos.
9. Servicios de Rayos-X
10. Determinación de gases arteriales con su interpretación por un neumólogo.
11. Tratamientos de Radioterapia, Quimioterapia y Cobalto sin límite.
12. Uso de Unidad de Cuidado Intensivo y Coronaria (pediátrico, adulto, neonatología y quemados).
13. Terapia Respiratoria sin límite.
14. Bandejas, yeso, materiales quirúrgicos, gasas, vendajes y cualquier otro material curativo, así como su aplicación.
15. Todos los medicamentos que sea necesario administrar en el hospital.
16. Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones, sin limitaciones.
17. Examen patológico de los tejidos, incluyendo interpretación de especímenes.
18. Oxígeno, respirador y ventilador.

19. Terapia física, según necesidad médica. Se incluye el tratamiento TENS dentro del beneficio.
20. Electroencefalogramas y electrocardiogramas.
21. Servicios de obstetricia para la madre (empleada, esposa, hija(s) e hijastra(s)) y servicios para el recién nacido mientras la madre esté hospitalizada.
22. Cualquier otro servicio rutinario del hospital.
23. Cualquier otro servicio contratado con el hospital dentro del "per diem" acordado.
24. Servicios necesarios para el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) sin límite.
25. Cuarto de aislamiento.
26. Circuncisión y dilatación.
27. Pruebas de alta tecnología, diagnóstica especializada, incluyendo, pero no limitado a, ultrasonido, tomografías computadorizadas, medicina nuclear, pruebas periféricas del cerebro y vasculares invasivas y no invasivas, sin coaseguro y sin pre autorización.
28. Diálisis y hemodiálisis cubierto; estarán cubiertas hasta un máximo de noventa (90) días de haber hecho el diagnóstico de insuficiencia crónica renal o hasta que el participante sea elegible a recibir los servicios del Programa Federal Medicare.
29. Tintes de contraste antialérgicos para imagen.
30. Terapia ocupacional y rehabilitativa, con un máximo de ciento ochenta (180) días por participante por año del plan/año póliza, sujeto a pre-autorización.
31. Bandeja de cirugía cuando sea requerida
32. Condiciones que resulten de daños auto-infligidos o a consecuencia de un intento de suicidio.
33. Las admisiones en hospitales no contratados en Puerto Rico, por una condición de emergencia, se pagará o reembolsará el cien por ciento (100%) de la tarifa contratada para hospitales en esa área de servicio menos el deducible, copago y coaseguro aplicable. Servicios ancilares se cubrirán en su totalidad excepto gastos personales.
34. Ningún participante que se hospitalice en una habitación privada vendrá obligado a pagar diferencia alguna a un médico contratado por los servicios prestados y cubiertos por el plan.

3. Beneficios de Servicios Médico-Quirúrgicos

1. Cirugía
2. Administración de Anestesia
3. Servicios profesionales
4. Consultas a especialistas y sub-especialistas
5. Servicios de obstetricia para la empleada cubierta y para la esposa del empleado y la hija e hijastra dependiente elegible.
6. Patología

Servicios médico-quirúrgicos que no requieren pre autorización

1. Osteotomía - operación donde se remueve parte de un hueso.
2. Vermilionectomía - Extirpación del borde carnoso del labio, con corrección quirúrgica del defecto creado.
3. Hernia ventral recurrente - Hernia en el vientre abdominal - operada y que vuelve a ocurrir.
4. Síndrome de túnel carpal - Condición resultante de la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca con dolor y ardor o sensación de hormigueo en los dedos y la mano que a veces se extiende hasta el codo.
5. Dolores radiculares lumbares - dolores que afectan la espalda baja y que ocurren como resultado de compresión de las raíces nerviosas.
6. Histerectomía - Operación para remover la matriz.
7. "Thoracic Outlet Syndrome" - Condición que ocurre por compresión de nervios y que se manifiesta con dolor y alteración en la sensación y debilidad en las extremidades superiores.
8. Trasplante de Piel y hueso
9. Colecistectomía

10. Mastectomía
11. Gastos por servicios de escisión de quistes maxilares o mandibulares relacionados a dientes y cirugía maxilofacial para corregir trauma, reducir fracturas ocurridas mientras el participante esté cubierto por el plan y cualquier otra condición médicamente necesaria.
12. Criocirugía del cuello uterino, un (1) procedimiento por año póliza por participante.
13. Procedimientos quirúrgicos realizados con el uso de laparoscópicos. Incluye el costo de materiales sin límite.
14. Compra de prótesis del seno a la paciente como resultado de una cirugía reconstructiva. La adquisición de dicha prótesis deberá ser coordinada a través de administrador/asegurador.
15. Circuncisión y dilatación
16. Esterilización voluntaria para el participante, su cónyuge o pareja, independientemente si existe o no necesidad y/o justificación médica.

Servicios médico-quirúrgicos que requieren pre-autorización de MCS

1. Blefaroplastia – operación para corregir condiciones en los párpados.
2. Litotricia sin coaseguro (En caso de emergencia no requiere pre-autorización)
3. Ginecomastia
4. Servicios para el tratamiento de obesidad mórbida. Cubierto con pre-autorización del administrador/asegurador a través de proveedores contratados en Puerto Rico. Una de por vida, según lo establece la Ley 212. No aplica coaseguro por la cirugía. El participante deberá cumplir con los siguientes requisitos:

    a. Índice de masa corporal igual o mayor a cuarenta (40) o índice de masa corporal igual o mayor a treinta y cinco (35) con una o más de las morbilidades asociadas (condición coronaria establecida, hipertensión con tratamiento de medicamentos, apnea del sueño, moderada a severa, o hipertensión pulmonar secundaria a la obesidad mórbida) y documentadas en historial por un período mayor o igual a tres (3) años.
    b. Plan de tratamiento dietético de por lo menos seis (6) meses por un médico en medicina o cirugía bariátrica previo a la cirugía. Además, el médico deberá indicar el plan dietético utilizado y las razones de fracaso del mismo.
    c. Evaluación de especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra).

5. Rinoseptoplastía - estará cubierta sólo cuando el participante sufre un accidente durante la vigencia de esta póliza.
6. Septoplastía - operación del tabique nasal, estará cubierta sólo cuando el participante sufre un accidente durante la vigencia de esta póliza.
7. Prueba diagnóstica de polisomnografía, una (1) prueba de cada tipo, por vida, por participante. De requerir otra de cada tipo, se cubrirá por Gastos Médicos Mayores sujeto a pre-autorización de MCS.
8. Extracciones de cordales y dientes impactados, cuando requieren hospitalización, incluyen anestesia y estadía, que estarán cubiertas bajo los términos de los beneficios correspondientes a la Cubierta Básica. Los casos que no requieran hospitalización, estarán cubiertos por el beneficio opcional Dental.

La responsabilidad de la pre-autorización será compartida entre MCS y el participante. El paciente deberá obtener la pre-autorización del procedimiento y MCS deberá asegurarse que el proveedor requerirá al paciente la pre-autorización previo a ofrecer el servicio. De no obtenerse la pre-autorización, no se pagará por estos servicios.

Los servicios médico-quirúrgicos están cubiertos tanto en el hospital como de manera ambulatoria. Siempre que un procedimiento médico-quirúrgico pueda practicarse de forma ambulatoria, será cubierto de esta manera, a menos que la condición del paciente requiera que éste sea hospitalizado.

Términos y Condiciones de la Cubierta de Beneficios de Hospitalización y la Cubierta de Servicios Médico-Quirúrgicos mientras el Paciente está Hospitalizado

1. El programa provee para que el participante escoja libremente el hospital y el médico de aquellos que hayan sido contratados por administrador/asegurador. En los casos que el participante use los servicios de hospitales y médicos contratados por MCS, el empleado sólo será responsable por el pago de los deducibles, copagos o coaseguros establecidos y deberá mantenerse indemne e ileso de cualquier diferencia que por un beneficio cubierto le sea cobrado por un proveedor contratado.

2. Si el participante escoge hospitalizarse en un hospital no contratado por MCS, por una condición de no emergencia dentro de los límites geográficos de Puerto Rico, deberá pagar por el servicio obtenido. MCS le reembolsará a tarifa contratada para dichos servicios menos el deducible, coaseguro o copago aplicable y sujeto a los máximos especificados que se cubren en las tarifas establecidas para los servicios de hospital. Será responsabilidad del participante el presentar a MCS toda la evidencia requerida para el reembolso. Esta cláusula no aplica si MCS no mantiene suficientes proveedores contratados en la región donde se obtiene el servicio, en cuyo caso se pagará al 100% por asignación de beneficios al proveedor de los servicios o mediante reembolso al participante, luego de aplicar los deducibles, copagos y coaseguros correspondientes. Es responsabilidad del participante de notificar la situación ante la Oficina de Seguros de la Administración Central para tener derecho al reembolso del 100%.

3. En caso de hospitalizaciones de emergencia fuera de los límites geográficos de Puerto Rico, en hospitales que no tengan acuerdos con MCS, éste reembolsará al asegurado el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos hasta el máximo de cargos usuales y acostumbrados del área donde fue ofrecido el servicio, previa solicitud de reembolso por parte del asegurado. Será responsabilidad del asegurado someter toda evidencia requerida por MCS para el reembolso.

4. En caso de hospitalizaciones fuera de Puerto Rico, sin previa autorización de MCS, que no sea de emergencia el participante solo tendrá derecho a ser reembolsado por MCS a tarifa contratada por dichos servicios en Puerto Rico menos el deducible, copago y coaseguro aplicable. El reembolso en este caso estará limitado a la cantidad que MCS le hubiese pagado a un médico contratado por servicios iguales menos el deducible, copago y coaseguro aplicable. Será responsabilidad del participante someter la evidencia requerida por MCS.

5. En caso de que el asegurado escoja una habitación privada, será su responsabilidad el pagar la diferencia entre el 50% del perdiem del hospital con MCS y la tarifa que tenga establecida para una habitación privada. Ningún asegurado que se hospitalice en una habitación privada vendrá obligado a pagar diferencia alguna a un médico participante por los servicios prestados y cubiertos por el plan. Cuando el plan de la UPR actúe como pagador secundario en una coordinación de beneficios, la diferencia por el uso de habitación privada estará cubierta.

6. Las condiciones que resulten de daños auto infligidos o a consecuencia de un intento de suicidio están cubiertas.

7. Cuando el asegurado selecciona un médico no contratado por MCS, el asegurado deberá pagar por los servicios del médico y solicitar reembolso a MCS. El reembolso en este caso estará limitado a la cantidad que MCS le hubiese pagado a un médico contratado por servicios iguales, menos el copago o coaseguro aplicable, previa solicitud de reembolso del asegurado a MCS. Será responsabilidad del asegurado someter la evidencia requerida por MCS.

8. Los servicios de ambulancia aérea y marítima estarán sujetos al protocolo establecido. Queda establecido que en casos clasificados como emergencias no se ha de requerir pre-autorización.

9. Para los servicios de hospitalización que coordine MCS fuera de Puerto Rico para servicios no disponibles en Puerto Rico, se cubrirá a través de Gastos Médicos Mayores a tarifa usual y acostumbrada en el área de servicio, luego de aplicar los copagos, deducibles y coaseguros correspondientes.

10. Los casos de hospitalización de emergencia, fuera de los límites geográficos de Puerto Rico, se cubrirán a través de Gastos Médicos Mayores a tarifa usual y acostumbrada en el área de servicio, luego de aplicar los copagos, deducibles y coaseguros correspondientes.

4. **Beneficios de Servicios Médico Ambulatorios**

1. Consultas, tratamientos y curaciones por médicos generalistas, especialistas sub-especialistas y optómetras libremente seleccionados por el asegurado sin límite de visitas.
2. Servicios de Laboratorios (Red de Laboratorios para Empleados UPR) treinta (30%) de coaseguro y Rayos-X que sean ordenados por un médico, con veinticinco (25%) de coaseguro.
3. Cirugía
4. Radioterapia, Quimioterapia y Cobalto
5. Electrocardiogramas y electroencefalogramas, con cero ($0) co-pago.
6. Terapias físicas, según necesidad médica, con diez ($10.00) co-pago. Se incluye el tratamiento TENS dentro de este beneficio.
7. Visitas a quiroprácticos, visita inicial diez dólares ($10.00) copago. Manipulaciones quiroprácticas ilimitadas, seis dólares ($6.00) copago.
8. Visitas a podiatras, diez dólares ($10.00) copago. Incluye las visitas y cirugía del pie y procedimientos quirúrgicos cubiertos por un ortopeda.
9. Servicios de ambulancia terrestre, por orden médica, por reembolso hasta un máximo de setenta y cinco dólares ($75.00) por ocurrencia.
10. Servicios de ambulancia aérea y marítima, esta última limitada de las Islas de Vieques, Culebra y Mona hacia y desde Puerto Rico, sujeto a pre-autorización de MCS. Previo a recibir el servicio deberá presentar la documentación necesaria para determinar si existe justificación médica. En los casos de emergencia por accidente o enfermedad, los servicios de ambulancia aérea y marítima no requieren pre-autorización, pero la entidad que brindó el servicio deberá someter la documentación luego de haberlo brindado para aprobación de MCS dentro de un período de cuarenta y ocho (48) horas junto a la justificación médica.
11. Visitas rutinarias del recién nacido durante los primeros dos (2) años de vida del bebé.
12. Servicios de inmunización pediátrica y de adultos, de acuerdo con la práctica médica establecida. Pruebas intradérmicas y vacunas para alergias por orden médica sin límites.
13. Servicios necesarios para el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) sin límite.
14. Pruebas de Papanicolau (*Pap Smear Test*), incluyendo el *Thin Prep Pap*.
15. Crioterapia (para condiciones de la piel) hasta un máximo de diez (10) tratamientos por año póliza.
16. Terapia respiratoria con diez ($10.00) co-pago.
17. Diálisis y Hemodiálisis cubierto; estarán cubiertas hasta un máximo de noventa (90) días de hecho el diagnóstico de insuficiencia crónica renal o hasta que el asegurado sea elegible a recibir los servicios del Programa Federal Medicare.
18. Yeso, material y aplicación están cubiertos en la oficina del médico con un coaseguro de veinte por ciento (20%)
19. Litotricia con cero ($0) co-pago. Se requiere previa autorización de MCS, excepto en caso de emergencia.
20. Tratamiento de impotencia por recomendación médica de un urólogo. La prótesis está cubierta. La adquisición de dicha prótesis deberá ser coordinada a través de MCS.
21. Escleroterapia por recomendación médica y administrada por dermatólogo.

22. Cirugía maxilofacial producto de lesión traumática por accidente o por un tumor.
23. Terapia del habla ordenada por el médico y prestado por un Terapista del Habla licenciado. Cubierto hasta un máximo de 30 terapias por año póliza.
24. Inyecciones intraarticulares por médicos debidamente cualificados, hasta un máximo de doce (12) inyecciones por año póliza por asegurado. De requerir más de doce (12) se cubre a través de Gastos Médicos Mayores.
25. Examen de refracción visual por oftalmólogos y optómetras, una (1) por asegurado participante por año póliza.
26. Consultas a Nutricionista o Dietista certificada limitadas a quince (15) por año póliza por asegurado con un reembolso máximo de veinticinco dólares ($25.00) por consulta.
27. Hasta cien dólares ($100.00) anuales por espejuelos o lentes de contacto recetados por asegurado. Ver Sección de la Cubierta de Visión más adelante.
28. Procedimientos de reversión para procrear.
29. Evaluación del especialista audiólogo para el cuidado preventivo de la audición. Limitada a una (1) por vida del asegurado participante.
30. Las condiciones que resulten de daños auto-infligidos como consecuencia de un intento de suicidio están cubiertas.
31. Los servicios de medicina deportiva que pueda prestar un especialista en ese campo para curar o tratar una condición cubierta.
32. Servicios para corregir defectos de apariencia por condiciones ocurridas después que el asegurado tenga la cubierta por el plan y que impidan a éste el desarrollo de una vida normal. Se requiere previa evaluación y autorización de MCS.
33. Monitor para medir azúcar en la sangre, limitado a uno (1) por año póliza, con un beneficio máximo de sesenta dólares ($60.00) por asegurado.
34. Servicios de hospicio, no aplica copago. El cuidado de un hospicio tiene como propósito ayudar a los pacientes durante los últimos meses de vida, ofreciéndoles consuelo y alivio para el dolor. Cubierto a pacientes en etapa terminal con prognosis de seis (6) meses de vida o menos. MCS cubrirá:
    a. Servicios médico sociales
    b. Cuidado de enfermería
    c. Equipo médico duradero
    d. Suplido médico
    e. Medicamentos para el dolor
    f. Psicólogos
    g. Consejería para el paciente y su familia

    Nota: Todos estos servicios deberán estar relacionados al diagnóstico por el cual el asegurado es admitido al hospicio y ser ofrecidos por un personal autorizado y certificado y deberán ser precertificados por MCS. Se excluyen los tratamientos y medicamentos para curar enfermedades terminales y servicios que no sean precertificados.
35. Acupuntura limitada a seis (6) visitas por año póliza con un reembolso máximo de sesenta dólares ($60.00) por visita.
36. Naturópata limitado a seis (6) visitas por año póliza con un reembolso máximo de veinticinco dólares ($25.00) por visita.

Términos y Condiciones de la Cubierta de Beneficios de Servicios Ambulatorios

1. Si el asegurado escoge los servicios de un médico no contratado por MCS en Puerto Rico, le será reembolsado por los gastos incurridos hasta un máximo de la cantidad que le hubiese sido pagada a un médico contratado por un servicio similar menos coaseguro, deducible o co-pago aplicable y sujeto a los máximos específicos que se cubren en las tarifas establecidas por MCS. Será la responsabilidad del asegurado el solicitar reembolso a MCS y proveer toda la evidencia que éste requiera.

2. Los deducibles, coaseguros y co-pagos aplican tanto a servicios por proveedores contratados como a los proveedores no contratados.

3. En caso de servicios fuera de los límites geográficos de Puerto Rico o Estados Unidos se reembolsarán por Gastos Médicos Mayores, si aplica.

5. **Pruebas Diagnósticas Especializadas**

Los procedimientos descritos a continuación estarán cubiertos tanto en forma ambulatoria, como cuando el asegurado se encuentre hospitalizado; siempre y cuando las mismas sean ordenadas por el médico que atiende al asegurado, sujeto a las condiciones y limitaciones indicadas. Si el asegurado está hospitalizado, no se requiere pre-autorización.

1. Pruebas de laboratorio (Red de Laboratorios para Empleados UPR) treinta (30%) de coaseguro y rayos x que sean ordenadas por el médico con un veinticinco por ciento (25%) de coaseguro. Cuando el paciente está hospitalizado o los servicios son ofrecidos en una Sala de Emergencia, los laboratorios, rayos-x o cualquier prueba diagnóstica no están sujetos al coaseguro.

2. Las siguientes pruebas diagnósticas especializadas estarán cubiertas con un coaseguro de un veinticinco por ciento (25%) de la tarifa aplicable a cada prueba, sujeto a las limitaciones indicadas, excepto en hospitalización.

   a. Pruebas de ultrasonido (sonogramas), incluyendo sonogramas prostáticos y transvaginales. Limitado a dos (2) pruebas de cada uno por año póliza por región anatómica por asegurado. De requerir más de dos (2), se cubrirá a través de Gastos Médicos Mayores, no requiere pre-autorización de MCS.
   b. Tomografía Computarizada, sujeta a pre-autorización de MCS. Limitado a una (1) por año póliza por asegurado por región anatómica. De requerir más de una (1) se cubrirá a través de Gastos Médicos Mayores y requiere pre-autorización de MCS.
   c. Pruebas de Medicina Nuclear (*Scans*). Limitado a dos (2) por año póliza por asegurado por región anatómica. De requerir más de dos (2) se cubrirá a través de Gastos Médicos Mayores.
   d. PET Scan, sujeto a pre autorización. Limitado a dos (2) por año póliza por asegurado por región anatómica. De requerir más de dos (2) se cubrirá a través de Gastos Médicos Mayores.
   e. *Holter Test* y *Doppler*. Limitado a uno (1) de cada uno por año póliza por asegurado. De requerir más de uno (1) se cubrirá a través de Gastos Médicos Mayores.
   f. *Stress Test*. Limitado a uno (1) por año póliza por asegurado. De requerir más de uno (1) se cubrirá por Gastos Médicos Mayores.
   g. Ecocardiograma y Electromiogramas. Limitado a uno (1) de cada uno por año póliza por asegurado. De requerir más de uno (1) de cada uno se cubrirá por Gastos Médicos Mayores
   h. Endoscopías. Limitado a uno (1) por año póliza por asegurado. De requerir más de uno (1) se cubrirá por Gastos Médicos Mayores.
   i. Cateterismo Cardíaco. Limitado a uno (1) por año póliza por asegurado. De requerir más de uno (1) se cubrirá por Gastos Médicos Mayores.
   j. Colonoscopías y sigmoidoscopía flexibles. Limitado a una (1) de cada una por año póliza por asegurado. De requerir más de uno (1) se cubrirá por Gastos Médicos Mayores.
   k. Pruebas SPECT (*Single Photon Emission Computerized Tomography*) Limitado a dos (2) de cada una por año póliza por asegurado por región anatómica. De requerir más de dos (2) se cubrirá por Gastos Médicos Mayores.
   l. Resonancia Magnética (MRI & MRA), Limitado a dos (2) de cada una por año póliza por asegurado por región anatómica, sujeto a pre-autorización por MCS. De requerir más de dos (2) se cubrirá por Gastos Médicos Mayores y requiere pre-autorización de MCS.

m. Pruebas de sangre para detección de cáncer, incluyendo pero no limitadas a CA-125, PSA, CA-9 y CA-19 sin límites.
n. Estudios manométricos esogástricos sin límite.
o. Estudios periféricos, cerebro y vasculares invasivos y no invasivos sin límite.
p. Tintes de contraste antialérgicos sin límite.

3. Estudios patológicos con cero ($0.00) co-pago.

4. Otras pruebas diagnósticas no experimentales, ordenadas por el médico, estarán cubiertas con cero ($0.00) co-pago, siempre y cuando no estén expresamente excluidas en estas especificaciones.

6. Cirugía Ambulatoria

Facilidad de Cirugía Ambulatoria – La asignación máxima por el uso de una facilidad de cirugía ambulatoria será la tarifa contratada por MCS, menos la cantidad del co-pago, si aplica. Si un asegurado incurre en gastos por atención, servicios o abastos en exceso de cualquier cantidad de copago y son incurridos como resultado de enfermedad o lesiones y médicamente necesarios MCS pagará la cantidad estipulada en las tarifas establecidas por MCS por cargos hechos por un hospital local para comida, habitación semi-privada y extras.

El costo del lente intraocular estará incluido como parte de los servicios contratados en facilidades de cirugía ambulatoria.

7. Cuidado de Salud en el Hogar

Se proveerán los siguientes servicios, a través de proveedores contratados por MCS, cuando los mismos son necesarios para el tratamiento del paciente, son ordenados por el médico del paciente:

1. Servicios de enfermera visitante ordenados por un médico y pre-autorizados por MCS sin límite
2. Servicios de alimentación enteral y parenteral
3. Servicios de quimioterapia en el hogar o en la oficina del médico
4. Servicios de antibioticoterapia
5. Servicios de terapia física y control del dolor
6. Servicios de infusión requieren pre-autorización de MCS
7. Cuidado de úlceras requiere pre-autorización de MCS
8. Otros servicios cubiertos por el plan, incluyendo servicios de terapia física y terapia respiratoria

8. Servicios por Maternidad

Los cargos incurridos como resultado de un embarazo normal o cualquier complicación subsiguiente serán pagados bajo la misma base que cualquier otro servicio médico bajo esta póliza al igual el cuidado prenatal. MCS cubrirá:

1. Hospitalización en casos de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo.
2. Alumbramiento normal o quirúrgico.
3. Servicios pre y post-natales para la empleada, esposa, hijas e hijastras del empleado sin limitación (véase requisito de elegibilidad).
4. Atención del recién nacido en el "nursery" del hospital mientras la madre esté hospitalizada, incluyendo circuncisión. Una vez la madre sea dada de alta, el recién nacido tiene cubierta como un dependiente directo incluido en el contrato del asegurado, conforme haber cumplido con la cláusula de elegibilidad.
5. Servicios de monitoria fetal en hospitales asociados que dispongan de dicho equipo.

6. Vacuna Rhogam con $0.00 de co-pago.
7. Prueba "Biophysical Profile".
8. Sonogramas limitado a dos (2) pruebas por año póliza. De requerir más de dos (2) se cubrirá a través de Gastos Médicos Mayores.
9. "Fetal Non Stress Test", hasta un (1) de acuerdo a la necesidad médica del caso requiere ser pre-autorizado por MCS.
10. "Echo fetal" el cual deberá ser pre-autorizado por el Programa de Manejo Individual de Casos de MCS.
11. Circuncisión y dilatación para el recién nacido.
12. Le aplican los co-pagos y coaseguros de la Cubierta Básica.

9. **Servicios por Condiciones Mentales**

MCS cubrirá los servicios de acuerdo a la Ley 408 del 2 de octubre del 2000 enmendada el 3 de octubre de 2008 y a la Ley "The Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008" según enmendada. Además, MCS provee el Programa MCS Solutions el cual ofrece servicios las 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 Controladas.

En casos de emergencia, la persona asegurada podrá acceder el servicio de inmediato directamente con los hospitales.

Servicios de Cuidado de Salud Mental

Los servicios que se ofrecen incluyen;

1. Visitas ilimitadas a Psiquiatras, Psicólogos Clínicos con $15.00 de co-pago
2. Unidades de estabilización de veintitrés (23) horas
3. *Intensive Outpatient* (IOP)
4. Visitas de terapias grupales y visitas colaterales con $0 de co-pago
5. Hospital parcial con $0 co-pago
6. Hospital a tiempo completo con cincuenta dólares ($50.00) de co-pago
7. Manejo de casos intensivos mediante la intervención de manejo de casos
8. Terapia de electrochoque, sujeto a necesidad médica
9. Pruebas de diagnósticos de Laboratorios (Red de Laboratorios para Empleados UPR) y Rayos X
10. Le aplican los coaseguros, deducibles y co-pagos de la Cubierta Básica
11. Servicios de hospitalización de acuerdo a la necesidad médica

10. **Programa de Asistencia al Empleado (PAE):**

En el mundo tan acelerado en que vivimos, hay momentos en que puede ser abrumador el tratar de balancear las exigencias que surgen en el trabajo y nuestra vida personal. En ocasiones, situaciones en el hogar pueden afectar la vida en el trabajo. Igualmente, las dificultades en el trabajo pueden afectar las relaciones en el hogar. Si no son atendidos con prontitud, los problemas pueden tornarse serios y tener un impacto negativo tanto en el hogar como en el trabajo. Es fundamental que todo programa de salud para los empleados brinde la oportunidad de accesar servicios de cuidado de salud mental ambulatorio.

PAE es un programa que consiste en ayuda profesional para el empleado y su familia inmediata incluida en el plan médico, en aquellos casos en que problemas personales le afecten su capacidad para desempeñarse en el trabajo. Este programa es administrado por MCS Solutions, ofrece una gama de servicios clínicos directos para propósitos de evaluación, cernimiento, apoyo, orientación, consejería y terapia psicológica para el empleado y sus familiares.

Los servicios clínicos son provistos por una amplia Red de Proveedores contratados a través de toda la Isla. Cuenta con profesionales, y equipos multidisciplinarios de experiencia en su campo: psicólogo clínico, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros en rehabilitación en adición a terapistas y psicólogos ocupacionales.

MCS Solutions está disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, trescientos sesenta y cinco (365) días del año. Puede comunicarse al teléfono libre de costos 1-866-627-4327 y tendrá la oportunidad de registrarse para canalizar el servicio PAE que necesita.

Servicios PAE Cubiertos

Hasta ocho (8) visitas por persona asegurada al Psicólogo o Trabajador Social, con $0 co-pago, para consultoría, consejería y referidos. La consejería del Programa PAE tiene el propósito de ayudar al empleado a lidiar con situaciones de vida, tales como:

1. Problemas de índole matrimonial
2. Problemas familiares
3. Divorcio y pensiones alimentarias
4. Muerte de seres queridos y pérdidas significativas
5. Sintomatología relacionada al estrés
6. Manejo de crisis
7. Abuso de drogas y alcohol
8. Desbalance entre la vida familiar y el trabajo
9. Depresión y ansiedad
10. Preocupaciones relacionadas al trabajo
11. Cambios de carrera profesional
12. Desarrollo y crecimiento personal
13. Relaciones Interpersonales
14. Desórdenes alimentarios

A partir de las primeras ocho (8) visitas por participante sin copago, se aplica el copago para Psicólogo y Psiquiatra.

Consultoría legal mediante orientaciones dirigidas a:

- Derechos
- Planificación de presupuesto
- Planificación financiera a largo plazo
- Ahorros, inversiones, retiros
- Manejo de problemas financieros y problemas de crédito

La consulta inicial es libre de costos, luego el empleado podrá decidir si va a continuar con el servicio y asume el costo de las consultas subsiguientes.

11. **Abuso de sustancias controladas y/o alcohol**

Los servicios del PAE también están disponibles para Trastorno por Dependencia o Abuso de Sustancias Controladas y/o Alcohol.

El tratamiento que se ofrece es uno estructurado enfocado en la rehabilitación, el cual asegura que la UPR está en cumplimiento cabal de toda reglamentación relacionada al manejo de casos de droga-dependencia y alcoholismo. La hospitalización para detoxificación está cubierta de acuerdo a la necesidad y justificación médica.

El coordinador de MCS Solutions puede ayudarle con las situaciones previamente identificadas que pueden estar afectando sus emociones y por ende la calidad de vida de usted como empleado asegurado y la de su familia.

Si lo desea, puede comunicarse con nosotros utilizando su nombre de usuario y clave de acceso en www.achievesolutions.net/mcs, donde se promueve cuidado no clínico (PAE). En la página se incluye: información, educación, biblioteca de información, acceso a grupos de apoyo, recursos de la comunidad, consulta y consejería mediante *chat* con consultores de la salud.

Servicios de Proveedores no Participantes

Al utilizar a un proveedor no participante, la persona asegurada pagará la cantidad total al proveedor no participante por cualquier tratamiento, servicio o abastos. MCS le reembolsará la cantidad que hubiese sido pagada si el tratamiento, servicios o abastos hubieran sido brindados por un proveedor participante, menos cualquier co-pago, deducible o coaseguro que aplique si alguno.

12. **Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas**

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

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

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

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

Servicios preventivos para niños

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

- historial
- medidas
- evaluación sensorial
- evaluación del desarrollo/conducta
- examen físico
- procedimientos específicos para pacientes con riesgo
- guías anticipatorias (como la consejería nutricional)
- referidos dentales

- evaluación médica anual al inicio del año escolar.

Servicio preventivo	Indicación
Abuso del alcohol	Evaluación para adultos de dieciocho (18) años en adelante por abuso de alcohol y consejería sobre reducción de uso indebido de alcohol a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso del mismo.
Anemia y suplementos de hierro	Para niños en edades de cuatro (4) meses a veintiún (21) años en riesgo de anemia.
Uso de tabaco, alcohol y drogas	Evaluación para identificar uso en niños de once (11) a veintiún (21) años de edad.
Uso de tabaco	Intervenciones de parte del médico, que incluyan educación o consejería, para prevenir el inicio del consumo de tabaco en niños y adolescentes.
Autismo	Evaluación para niños entre doce (12) y treinta y seis (36) meses.
Evaluación de salud conductual	Niños de todas las edades: cero (0) - once (11) meses, uno (1) - cuatro (4) años, cinco (5) - diez (10) años, once (11) - catorce (14) años y, quince (15) - diecisiete (17) años.
Displasia cervical	Evaluación para niñas sexualmente activas.
Hipotiroidismo congénito	Evaluación para recién nacidos.
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) - cuatro (4) años, cinco (5) – diez (10) años, once (11) - catorce (14) años, quince (15) - diecisiete (17) años.
Prevención de caries dentales y suplementos de fluoruro	Cubierto para bebés y niños hasta la edad de cinco (5) años. Aplicación de fluoruro a los dientes primarios de todos los bebés y niños que empiezan a la edad de erupción de los dientes primarios en las prácticas de atención primaria. Suplementos de fluoruro por vía oral a partir de la edad de seis (6) meses para los niños cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro.
Profilaxis ocular para oftalmía gonocócica neonatorum (Gonorrea)	Medicación tópica ocular profiláctica para todos los recién nacidos para la prevención de la oftalmía gonocócica neonatorum (Gonorrea).
Evaluación auditiva	Evaluación auditiva neonatal universal

Evaluación de crecimiento de estatura, peso e índice de masa corporal	Evaluación para los niños. Edades: cero (0) - once (11) meses, uno (1) - cuatro (4) años, cinco (5) - diez (10) años, once (11) - catorce (14) años, quince (15) - diecisiete (17) años.
Enfermedad de células falciformes (*Sickle Cell Disease*)	Evaluación para recién nacidos.
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 este endoso.
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.
Enfermedad 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.
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.
Cáncer de la piel	Consejería para jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre los beneficios de minimizar la exposición a la radiación de los rayos ultravioletas (UV) para las personas de piel clara desde los seis (6) meses hasta los veinticuatro (24) años de edad para reducir su riesgo de cáncer de la piel.

Infección del Virus del Hepatitis B (HBV)	Evaluación para adolescentes y adultos en riesgo de contraer la infección.
Sífilis	Evaluación de sífilis en adolescentes y adultos de alto riesgo.

Servicios preventivos para adultos

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

Servicio preventivo	Indicación
Evaluación para la aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para evaluación de la AAA en hombres de sesenta y cinco (65) a setenta y cinco (75) años de edad que hayan sido fumadores en algún momento.
Abuso del alcohol	Evaluación y consejería en personas de dieciocho (18) años en adelante por el abuso de alcohol y consejería conductual para reducir el abuso 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 el cáncer colorrectal.	Se recomienda el uso de aspirina en dosis bajas para la prevención de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal en adultos entre las edades de cincuenta (50) a cincuenta y nueve (59) años con un riesgo cardiovascular de diez por ciento (10%) o mayor a diez (10) años, que no tienen un mayor riesgo de sangrado, su expectativa de vida es de al menos diez (10) años y están dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina por al menos diez (10) años.
Evaluación de cáncer colorrectal	Evaluación de cáncer colorrectal para hombres y mujeres mediante pruebas de sangre oculta en heces fecales, sigmoidoscopía o colonoscopía, 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 hipertensión (*High Blood Pressure o HBP*)	Evaluación de hipertensión para hombres y mujeres de dieciocho (18) años en adelante. Las medidas se deben obtener fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Evaluación de colesterol	Evaluación para hombres y mujeres por trastornos lipídicos si se encuentran en mayor riesgo de enfermedad coronaria, conforme a la Ley Núm. 218 de 30 de agosto de 2012.
Evaluación de cáncer 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.

Evaluación de depresión	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 diabetes	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.
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 alto riesgo de contraer la infección.
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 encuentran en mayor riesgo de caídas.
Prueba de evaluación del virus de la hepatitis C (HCV)	Evaluación de virus de la hepatitis C (HCV) para adultos con alto riesgo de contraer la infección y una (1) prueba para adultos nacidos entre 1945 y 1965.
Prevención del HIV- Preexposure prophylaxis (PrEP)	Los médicos podrán ofrecer profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral para personas con alto riesgo de contraer el VIH.
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. Conforme la Ley 45 del 16 de mayo de 2016, la 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 este endoso.
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 (30kg/m2) o más.

Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual alta-intensa para prevenir enfermedades de transmisión sexual para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades asociadas.
Tuberculina	Prueba de tuberculina para adultos con riesgo de la infección latente por tuberculosis (LTBI).
Uso de estatina como prevención de enfermedades cardiovasculares	Una dosis baja o moderada para adultos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV), como enfermedad coronaria sintomática o accidente cerebrovascular isquémico, para prevenir episodios de ECV y mortalidad, siempre y cuando cumpla con los siguientes criterios: • tiene entre cuarenta (40) a setenta y cinco (75) años de edad; • tiene uno o más factores de riesgo de ECV (dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo); • tiene un riesgo calculado de 10 años de un evento cardiovascular de diez por ciento (10%) o más. La identificación de la dislipidemia y el cálculo del riesgo de evento de CVD a diez (10) años requieren el tamizaje universal de los lípidos en adultos de cuarenta (40) a setenta y cinco (75) años.
Uso y medicación de tabaco	Evaluación para todos los adultos e intervenciones para cesar el uso de tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Sífilis	Evaluación de sífilis en adolescentes y adultos en alto riesgo.
Cáncer de la piel	Consejería para jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre los beneficios de minimizar la exposición a la radiación de los rayos ultravioletas (UV) para las personas de piel clara desde los seis (6) meses hasta los veinticuatro (24) años de edad para reducir su riesgo de cáncer de la piel.
Consumo no saludable de alcohol: adultos	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.
Evaluación para la aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para evaluación de la AAA en hombres de sesenta y cinco (65) a setenta y cinco (75) años de edad que hayan sido fumadores en algún momento.
Consejería y suplido de aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y el cáncer colorrectal.	Se recomienda el uso de aspirina en dosis bajas para la prevención de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal en adultos entre las edades de cincuenta (50) a cincuenta y nueve (59) años con un riesgo cardiovascular de diez por ciento (10%) o mayor a diez (10) años, que no tienen un mayor riesgo de sangrado, su expectativa de vida es de al menos diez (10) años y están dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina por al menos diez (10) años.

Evaluación de hipertensión (*High Blood Pressure o HBP*)	Evaluación de hipertensión para hombres y mujeres de dieciocho (18) años en adelante. Las medidas se deben obtener fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Evaluación de colesterol	Evaluación para hombres y mujeres por trastornos lipídicos si se encuentran en mayor riesgo de enfermedad coronaria, conforme a la Ley Núm. 218 de 30 de agosto de 2012.
Evaluación de cáncer colorrectal	Evaluación de cáncer colorrectal para hombres y mujeres mediante pruebas de sangre oculta en heces fecales, sigmoidoscopía o colonoscopía, comenzando a la edad de cincuenta (50) a setenta y cinco (75) años de edad, conforme a la Ley Núm. 218 de 30 de agosto de 2012. Los riesgos y beneficios de estos métodos de detección varían.
Evaluación de cáncer de pulmón	Evaluación anual para el cáncer de pulmón con la tomografía computarizada de dosis baja en adultos de cincuenta y cinco (55) a ochenta (80) años de edad que tienen antecedentes de fumar treinta (30) paquetes 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.
Evaluación de depresión	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.
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.
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 encuentran en mayor riesgo de caídas.
Prueba de evaluación del virus de la hepatitis C (HCV)	Evaluación de virus de la hepatitis C (HCV) para adultos con alto riesgo de contraer la infección y una (1) prueba para adultos nacidos entre 1945 y 1965.

Prueba de evaluación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Evaluación de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos de entre quince (15) y sesenta y cinco (65) años. Los adolescentes más jóvenes y los adultos mayores que están en mayor riesgo también deben someterse a evaluación. Prueba para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como parte de las pruebas de rutina de toda evaluación médica realizada al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) años de edad en bajo riesgo y anualmente para todas las personas en alto riesgo. Para las mujeres embarazadas aplican los requisitos descritos en la sección de "Servicios preventivos para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas", más adelante en este endoso.
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 (30kg/m2) o más.
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual alta-intensa para prevenir enfermedades de transmisión sexual para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades asociadas.
Tuberculina	Prueba de tuberculina para adultos con riesgo de la infección latente por tuberculosis (LTBI).
Uso de estatina como prevención de enfermedades cardiovasculares	Una dosis baja o moderada para adultos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV), como enfermedad coronaria sintomática o accidente cerebrovascular isquémico, para prevenir episodios de ECV y mortalidad, siempre y cuando cumpla con los siguientes criterios: • tiene entre cuarenta (40) a setenta y cinco (75) años de edad; • tiene uno o más factores de riesgo de ECV (dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo); • tiene un riesgo calculado de 10 años de un evento cardiovascular de diez por ciento (10%) o más. La identificación de la dislipidemia y el cálculo del riesgo de evento de CVD a diez (10) años requieren el tamizaje universal de los lípidos en adultos de cuarenta (40) a setenta y cinco (75) años.
Uso y medicación de tabaco	Evaluación para todos los adultos e intervenciones para cesar el uso de tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Sífilis	Evaluación de sífilis en adolescentes y adultos en alto riesgo.
Cáncer de la piel	Consejería para jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre los beneficios de minimizar la exposición a la radiación de los rayos ultravioletas (UV) para las personas de piel

	clara desde los seis (6) meses hasta los veinticuatro (24) años de edad para reducir su riesgo de cáncer de la piel.

Servicios preventivos para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas

Servicio preventivo	Indicación
Bacteriuria (o infección en el tracto urinario)	Evaluación para mujeres embarazadas que no muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las doce (12) a las dieciséis (16) semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término del embarazo.
BRCA	Evaluación y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determinará si la asegurada amerita hacerse una prueba de BRCA.
Medicamentos preventivos para cáncer de seno	Orientación clínica a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, que le permita decidir junto con su médico si la terapia de medicamentos es adecuada para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico podrá prescribir medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como *tamoxifen* o *raloxifen*, para las mujeres que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
Mamografía de evaluación de cáncer de seno	Evaluación de uno (1) a dos (2) años para mujeres mayores de cuarenta (40). Evaluación cada dos (2) años para mujeres de cincuenta (50) años de edad a setenta y cuatro (74) años de edad.
Lactancia	Apoyo y consejería a través de un proveedor adiestrado en lactancia (pediatra, ginecólogo/obstetra, médico de familia) durante el embarazo y/o en el período posparto y acceso a costos de equipo y suplidos de lactancia por cada embarazo. El equipo de lactancia está cubierto con orden médica luego del tercer trimestre de embarazo y por la duración de la lactancia. Suplidos adicionales para máquina de lactancia están cubiertos y el equipo está disponible a través de proveedores contratados.
Evaluación de cáncer cervical	Evaluación de cáncer de cuello uterino cada tres (3) años solo con citología cervical en mujeres de veintiún (21) a veintinueve (29) años. Para las mujeres de treinta (30) a sesenta y cinco (65) años, se recomienda realizar una evaluación cada tres (3) años solo con citología cervical, cada cinco (5) años solo con la prueba de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV), o cada cinco (5) años con prueba conjunta (*cotesting*) de hrHPV y citología.
Evaluación de infección de clamidia	Evaluación para mujeres de veinticuatro (24) años o menos de edad, y mujeres embarazadas mayores de alto riesgo. Evaluación de infección de clamidia a todas las mujeres de veinticuatro (24) años o menos que no estén embarazadas y en mujeres mayores que no estén embarazadas y presenten un alto riesgo de contraer la infección.

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. Los siguientes métodos se cubrirán a través de su cubierta médica como servicio ambulatorio, incluyendo inserción y remoción para los dispositivos que aplique: • cirugía de esterilización • esterilización quirúrgica de implantes para las mujeres • varilla implantable • dispositivo intrauterino de cobre • dispositivo intrauterino con progesterona • inyección • diafragma • esponja • capuchón cervical • espermicida Los siguientes métodos se cubrirán por su cubierta de farmacia. Favor de referirse al Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) aplicable a esta póliza: • anticonceptivos orales (píldora combinada) • anticonceptivos orales (progestina solamente) • anticonceptivos orales de uso extendido/continuo; • parchos • anillo anticonceptivo vaginal • anticoncepción de emergencia (Acetato de Ulipristal) • condón femenino
Evaluación y consejería para la violencia doméstica e interpersonal	Evaluación a mujeres en edad fértil para detectar la violencia de pareja (IPV, por sus siglas en inglés), como la violencia doméstica, y brindar o enviar a las mujeres que den 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 punto cuatro a punto ocho 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.
Pruebas de evaluación de 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.
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	Cubierto para toda mujer sexualmente activa. Según la orden administrativa Núm. 307 de 14 de agosto de 2013 del Departamento de Salud de Puerto Rico, se realizará la prueba a las mujeres embarazadas de la siguiente manera:

inmunodeficiencia humana (VIH)	• primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal • segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación, entre las veintiocho (28) y treinta y cuatro (34) semanas de embarazo. • durante el parto si la embarazada nunca se ha realizado su prueba y se desconoce su estatus de VIH.
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.
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.
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.
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería anual para mujeres sexualmente activas.
Sífilis	Evaluación para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con alto riesgo.
Visitas preventivas de mujeres, también conocido como *Well Women Visits*	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 este endoso. Si el médico determina que la paciente requiere visitas adicionales para otros servicios preventivos, estas van a estar cubiertas con cero ($0) copago o cero (0%) coaseguro según corresponda.
Suplemento de aspirina como prevención de 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.

Evaluación de ansiedad	Evaluación para la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas las mujeres embarazadas o en el posparto. Detección en intervalos son desconocidos y se debe utilizar el juicio clínico para determinar la frecuencia de la evaluación. Dada la alta prevalencia de trastornos de ansiedad, falta de reconocimiento en clínica práctica y múltiples problemas asociados con el tratamiento asociado con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar detección de mujeres que no han sido examinadas recientemente.
Detección de diabetes mellitus después del embarazo	Evaluación a mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG) que no están embarazadas y que no hayan sido diagnosticadas previamente con diabetes mellitus tipo 2 que se les haga un examen de diabetes mellitus. Las pruebas iniciales deben realizarse dentro del primer año posparto y pueden realizarse tan pronto como 4 a 6 semanas después del parto.
Detección de incontinencia urinaria	Detección anualmente de incontinencia urinaria. Factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluye aumento de la paridad, edad avanzada y obesidad; sin embargo, estos factores no deben usarse para limitar la detección.

Inmunizaciones

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

Inmunización para niños de acuerdo con el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico	
Hepatitis (Hep B)	Según indicado en el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico del año vigente de esta póliza. El asegurado podrá solicitar el itinerario vigente por teléfono al Centro de llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al (787) 281-2800.
Difteria, tétano y *pertusis* (tos ferina) (DTaP)	
Toxoides de tétano y difteria (Tdap)	
Rotavirus	
Poliovirus inactivo (IPV)	
Haemophilus influenzae, tipo B (Hib)	
Neumococo (PCV) y (PPV)	
Sarampión, papera y rubeola (MMR)	
Varicela (Var)	
Hepatitis A (Hep A)	

Meningococo (MCV) and (MPS)**	
Influenza	
Human papillomavirus (HPV)- vacuna para prevenir cáncer cervical	

Itinerario de vacunación del *Center for Disease Control* (CDC) para niños, adolescentes y adultos	
Tétano, difteria y pertusis (Td/Tdap)	Itinerario de vacunación del *Center for Disease Control* (CDC) del año vigente de esta póliza. El asegurado puede solicitar el Itinerario vigente por teléfono al Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al (787) 281-2800.
Human papillomavirus (HPV) – vacuna para prevenir cáncer cervical	
Varicela	
Zoster	
Sarampión, papera y rubeola (MMR)	
Influenza	
Neumococo	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Meningococo**	

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

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

Inmunizaciones adicionales que requieren copagos o coaseguros

Virus respiratorio sincitial (RSV), vacuna conocida como Synagis®	Esta vacuna estará cubierta en las dosis sugeridas de conformidad a la Ley Núm. 165 de 30 de agosto de 2006. Requiere preautorización del Departamento de Farmacia de MCS Life. El asegurado pagará la cantidad que corresponde a la vacuna y a la visita al médico por un servicio ambulatorio, de acuerdo con la Parte XII de esta póliza.

13. **Otros servicios cubiertos**

Mastectomía y mamoplastía reconstructiva	MCS Life cubrirá los beneficios de servicios relacionados a una mastectomía para hombres y mujeres incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre los senos, las prótesis y complicaciones que surjan de una mastectomía, incluyendo linfedemas, conforme a lo requerido por la Ley de los Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer *(Women's Health and Cancer Rights Act)* de 1998. Requiere preautorización de MCS Life. Terapia para linfedema requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life y aplica copago o coaseguro de terapia física. No estarán cubiertas las mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto para reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno. No aplica deducible inicial.
Examen físico anual	MCS Life cubrirá un examen físico anual, siempre que sea para propósitos preventivos. Se excluyen los exámenes físicos y pruebas de laboratorios para certificados médicos que sean ordenados por el patrono o algún otro propósito que no sea preventivo, excepto que de otro modo sean provistos por la Ley Núm. 296 del 1ro de septiembre de 2000, conocida como la Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico, según enmendada. La evaluación comprensiva de salud anual realizada por profesionales de la salud puede incluir pruebas diagnósticas, entre otras, de acuerdo con la edad, sexo y condición de salud del asegurado. No aplica deducible inicial.
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/ VIH)	Cubierto como cualquier otra condición conforme a la Ley Núm. 349 del 2 de septiembre de 2000, según enmendada. No aplica deducible inicial.
Autismo	Según la Ley Núm. 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo), los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, estarán cubiertas sin límites luego que la necesidad médica haya sido establecida bajo esta póliza. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a genética, neurología, inmunología gastroenterología, nutrición, terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas, e incluirá visitas médicas y pruebas médicamente necesarias. No aplica deducible inicial.
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.
Carta de Derechos de Pacientes con Cáncer y Sobrevivientes de Cáncer	En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, de Pacientes Diagnosticados con Cáncer y Sobrevivientes, MCS Life no rechazará o denegará ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes

	a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines. Además, cubre todos los servicios y beneficios preventivos mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno y también estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos cómo pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva postmastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente. Aplica deducible inicial/No aplica deducible inicial.
Detección Efectiva del Cáncer de Seno	En cumplimiento con la Ley Núm. 10 de 3 de enero de 2020, estarán cubiertas las pruebas de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de próstata, según las prácticas aceptables. Además, incluirán criterios para exámenes de cernimiento para cáncer de mama a las mujeres que cumplan con los siguientes requisitos: • una mamografía de referencia "baseline mammogram" a las mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años de edad; • una mamografía anual a las mujeres de cuarenta (40) años o más; • una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres de cuarenta (40) años o más que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso, según determinado en su mamografía por un radiólogo, en base a la escala de densidad del seno del Reporte de Proyección de Imagen y Sistema de Datos del Seno ("Breast Imaging Reporting and Data System", BI-RADS, por sus siglas en inglés), promulgada por el Colegio Americano de Radiología ("American College of Radiology"); • una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer seno debido a su historial familiar, a su propio historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado por su médico.
Servicios de ambulancia aérea en Puerto Rico	Cubierto de acuerdo a la necesidad médica que se establezca al momento de dar el servicio, a través de proveedores contratados. Aplica copago o coaseguro correspondiente.

Sección 2: Servicios cubiertos por reembolso

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

A. Servicios elegibles para reembolso en esta póliza:

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. 220-2012 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo).

Servicios de ambulancia terrestre en Puerto Rico	El servicio de ambulancia terrestre entre facilidades hospitalarias estará cubierto mediante reembolso a la persona asegurada. La cantidad máxima a reembolsar será de setenta y cinco dólares ($75.00) 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 en donde se brinda el servicio.
	
	El servicio sólo tendrá cubierta si el asegurado cumple con algunos de los siguientes requisitos:
	
	• El/la paciente fue transportado(a) por un servicio de ambulancias según descrito en la Parte I de Definiciones bajo "Servicios de Ambulancia";
	• El/la paciente sufrió una enfermedad o lesión para la cual no se recomiendan otros tipos de transportación;
	• Emergencias psiquiátricas conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008;
	• El/la paciente fue transportado(a);
	  o desde la residencia o el lugar de la emergencia al hospital o institución de enfermería diestra (SNF, por sus siglas en inglés);
	  o entre hospital y hospital o institución de enfermería diestra cuando la institución que transfiere o autoriza el alta no es la apropiada para los servicios cubiertos;
	  o desde el hospital a la residencia, para pacientes cuya condición de salud no permite el uso de otros medios de transportación;
	  o o entre instituciones proveedoras de cuidado de salud, incluyendo ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, conforme a

	la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008, según enmendada. • La solicitud de reembolso por el servicio incluye el certificado médico del transporte, el lugar de recogido y el destino; • No es un caso cubierto por la Administración de Compensación de Accidentes de Automóviles (ACAA), la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) o cualquier otro seguro con responsabilidad primaria (*third-party liability*).
Proveedores no participantes en Puerto Rico	MCS Life reembolsará a la persona asegurada la cantidad que habría sido pagada si el tratamiento, servicios o abastos hubieran sido brindados por un proveedor participante de MCS Life, menos cualquier copago o coaseguro que aplique, excepto en casos de emergencia. No se reembolsarán servicios de dentistas no participantes.
Preparado de aminoácidos libre de fenilalanina	Conforme a la Ley Núm. Ley 139 del 8 de agosto de 2016, MCS Life reembolsara el costo total del 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.

B. Proceso para solicitar un reembolso

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

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

1. Recibo original y oficial (recibo con logotipo o sello del proveedor del servicio, que indique: nombre, dirección, teléfono y especialidad)
2. Número de identificación nacional de proveedor (*National Provider Identifier* o NPI) o uno de los siguientes números: identificación patronal o licencia estatal.
3. Nombre completo del paciente y la información de grupo/contrato.
4. Fecha de servicio (mes/día/año).
5. Descripción del servicio recibido. Si el recibo es por más de un servicio, cada servicio tiene que estar desglosado.
6. Los recibos de laboratorios deben especificar todas las pruebas realizadas al paciente.
7. Indicar el código de servicio y de diagnóstico para cada servicio reclamado.
8. Indicar el costo total del servicio y cantidad pagada por el paciente. Si el recibo es por más de un servicio, se tiene que detallar cuánto se pagó por cada uno.
9. Si el reembolso es por servicios dentales, deberá indicar el diente o la pieza trabajada y el lado de la pieza trabajada. Cada superficie tiene una tarifa por separado.

Sección 3: Trasplante de órganos y médula ósea

El trasplante es un procedimiento o serie de procedimientos por el (los) cual (cuales) un órgano o tejido es removido del cuerpo de una persona llamada donante e implantada en el cuerpo de otra persona llamada recipiente; o un órgano o tejido removido e implantado en el cuerpo de la misma persona.

El beneficio máximo es de $2,000,000 por año póliza por asegurado y está cubierto al cien por ciento (100%) cuando los servicios se presten a través de proveedores participantes de la red de centros de trasplante. Este beneficio requiere pre-autorización de MCS y está disponible para todo empleado activo y su núcleo familiar elegible.

Trasplantes de Órganos Cubiertos

Corazón, corazón - pulmón, pulmón (unilateral y bilateral), hígado, páncreas, riñón, páncreas - riñón, e intestino delgado.

Servicios Cubiertos

1. Periodo de beneficio: Comienza diez (10) días antes del procedimiento de trasplante hasta doce (12) meses después de la fecha de cirugía.
2. Al recipiente se le cubrirán los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluye el cuidado previo a la cirugía, el cuidado post – cirugía y las drogas inmunosupresoras mientras el paciente esté en el hospital.
3. Gastos del donante por cirugía, almacenaje y transportación, directamente relacionados con los órganos a utilizarse en el procedimiento. Estarán cubiertos hasta un máximo de veinte mil dólares ($20,000) por cada procedimiento.
4. Gastos por transportación desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente adulto y un acompañante. Si el paciente es menor de edad, se cubrirán los gastos de transportación para dos (2) acompañantes (padres o personas que tengan la custodia legal del paciente).
5. Gastos por comida y alojamiento, se cubrirán hasta un máximo de cien ($100) dólares diarios por persona. El límite establecido por comidas y alojamiento es de cinco mil dólares ($5,000)
6. La obtención del órgano está sujeta a los siguientes máximos, irrespectivo a que sea en o fuera de la red de proveedores participantes:

❑ Corazón	$100,000
❑ Corazón – Pulmón	$125,000
❑ Pulmón	$ 75,000
❑ Páncreas – Riñón	$ 50,000
❑ Páncreas	$ 50,000
❑ Hígado	$100,000
❑ Intestino delgado	$ 35,000

Trasplante de Médula Ósea

Se cubrirán trasplantes alogénicos y autólogos, siempre que estén indicados en las siguientes condiciones y enfermedades: leucemia, ciertos linfomas, algunas enfermedades de la sangre, ciertas enfermedades congénitas y tumores, incluye los cancerosos.

Servicios Cubiertos

1. Periodo del beneficio: Comienza diez (10) días antes del procedimiento de trasplante hasta doce (12) meses después de la fecha de cirugía.
2. Donación y almacenaje de la médula ósea.
3. Tratamiento de quimioterapia o radiación antes de efectuarse el trasplante.
4. Gastos del donante por cirugía, almacenaje y transportación, directamente relacionadas con los órganos a utilizarse en el procedimiento. Estarán cubiertos hasta un máximo de veinte mil dólares ($20,000) por cada procedimiento.
5. Gastos de transportación desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente adulto y un acompañante. Si el paciente es menor de edad, se cubrirán los gastos de transportación para dos (2) acompañantes (padres o personas que tengan la custodia legal del paciente).
6. Gastos por comida y alojamiento, se cubrirán hasta un máximo de cien dólares ($100) diarios por persona. El límite establecido por comidas y alojamiento es de cinco mil ($5,000) dólares.
7. Médula ósea o trasplante periferal de *stem cell*.
8. La obtención de la médula ósea estará sujeta a un máximo de cien mil dólares ($100,000) irrespectivo a que sea en o fuera de la red de proveedores participantes.

NOTA: El reembolso de los gastos previamente identificados, está sujeto a que el recibo de compra debe especificar fecha, lugar de compra, nombre de los artículos que compró y el precio.

Servicio de Proveedores no Participantes

El asegurado será responsable de un treinta por ciento (30%) de coaseguro cuando utilice proveedores no participantes de la red exclusiva de centros de trasplante, sujeto a los siguientes máximos:

1. Corazón	$250,000 por procedimiento
2. Corazón – Pulmón	$250,000 por procedimiento
3. Pulmón	$150,000 por procedimiento
4. Páncreas – Riñón	$200,000 por procedimiento
5. Páncreas	$150,000 por procedimiento
6. Hígado	$250,000 por procedimiento
7. Intestino delgado	$ 80,000 por procedimiento
8. Médula ósea alogénica	$250,000 por procedimiento
9. Médula ósea autóloga	$250,000 por procedimiento

Exclusiones de Trasplante de Órganos y Médula Ósea

1. Enfermedades, condiciones o trasplantes que resulten de cualquier infección por motivo del virus (T- Cell) de inmuno deficiencia humana.
2. Servicios cuya responsabilidad primaria es de Medicare.
3. Trasplantes que estén en etapa experimental o investigativa que no sean de efectividad médica comprobada.
4. Drogas inmunosupresoras adquiridas en farmacias.

Sección 4: Programas incluidos como parte de sus beneficios

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

MCS Alivia	Es un modelo de terapias y tratamientos alternativos y complementarios integrados a los sistemas convencionales de salud. Algunos de los servicios disponibles son: • salud integral y complementaria • medicina tradicional china • acupuntura médica • masaje terapéutico • homeopatía ofrecida por médicos con certificación • medicina bioenergética (*Pranic healing*). Para obtener acceso a estos beneficios y garantizar la coordinación apropiada de todos los servicios necesarios, se requiere que el asegurado llame o coordine una cita. El asegurado será evaluado por el médico generalista del centro de MCS Alivia, para determinar las modalidades correspondientes al tratamiento. Se cubre un máximo de seis (6) visitas por año póliza por persona asegurada con un máximo de dos (2) modalidades por visita. Aplica copago correspondiente.
MCS Solutions	Programa que integra el cuidado de salud mental y tratamiento para el abuso de sustancias controladas. Todos los servicios se ofrecen de manera confidencial y privada, disponibles las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. 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. Para información adicional, el asegurado deberá llamar al 1-866-627-4327.
Programas e iniciativas de bienestar	Como parte del compromiso de MCS Life con la salud de nuestros asegurados, desarrollamos una serie de iniciativas y programas innovadores que complementan los beneficios básicos de nuestras cubiertas. Estos programas e iniciativas de bienestar, atienden desde la salud física hasta la salud emocional de nuestros asegurados y satisfacen las expectativas de un plan de salud comprensivo. Incluye charlas educativas, sesiones de ejercicios, y orientaciones clínicas, entre otros. Para más información sobre los programas disponibles, el asegurado podrá comunicarse con nuestro centro de llamadas de Servicio al Cliente al 787-281-2800 en el área metro, o libre de costo al 1-888-758-1616, lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.; las personas con impedimentos auditivos (TTY) podrán llamar al 1-866-627-8182.
MCS Medilínea MD	Este programa es un servicio de MCS Medilínea MD. Aplica copago correspondiente a Telemedicina. Máximo de cuatro (4) consultas al año. Acceso a visitas virtuales con médicos primarios incluyendo médico de familia, generalista,

	internista y pediatra, a través de plataforma digital de MCS Medilínea MD . Niños menores de dieciocho (18) años deben estar acompañados por un adulto al momento de la consulta. Algunas condiciones apropiadas para consultar a través de este servicio son: • alergias • estreñimiento • tos • diarrea • problemas del oído • fiebre • gripe • dolor de cabeza • picadas de insectos • náusea • conjuntivitis • erupción de la piel • dolor de garganta • problemas urinarios/ITU • vómitos. Se requerirá que los padres o tutores para niños menores de treinta y seis (36) meses, completen un formulario aparte de divulgación de historial médico previo a hacer una cita o tener una consulta con un médico del proveedor de telemedicina contratado. Niños menores de treinta y seis (36) meses que presenten fiebre deberán ser referidos a su pediatra o a sala de emergencias. En casos agudos y que el médico entienda que amerita uso de medicamentos de acuerdo al cuadro clínico del paciente, se coordinara el envío de la receta directamente a la farmacia de preferencia del asegurado. 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 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 copago correspondiente al a visita cada vez que acceda a esta plataforma de servicios. Para registrarse, el asegurado deberá acceder a www.mdlive.com/mcs.
MCS Care Clubs	Este es un programa voluntario y es parte de la cubierta básica, sin ningún costo adicional a la prima. Consiste en dos (2) visitas con cero dólares ($0) de copago al MCS Care Club de preferencia del asegurado: • Primera visita: *a.* El asegurado deberá completar un *Health Risk Assesment* (HRA) y hacerse una evaluación inicial. El propósito del HRA es para poder identificar posibles condiciones del asegurado y poder continuar el desarrollo de programas de bienestar para la población. *b.* El médico le hará una serie de recomendaciones de servicios preventivos que estén disponibles en el centro, basadas en el

	resultado del HRA. Los servicios serán recomendados de acuerdo a los criterios de edad y género establecidos por el *United States Preventive Services Task Force*. • Segunda visita: El médico discutirá con el asegurado los resultados de pruebas realizadas, y el reporte de perfil personalizado. De ser necesario, el médico hará recomendaciones adicionales, o referidos a otros especialistas según aplique. En el caso que el asegurado requiera pruebas adicionales debido a su condición o indicación clínica, el centro referirá al asegurado según aplique. Este programa está disponible para todos los asegurados de diez y ocho (18) años en adelante.

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Está cubierta está diseñada con el propósito de ampliar los beneficios de la Cubierta Básica. Todos los beneficios de esta cubierta serán a base de reembolso al asegurado, por lo que éste deberá pagar por los servicios obtenidos para luego solicitar reembolso de acuerdo a los requisitos del plan médico. Sólo serán reembolsables los gastos incurridos por servicios que hayan sido rendidos por un médico o por orden de un médico o dentista legalmente autorizado a ejercer la práctica de su profesión y a prescribir los tratamientos y medicamentos ordenados. Todos los reembolsos estarán sujetos a los términos y condiciones establecidos. El pago por los servicios cubiertos estará basado en los cargos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) en el área donde se presten tales servicios y al gasto actual incurrido por el asegurado, el que sea menor. Si no es posible conseguir una lista UCR para el área específica, el gasto incurrido constituirá la base para el cargo aceptado el cual estará sujeto al deducible y/o coaseguro correspondiente. El monto total del deducible requerido por contrato de suscripción por Gastos Médicos Mayores deberá ser satisfecho en su totalidad antes de recibir beneficios bajo esta cubierta.

Se reembolsará el ochenta por ciento (80%) de los cargos usuales y acostumbrados para los servicios cubiertos, después de haber acumulado cien dólares ($100) del deducible inicial por asegurado por año póliza. En el contrato familiar el deducible se aplicará sólo tres veces, o sea trescientos dólares ($300) por año del plan/año póliza.

MCS podrá coordinar el pago directamente con el suplidor de los servicios, por lo que el asegurado obtendría el beneficio de no pagar el cien por ciento (100%), solo sería responsable del deducible y el copago correspondiente. Puede comunicarse con la Unidad Dedicada para más detalles.

Costos compartidos

A. Deducible. El deducible aplicable para Gastos Médico Mayores cubiertos será cien $100 por persona, por año póliza, y trescientos $300 por familia, por año póliza.

B. Coaseguro.

a. Luego de pagado el deducible aplicable a los Gastos Médicos Mayores, cada persona asegurada es responsable de pagar el veinte 20% de coaseguro por los servicios médicos cubiertos.
b. Luego de pagado el deducible aplicable a los Gastos Médicos Mayores, cada familia asegurada es responsable de pagar el veinte 20% de coaseguro por los servicios médicos cubiertos.
c. En caso de que una persona o familia asegurada haya incurrido en algún gasto de beneficios cubiertos por reembolso, según descrito en la Sección IV de este endoso, será responsable de la diferencia

entre el gasto incurrido y las tarifas establecidas por MCS Life. MCS Life sólo reembolsará el porcentaje aplicable al servicio, en base a la tarifas establecidas por MCS Life para dichos beneficios.

Límites aplicables. Los servicios cubiertos bajo este póliza están sujetos a los límites establecidos en la Cubierta Básica de la póliza, a menos que se establezca lo contrario. Igualmente, los servicios incluidos sólo serán cubiertos cuando sean incurridos como resultado de una enfermedad o lesión, médicamente necesario y practicado u ordenado por un médico, según establecido en la Póliza.

Beneficios Cubiertos.

Los siguientes beneficios requieren pre autorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life.

1. Gastos por servicios profesionales prestados por médicos o cirujano no participantes de la Red de MCS, serán reembolsado de acuerdo a la tarifa contratada con un proveedor participante.
2. Gastos por habitación privada hasta un máximo de veinticinco dólares ($25.00) diarios. A este beneficio no aplica el veinte por ciento (20%) de coaseguro.
3. Vasoterapia y Linfedema sin límite, sujeta a preautorización.
4. Anestesia, oxígeno y su administración.
5. Alquiler de pulmón de hierro (ventilador) y cualquier otro equipo médico.
6. Prótesis (extremidades, ojos, marcapasos, válvulas, etc.) sin incluir su reemplazo y que los mismos sean para aliviar condiciones surgidas posteriores a la fecha de la cubierta con excepción de prótesis del seno y de impotencia cubiertas por Básica.
7. Aparatos ortopédicos, sin incluir su reemplazo. Zapatos correctivos no están incluidos.
8. Enfermeras especiales hasta mil dólares ($1,000) por año póliza. La solicitud de reembolso deberá estar acompañada de una certificación médica donde se establezca la necesidad del servicio. El recibo debe indicar el número de licencia de la enfermera, el detalle del horario y fechas del servicio.
9. Colonoscopías en exceso de la Cubierta Básica.
10. Gastos de monitoria fetal en exceso de la Cubierta Básica.
11. Gastos por marcapasos y *Stem* ordenado por cardiólogo, sujeto a pre-autorización por MCS.
12. Tomografía computarizada y resonancia magnética en exceso de la Cubierta Básica, requiere pre-autorización. Si está hospitalizado no requiere pre-autorización.
13. Sonogramas en exceso de la Cubierta Básica.
14. Laboratorios que requieren inoculación animal y/o ser enviados fuera de Puerto Rico.
15. Medicina Nuclear en exceso de la Cubierta Básica.
16. Laboratorios y pruebas cardiovasculares invasivas y no invasivas.
17. Ecocardiogramas y electromiogramas en exceso de la Cubierta Básica.
18. Endoscopía en exceso de la Cubierta Básica.
19. Asistente Quirúrgico.
20. Servicios de lancetas, cubierto para asegurados diagnosticados con diabetes mellitus tipo I sin límite de edad.
21. Glucómetro, cubierto sin límite de edad ni diagnóstico.
22. Bomba de insulina, sin límite de edad. Requiere preautorizacion.
23. Servicios en medicina deportiva, prestados u ordenados por especialista disponiéndose que se cubren cuando su propósito es tratar una condición cubierta.
24. Pruebas diagnósticas especializadas en exceso de la Cubierta Básica.
25. Terapia del habla en exceso al límite de la Cubierta Básica.
26. Mamoplastía terapéuticas con pre-autorización (en conformidad con guías médicamente aceptadas). Expresamente se excluye la mamoplastía con fines cosméticos y de embellecimiento.

27. Trasplantes de órganos y tejidos, tratamientos relacionados excluyendo córnea, pero incluyendo los de médula ósea, corazón, pulmón, corazón-pulmón, hígado, riñón, páncreas, páncreas-riñón e intestino delgado, incluyendo la obtención de los órganos, cuidado previo y posterior al trasplante, así como las drogas inmunosupresivas o antirechazo. Estos beneficios deben ser comprensivos y considerar los gastos de transportación, alojamiento y otras condiciones sociales que puedan ser necesarias. Este beneficio, así como cualquier gasto relacionado para la obtención del mismo, está sujeto a pre-autorización de MCS.
28. Terapia VAC sin límites, sujeta a pre-autorización de MCS.
29. Lentes intraoculares.
30. Extracciones de cordales y dientes impactados, cuando requieren hospitalización, incluyendo la anestesia y la estadía, que estarán cubiertas bajo los términos de los beneficios correspondientes en la Cubierta Básica. Los casos que no requieren hospitalización, estarán cubiertos por la cubierta de beneficios dentales.
31. Pruebas de amniocentesis.
32. Cuidado en casas de salud o casas de convalecencia por periodos no mayores de sesenta (60) días por año póliza por asegurado.
33. Inyecciones intraarticulares en exceso de la Cubierta Básica.
34. Prueba diagnóstica de polisomnografía en exceso de la Cubierta Básica sujeto a pre-autorización por MCS.
35. Alquiler o compra de equipo médico duradero para asistir a los asegurados que presenten condiciones crónicas, de carácter permanente o prolongado, según la necesidad médica. Se dispone que los criterios del Programa Federal *Medicare* vigentes constituirán la base para el establecimiento de las políticas para el alquiler o compra de equipo médico duradero.
36. El tratamiento del SIDA fuera del área geográfica de Puerto Rico, requiere pre-autorización de MCS.

Nota: El "Deducible por Persona y el Deducible por familia" no aplicará siempre y cuando los servicios sean recibidos en E.U. y el asegurado haya solicitado la pre-autorización de los servicios, o que los servicios sean recibidos por motivo de una emergencia. Si el asegurado no solicita la pre-autorización, acumulará el co-pago establecido y se le reembolsará a base de las tarifas contratadas PPO para Puerto Rico.

Cubierta de Gastos Médicos Mayores en Estados Unidos (E.U.)

Los beneficios por cargos incurridos en E.U., serán pagados a base de los cargos razonables y acostumbrados que aplican en el área donde los servicios fueron provistos, si los cargos son incurridos como resultado de una emergencia o por referido médico para tratamiento que no está disponible en Puerto Rico, debe estar certificado por el médico y aprobado por el Programa de Manejo Individual de Casos de MCS, previo al comienzo del tratamiento.

Si los cargos por tratamiento médico son incurridos sin la aprobación de MCS, los cargos por servicios cubiertos serán pagados de acuerdo a las tarifas contratadas por MCS en Puerto Rico. La diferencia en los cargos que surjan de esta situación es responsabilidad del asegurado.

Servicios recibidos fuera de Puerto Rico y Estados Unidos (E.U.)
Los servicios médicos, recibidos fuera de Puerto Rico y E.U., serán pagados a base del cargo razonable del área, si los cargos son incurridos como resultado de:

1. Una emergencia que ocurra; o
2. Mediante referido médico para tratamiento que no esté disponible en Puerto Rico, que haya sido certificado por el médico y se haya pre-autorizado por el Programa de Manejo Individual de Casos de MCS, previo al comienzo del tratamiento.

La persona será responsable de pagar la totalidad de los cargos incurridos y se reembolsará a base del cargo razonable del área.

Se excluyen gastos por tratamientos de servicios provistos en los EU si la necesidad para el tratamiento existía antes de que la persona asegurada viajara al exterior.

Exclusiones de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores

1. Enfermedades o lesiones que nacen de, o resulten del empleo, cuidado recibido sin costo bajo las leyes de los Estados Unidos o Puerto Rico y sus subdivisiones políticas o cuidado rendido por la Administración de Veteranos; enfermedades o lesiones que resulten de guerras; gastos médicos cubiertos en la cantidad que esté cubierta o estaría cubierta por el Título XVIII de la Ley de Seguro Social; servicios o beneficios bajo otros contratos básicos; accidentes de automóviles cubiertos por ACAA.
2. Cirugía cosmética o dental, excepto cuando sea necesario debido a un accidente que ocurra mientras el asegurado esté cubierto.
3. Espejuelos, ni exámenes para su medida o ajuste (excepto lo dispuesto en el plan de salud visual).
4. Aparatos auditivos (hearing aids).
5. Cargos por el cuidado, tratamiento, servicios o materiales que no estén ordenados por el médico como necesarios para el tratamiento de la enfermedad o lesión.
6. Viajes, aun cuando sean ordenados por el médico, cuidado custodial, o cuidado de descanso (rest cures), excepto en casos de trasplantes de órganos.
7. Exámenes físicos de rutina para licencias o certificados.
8. Servicios personales.
9. Servicios, tratamientos u hospitalizaciones que surjan de abortos no terapéuticos (aborto provocado) ni sus complicaciones.
10. Servicios de medicina preventiva o rehabilitativa que no estén expresamente incluidos.
11. Servicios dentales, excepto los expresamente cubiertos.
12. Servicios en etapa experimental o procedimientos nuevos y/o experimentales que no hayan sido aprobados por MCS para ser incluidos en la cubierta del plan médico.
13. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina.
14. Los deducibles, co-pagos y coaseguros de las Cubiertas Básica y Dental.
15. Liposucción.
16. Cargos por hospitalizaciones, procedimientos, tratamientos y condiciones no cubiertas y sus complicaciones.
17. Trasplante de córnea.
18. Zapatos correctivos.
19. Se cubre los trasplantes de piel y hueso, pero se excluyen los gastos incurridos en la obtención y transportación de los materiales necesarios para estos servicios.
20. Queratoplastía refractiva, queratotomía radial, fotorefractoria (con rayos láser) y cirugía lamelar.
21. Las pruebas genéticas estarán excluidas, excepto las pruebas “Maternal Serum Alfa Feto Protein” y aquellas otras que sean indicadas para el diagnóstico de posibles anomalías en el feto de una asegurada embarazada cuando MCS determina que el caso presenta condiciones de riesgo que se justifican por necesidad médica.
22. Alguna enfermedad mental no clasificada en la última edición publicada del "International Classification of Diseases of the U.S. Department of Health and Human Services".
23. Servicios prestados u ordenados por especialista en medicina deportiva, para personas sanas cuyo propósito es mejorar sus habilidades atléticas o deportivas.

Cubierta De Visión

DEFINICIONES:

Red de Visión	Red de proveedores de visión contratada para proveer el beneficio de visión pediátrica de este endoso.

SERVICIOS CUBIERTOS

Los servicios de visión estarán cubiertos hasta un máximo de cien dólares ($100) por año póliza para beneficios que no son beneficios esenciales de salud, según requeridos por ley. Los servicios cubiertos serán los siguientes:

A. Visión Pediátrica

Servicios de visión cubiertos para menores de veintiún (21) años de edad.	• Examen de refracción: Un (1) examen de refracción por asegurado por año póliza. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
	• Lentes para corrección visual: Un (1) par de lentes o lentes de contacto. Servicios disponibles solo dentro de la Red de Visión de MCS Life. Este servicio no está disponible a través de reembolso.
	  o lentes para espejuelos: Los lentes para corrección visual incluyen una selección de visión sencilla, de plástico (CR-39 *Plastic*) o policarbonato
	  o lentes de contacto (desechables): cubiertos en su totalidad con un suplido de doce (12) pares al año (un par de lentes de contacto por mes).
	  o lentes de alta potencia o lupas para asegurados con pérdida significativa de la visión (*low vision*) pero que no tengan ceguera total.
	• Montura para lentes de corrección visual (*frames*): Espejuelos para asegurados hasta los veintiún (21) años, un (1) par por año póliza, dentro de la colección contratada. Disponibles a través de la red de proveedores exclusivamente contratados para el beneficio de visión pediátrica.

B. Servicios de Visión para Adultos y Niños (adicionales a Visión Pediátrica)

Servicios de Visión para Adultos y Niños (adicionales a Visión Pediátrica)	Para los adultos se cubrirán los siguientes como servicios esenciales: • Un (1) examen de refracción por año póliza. Aplica copago o coaseguro. Para los adultos y niños (además de visión pediátrica) se cubrirán los siguientes servicios: • Un máximo de cien dólares ($100) por persona por año póliza. Requiere pre autorización de Servicio al Cliente de MCS Life. Estos servicios estarán cubiertos a través de proveedores contratados por MCS Life o por reembolso si los servicios son provistos por un proveedor no contratado. Si la persona asegurada incurre en gastos por servicios o suministros que hayan sido recetados por un optómetra y/u oftalmólogo calificado, MCS Life pagará dicha cantidad hasta el máximo establecido. El máximo establecido podrá ser utilizado para los siguientes servicios:

	A. Lentes • visión sencilla • bifocal • trifocal • lenticular B. Espejuelos (monturas) C. Lentes de contacto regulares o tóricos D. Terapias ortópticas estarán cubiertas hasta la cantidad estipulada en su cubierta. E. Opciones adicionales**:** • tratamiento anti-reflectivo • lente policarbonato • tratamiento anti-rayados • tratamiento anti-UV • progresivo trifocal • progresivo bifocal • lente foto-sensitivo (de transición)

SERVICIOS DE VISIÓN CUBIERTOS A TRAVÉS DE REEMBOLSO:

Cargos bajo este beneficio no están sujetos al deducible o coaseguro bajo el beneficio de Gastos Médicos Mayores. Los cargos elegibles serán reembolsados a la persona asegurada, a menos que MCS provea facilidades contratadas para estos servicios.

Si la persona asegurada incurre en gastos por servicios o suministros que hayan sido recetados por un optómetra y/o oftalmólogo calificado, MCS pagará dicha cantidad hasta el máximo establecido.

Beneficios	
Programa de Visión	Cubierto por reembolso cada año póliza
Examen de la Vista	Hasta un máximo de treinta dólares ($30.00) (un (1) examen anual incluye refracción)
Lentes de contacto o espejuelos	Hasta un máximo de cien dólares ($100.00) cada año póliza

Nota: En el beneficio de lentes de contacto o espejuelos estará cubierto uno de los dos beneficios con un máximo de cien dólares ($100.00) cada año póliza. Terapias ortópticas estarán cubiertas de acuerdo a la necesidad médica hasta un máximo de treinta (30) servicios por vida.

EXCLUSIONES

A. **Exclusiones al beneficio de Visión Pediátrica:**

1. Servicios de visión pediátrica para mayores de veintiún (21) años de edad.

2. Tintes o terminaciones para lentes, o lentes que no estén especificados en el beneficio de visión pediátrica.
3. Lentes de contacto excepto los descritos en el beneficio.
4. Monturas para lentes de corrección visual (*frames*) que no sean parte de la colección contratada.
5. Servicios y materiales requeridos como resultado de una reclamación bajo una cubierta de seguro de incapacidad ocupacional (*worker's compensation*) o provista por el plan de seguro médico de la empresa en que trabaja el menor.
6. Cualquier servicio, lentes para corrección visual, lentes de contacto, o montura para lentes de corrección visual requerido por el patrono como condición de empleo.
7. Cualquier gasto por lentes para corrección visual, lentes de contacto, o montura para lentes de corrección visual fuera de la red de proveedores de visión de MCS Life.

B. **Exclusiones al servicio de visión para niños y adultos (adicionales a Visión Pediátrica):**

1. Condiciones que sean resultados de cualquier enfermedad o daño corporal que surja de o en el curso del empleo de la persona asegurada;
2. Gastos para gafas de sol o con tintes;
3. Gastos incurridos por tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos, fuera de los especificados;
4. Gastos para uso estético;
5. Gastos incurridos para lentes de contacto *Pediatric Aphakic Contact Lenses* u otro tipo de lentes de contacto que no sean regulares o tóricos;
6. Gastos incurridos luego de agotar el beneficio o servicio según le indica su cubierta de visión;
7. Deducibles o coaseguros que le correspondan al asegurado;
8. Aparatos y artefactos necesarios como parte de las terapias ortópticas; y
9. Terapias ortópticas para tratamientos en casos de desórdenes del aprendizaje y dislexia, excepto para condiciones descritas bajo la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo) de los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

C. Exclusiones del beneficio de visión a través reembolso:
MCS no pagará por ningún cargo que:

1. sea excluido en la sección de **Limitaciones Generales**;
2. sea resultado de cualquier enfermedad o daño corporal que surge de o en el curso del Empleo de la Persona Asegurada;
3. sean incurridos para más de una (1) examen completo o un (1) par de lentes o una (1) montura durante cualquier período del año póliza.
4. sean para gafas de sol o con tintes;
5. sean incurridos en conexión con procedimientos especiales, tales como entrenamiento visual u ortóptico y tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos.
6. sea para uso estético.
7. sean por aparatos y artefactos necesarios como parte de las terapias ortópticas.
8. sean por terapias ortópticas para tratamientos en casos de desórdenes del aprendizaje y dislexia.

Cubierta de Medicamentos

Cubierta para el pago de medicamentos recetados por un médico, que sean aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, (FDA por sus siglas en inglés) y adquiridos por una persona elegible para el beneficio de farmacia, según los requisitos de elegibilidad establecidos por la Universidad y que sean preparados y despachados por un farmacéutico autorizado.

Los beneficios provistos bajo esta cubierta, se ofrecen en farmacias contratadas por **Pharmpix,** nuestro PBM**,** a través de la Red de Farmacias para Empleados UPR.

Se cubrirán aquellos medicamentos que por ley federal se requiera que su etiqueta indique la frase: "*CAUTION: FEDERAL LAW PROHIBITS DISPENSING WITHOUT PRESCRIPTION*", así como la insulina cuando sean ordenados por un médico-cirujano o cirujano dentista legalmente autorizado a la práctica de su profesión a recetar el tipo de medicamento prescrito. También se cubren vacunas hipo-alérgicas, drogas y vacunas para el Factor RH. Los medicamentos con leyenda federal que puedan tener su versión OTC, solo se cubrirá la versión despachada dentro del recetario con prescripción médica.

Copagos para 30 días de suplido:

1. **Bioequivalentes** (Primera Opción) - $9 de copago / $12 de copago a través de Farmacias Walgreens.

2. **Marca** - $20 de copago / $25 de copago a través de Farmacias Walgreens

3. **Medicamentos Especializados** – 30% de coaseguro
   a. Para pacientes no elegibles al Programa de Asistencia al Paciente o programas de descuentos disponibles a través de las Farmacéuticas/Manufactureras de Medicamentos, el paciente pagará únicamente veinte ($20) dólares de copago por el medicamento especializado.

Copagos para 90 días de suplido:

1. **Bioequivalentes** (Primera Opción) - $18 de copago/ $24 de copago a través de Farmacias Walgreens.

2. **Marca** - $40 de copago / $50 de copago a través de Farmacias Walgreens.

Regla de Bioequivalente Mandatorio

Si el participante selecciona el medicamento de marca cuando exista el medicamento bioequivalente, pagará el copago de marca más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el de bioequivalente, independientemente que el médico indique "No sustituir o No intercambiar".

La Regla de Bioequivalente Mandatorio no aplica a los medicamentos: Synthroid, Coumadin o Agentes Anticonvulsivos (Branded).

Despacho de Medicamentos Recetados al Detal

1. Medicamentos para condiciones agudas – limitado a un abastecimiento de treinta (30) días consecutivos. Estos medicamentos no tienen repeticiones (refills).
2. Medicamentos de mantenimiento (refills) tienen un despacho inicial y hasta cinco (5) repeticiones.
3. Todos los medicamentos serán despachados de acuerdo a las indicaciones del manufacturero y según aprobadas por FDA.

a. Productos para tratamiento de tiroides
b. Preparaciones de nitroglicerina
c. Medicamentos para condiciones cardíacas
d. Diuréticos
e. Preparaciones de digital
f. Anticonvulsivos
g. Medicamentos para diabetes
h. Hipotensores
i. Medicamentos para enfermedad de Parkinson
j. Prostigmin
k. Mestinon

4. Los siguientes medicamentos serán despachados, según se dispone a continuación:
   a. Medicamentos para impotencia, limitado a seis (6) pastillas al mes.
   b. Vacunas preventivas y su administración, para adultos, sin limitación, excepto vacunas con propósito de viaje.
   c. Hormonas para crecimiento hasta los 18 años, sujeto a preautorización.
   d. Medicamentos para condiciones de déficit de atención (ADHD) hasta los 18 años.

5. Jeringuillas, tirillas y agujas de los pens de insulina cubiertas con copago de bioequivalente.

6. Una (1) inyección de glucagón y reemplazo en caso de su uso o por haber expirado.

Programa Voluntario de Medicamentos por Correo

Este programa le permite al participante recibir los medicamentos de mantenimiento por correo regular para un suministro de 90 días hasta un máximo de tres (3) repeticiones. La participación a este programa es voluntaria.

Copagos para 90 días de suplido por correo:

1. **Bioequivalentes** - $18 de copago por 90 días de suplido.

2. **Marca** - $40 de copago por 90 días de suplido.

Cuando ordena sus recetas a través de correo, se **ahorra el pago de un mes de copago** y recibe los medicamentos en la comodidad de su hogar.

Despacho:

1. La cantidad de medicamentos despachados conforme a una receta original estará limitado a un abastecimiento máximo de noventa (90) días consecutivos.
2. Repeticiones (Refills) - para medicamentos de mantenimiento por correo tienen un despacho inicial de treinta días (30) en una farmacia local participante y tres (3) repeticiones de noventa (90) días cada una para despacho por correo.

Los medicamentos que se despachan por el programa de medicamentos por correo son aquellos que se utilizan para tratamiento de condiciones a largo plazo, tales como:

1. Medicamentos para la diabetes
2. Medicamentos para controlar la alta presión
3. Medicamentos para los desórdenes de la tiroides
4. Medicamentos para arritmias cardíacas, entre otros

Pasos para solicitar sus medicamentos por correo:

1. Solicite a su médico que le escriba dos recetas originales para los medicamentos de mantenimiento que necesite:
    - Una, para que su farmacia participante le despache los medicamentos por 30 días mientras espera por el suministro por correo.
    - La otra receta es para ser enviada al Programa de Medicamentos por Correo para un suministro de noventa (90) días.
2. Es importante que su médico autorice e indique claramente las repeticiones del medicamento de mantenimiento.
3. Elija cualquiera de las siguientes opciones para ordenar:
    - Completar el formulario y enviarlo por correo.
    - Por Internet
4. Complete los formularios de pedido por correo.
5. Envíe el formulario por correo, las recetas originales y el deducible correspondiente a cada receta en un sobre.
6. El pago puede realizarse en cheque, giro postal o con tarjeta de crédito o débito.
    - Recibirá un formulario de pedido nuevo con cada envío.
7. Puede obtener las repeticiones de sus recetas a través del correo, siempre y cuando su médico lo haya autorizado.
8. Haga el pedido tres (3) semanas antes de que su medicamento se le termine. Las fechas sugeridas para solicitar las repeticiones aparecerán en la etiqueta de su medicamento.

Limitaciones de la Cubierta de Medicamentos

1. Los medicamentos no podrán ser despachados ni repetidos después de haber transcurrido doce (12) meses desde la fecha original de la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de productos o sustancias farmacéuticas. Para la repetición de un medicamento es necesario que el médico así lo indique en la receta original.
2. Se cubren los productos utilizados con fines de diagnóstico, que tengan leyenda federal.
3. Se cubren por reembolso los medicamentos despachados fuera de Puerto Rico o Estados Unidos al cien por ciento (100%) del pago que se hubiera realizado a una farmacia contratada dentro de la Red de Farmacias para Empleados UPR, menos el deducible, copago o coaseguro aplicable. El participante es responsable de someter la solicitud de reembolso y la evidencia que cumpla con los requisitos de reembolso.

Exclusiones de la Cubierta de Medicamentos

1. Todos los medicamentos que no requieran prescripción médica a tenor con las leyes federales y medicamentos fuera del recetario (OTC - Over the Counter), que no estén cubiertos bajo un programa de medicamentos OTC.
2. Cualquier medicamento cubierto o consumido en el lugar que se prescriba u ordene.
3. Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de la ley.
4. Medicamentos por los cuales el participante pueda ser compensado bajo las leyes del trabajo, leyes de

responsabilidad del patrono o por las cuales el participante, sin costo alguno, reciba reembolsos de cualquier agencia del gobierno federal o estatal.

5. Equipo o aparatos de cualquier tipo, aun cuando para comprar los mismos se requiera receta escrita, tales como equipos o dispositivos terapéuticos, equipos artificiales, prenda de soporte o cualquier otra sustancia no médica o equipos similares, excepto tirillas para el glucómetro.
6. Medicamentos rotulados "Caution-Limited by Law to Investigational Use" o drogas de experimentación, aun cuando se le haga cargo alguno al participante.
7. Medicamentos que tienen que ser tomados o administrados en dosis completas o parciales, mientras el participante esté hospitalizado o en un hogar de convalecencia, sanatorio, tratamiento ambulatorio o cualquier institución similar, en los cuales se permita la operación de una facilidad para suministrar medicamentos o productos farmacéuticos.
8. Productos "Minoxidil" en todas sus formas, incluye "Rogaine"
9. Retin A (no importa su uso)
10. Cargos por recursos tales como: lancetas o recursos e instrumentos similares, aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
11. Medicamentos para el control de peso para propósitos estéticos.

Cubierta Dental - Opcional

NOTA: El beneficio dental es una cubierta opcional. Los cargos incurridos elegibles serán pagados de acuerdo con las tarifas establecidas. Todos los servicios de prótesis están sujetos al requisito de pre-autorización. Algunos de los servicios de Periodoncia requieren pre- autorización.

La cubierta de beneficios dentales descrita a continuación podrá ser seleccionada por los empleados y dependientes opcionales elegibles a su discreción.

Los asegurados acogidos a la Cubierta Dental tendrán derecho a recibir los siguientes servicios:

	Código	Descripción del Procedimiento
I	**Diagnóstico** – Sin coaseguro	
	D0120	Evaluación periódica uno (1) cada seis (6) meses
	D0140	Evaluación oral limitada – examen de emergencia como resultado de una condición dental aguda
	D0150	Evaluación inicial
	D0160	Evaluación oral extensa y detallada – enfocada en un problema, por reporte
	D0180	Evaluación periodontal comprensiva (sólo por un periodoncista)
II	**Radiografías** – Sin coaseguro	
	D0210	Radiografías intraoral de la boca completa - incluye radiografías de mordida
	D0220	Primera radiografía intraoral periapical – Una radiografía simple de área.
	D0230	Radiografías adicionales hasta cuatro (4) para completar el diagnóstico o el tratamiento.
	D0272	Radiografía de mordidas, dos (2)
	D0274	Radiografía de mordidas, cuatro (4)
	D0330	Panorámicas uno (1) cada tres (3) años
	D0350	Fotografías orales/faciales
	Laboratorio Oral Patológico - 30% de coaseguro	
	D0480	Obtención de capa de citología exfoliativa, examen microscópico, preparación y

transmisión de informe escrito

D0482 Inmunofluorescencia directa

III **Servicios Preventivos**

Profilaxis o limpieza – Sin coaseguro

D1110 Profilaxis (limpieza) adultos (catorce (14) años en adelante) – una (1) cada seis (6) meses

D1120 Profilaxis (limpieza) niños (menor de catorce (14) años)- una (1) cada seis (6) meses

Aplicación de Fluoruro - Sin coaseguro

D1203 Aplicación de fluoruro para niños (hasta los diecinueve (19) años) no incluye limpieza

D1206 Aplicación de barniz de fluoruro, aplicación terapéutica para pacientes con caries de moderado a alto riesgo

Otros Servicios Preventivos - Sin coaseguro

D1351 Sellantes - por diente pre molares y molares

D1352 Restauración de resina preventiva en pacientes con moderado a alto riesgo de caries - molares permanentes

IV **Mantenedores de Espacio** – 30% de coaseguro

D1510 Mantenedores de Espacio - fijo unilateral

D1515 Mantenedores de Espacio - fijo bilateral

D1520 Mantenedores de Espacio - removible unilateral

D1525 Mantenedores de Espacio - removible bilateral

D1550 Recementación de mantenedor de espacio

V **Restauraciones**

Amalgamas – Sin coaseguro

D2140 Amalgama - una (1) superficie, primario (deciduo) o permanente

D2150 Amalgama - dos (2) superficies, primario (deciduo) o permanente

D2160 Amalgama - tres (3) superficies, primario (deciduo) o permanente

D2161 Amalgama - cuatro (4) o más superficies, primario (deciduo) o permanente

Resinas Compuestas – Sin coaseguro

D2330 Resina - una (1) superficie, anterior

D2331 Resina - dos (2) superficies, anterior

D2332 Resina - tres (3) superficies, anterior

D2335 Resina - cuatro (4) o más superficies o incluyendo ángulo incisal (anterior)

Restaurativa Mayor – Sin coaseguro

D2542 Onlay –metálico-dos superficies

D2543 Onlay-metálico-tres superficies

D2544 Onlay-metálico-cuatro superficies

D2642 Onlay porcelana/cerámica-dos superficies

D2643 Onlay porcelana/cerámica-tres superficies

D2644 Onlay porcelana-cerámica-cuatro o más superficies

D2662 Onlay resina compuesta - dos superficies

D2663 Onlay resina compuesta - tres superficies

D2664 Onlay resina compuesta - cuatro o más superficies

VI **Coronas**

Restauraciones Sencillas Solamente - 30% de coaseguro

D2740	Corona en porcelana
D2750	Corona porcelana metal semi-precioso
D2752	Corona porcelana fundida en metal noble
D2780	Corona ¾ metal noble
D2783	Corona ¾ porcelana
D2790	Corona completa oro
D2792	Corona en metal altamente noble
D2799	Corona provisional

Otros Servicios Restaurativos – 30% de coaseguro

D2910	Recementación de incrustaciones intracoronales
D2920	Recementación de corona
D2940	Relleno sedativo para cavidades profundas, excavadas y tratadas con Zoe, etc.
D2950	Restauración base para corona
D2951	Retención con perno - por diente, adicional a la restauración
D2952	Poste y muñón colado por diente además de la restauración
D2954	Poste prefabricado
D2980	Reparación de corona, por informe
D2970	Corona temporera (diente fracturado)
D2971	Procedimiento adicional en la construcción y adaptación de una nueva corona bajo el armazón de una parcial existente

VII **Endodoncia** – 30% de coaseguro

D3110	Recubrimiento pulpal directo (excluyendo restauración final)

Pulpotomía – 30% de coaseguro

D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo restauración final)
D3221	Abertura drenaje pulpal (solamente si el beneficiario no completa el tratamiento de canal)

Terapia Endodóntica en Dientes Primarios – 30% de coaseguro

D3230	Terapia pulpal anterior primaria
D3240	Terapia pulpal (material reabsorbible) – dientes primarios posteriores (excluyendo restauración final)

Terapia Endodóntica (Incluye Plan de Tratamiento, Procedimientos Clínicos y Seguimiento) – 30% de coaseguro

D3310	Tratamiento de canal anterior (sin restauración final)
D3320	Tratamiento de canal - bicúspide (sin restauración final)
D3330	Tratamiento de canal - Molar (sin restauración final)
D3333	Reparación interna de defecto de perforación de raíz

Re tratamiento Endodóntico – 30% de coaseguro

D3346	Retratamiento, tratamiento de canal anterior
D3347	Retratamiento, tratamiento de canal bicúspide
D3348	Retratamiento, tratamiento de canal molar

Procedimientos de Apexificación/Recalcification – 30% de coaseguro

D3351	Apexificación/recalcificación - visita inicial
D3352	Apexificación/recalcificación - reemplazo de medicación interina
D3353	Apexificación/recalcificación - visita final
D3410	Apicectomía por diente/cirugía periradicular – anterior (primera raíz)
D3421	Apicectomía por diente /cirugía periradicular **–** bicúspide (primera raíz)
D3425	Apicectomía / cirugía periradicular – molar (primera raíz)
D3430	Relleno retrógrado – por raíz
D3450	Amputación de raíz - resección por raíz

Otros Procedimientos Endodónticos – 30% de coaseguro

D3920	Hemisección (incluye cualquier raíz removida) no incluye terapia de raíz de canal

VIII **Periodoncia**

Servicios Periodontales Quirúrgicos (Incluyen Cuidado Usual Postoperativo) – 35% de coaseguro

D4210	Gingivectomía por cuadrante o gingivoplastía cuatro o más dientes contiguos
D4211	Gingivectomía o gingivoplastía – uno a tres dientes contiguos o espacios correspondientes a dientes por cuadrante
D4240	Levantamiento de encía por completo y corte- por cuadrante "Gingival Flap" incluyendo "Root Planning".
D4241	Colgajo gingival incluyendo alisado radicular – una a tres dientes contiguos o espacios correspondientes a dientes por cuadrante
D4249	Alargado de corona - tejido duro
D4260	Cirugía de remoción de hueso (para sobrehueso) por cuadrante, cirugía ósea, incluyendo colgajo y cierre
D4261	Cirugía ósea (incluye colgajo y cierre) - uno a tres dientes contiguos o espacios correspondientes a dientes por cuadrante
D4263	Reemplazo de hueso-sencillo (incluye colgajo y cierre)
D4264	Reemplazo de hueso-múltiple (incluye colgajo y cierre)
D4265	Reemplazo de hueso-no autógeno (incluye colgajo y cierre)
D4266	Regeneración guiada - barrera reabsorbibles

Servicios Periodontales No Quirúrgicos – 35% de coaseguro

D4341	Curetaje periodontal sin levantar encía – cuatro o más dientes por cuadrante
D4342	Alisado radicurar y Curetaje - uno a tres dientes por cuadrante
D4355	Desbridado de toda la boca para facilitar una evaluación compresiva y el diagnóstico

Otros Servicios Periodontales – 35% de coaseguro

D4910	Mantenimiento periodontal – este procedimiento es para pacientes que han sido previamente tratados por una condición de enfermedad periodontal. Sustituye la profilaxis dental.

IX **Prostodoncia** – 30% de coaseguro

Dentaduras Completas Removibles

D5110	Dentadura completa maxilar
D5120	Dentadura completa mandibular
D5130	Dentadura completa inmediata maxilar
D5140	Dentadura completa inmediata mandibular

Dentadura Parcial – 30% de coaseguro

D5211	Dentadura parcial maxilar – base resina
D5212	Dentadura parcial mandibular– base resina
D5213	Dentadura parcial maxilar – estructura de metal
D5214	Dentadura parcial mandibular – estructura de metal
D5281	Dentadura parcial unilateral removible - una pieza fundida en metal (incluye cierre y diente)

Reparaciones Dentaduras Parciales (postizas) – 30% de coaseguro

D5610	Reparación de dentadura de resina
D5620	Reparación del armazón del molde
D5630	Reparación o reemplazo de gancho roto
D5640	Reemplazo de diente roto – por diente.
D5650	Añadir diente a dentadura parcial existente
D5660	Añadir gancho a dentadura parcial existente

Dentadura Fija - 30% de coaseguro

D6210	Póntico (metal altamente noble)
D6211	Póntico (predominantemente metal base)
D6240	Póntico (Porcelana fundido a oro)
D6241	Póntico (Porcelana fundido a metal no precioso)
D6242	Póntico (Porcelana fundido a metal semi - precioso)

Retenedores de Dentadura Parcial Fija – Onlays - 30% de coaseguro

D6608	Onlay – porcelana/cerámica, dos superficies
D6609	Onlay – porcelana/cerámica, tres o más superficies
D6610	Onlay – metal colado de alta nobleza, dos superficies

Retenedores de Dentadura Parcial Fija – Coronas - 30% de coaseguro

D6750	Corona (Porcelana fundido a oro)
D6751	Corona (Porcelana fundido a metal)
D6752	Corona (Porcelana fundida a metal semi-precioso)
D6780	Corona ¾ oro
D6783	Corona ¾ porcelana/cerámica
D6790	Corona (Completa en oro)

Otros Servicios de Dentadura Parcial Fija - 30% de coaseguro

D6930	Recementación de dentadura parcial fija
D6980	Reparación de prótesis fija, por reporte

X **Cirugía Oral** – Sin coaseguro

Extracciones Sencillas – incluye anestesia local, sutura, si es necesario y cuidado rutinario post operatorio - sin coaseguro

D7111	Extracción de residuos coronales de dientes deciduos

Extracciones - incluye anestesia local, sutura si es necesario y cuidado postoperativo de rutina – sin coaseguro

D7140	Extracción diente erupcionado o raíz expuesta

Extracciones Quirúrgicas – incluye anestesia local, sutura, si es necesario cuidado rutinario de post operatorio – sin coaseguro

D7210	Remoción quirúrgica de diente erupcionado (impactado)
D7220	Extracción de diente erupcionado (impactado) – tejido blando
D7230	Extracción de diente impactado - parcialmente en hueso
D7240	Extracción de diente impactado completamente en hueso
D7241	Extracción de diente completamente impactado – En hueso con complicaciones quirúrgicas no usuales

Otros Procedimientos Quirúrgicos– sin coaseguro

D7260	Fístula oroantral (cierre)
D7280	Acceso quirúrgico de diente no erupcionado
D7286	Biopsia de tejido blando
D7290	Reposición quirúrgica de un diente

Alveoloplastía – Preparación Quirúrgica de Dentaduras – sin coaseguro

D7310	Alveoloplastía combinada con extracción - por cuadrante
D7320	Alveoloplastía sin extracciones por cuadrante

Vestibuloplastía – sin coaseguro

D7340	Vestibuloplastía – (*ridge extension*)
D7350	Vestibuloplastía – (*ridge extension – including soft tissue graft*)

Excisión de Tejido de Hueso – sin coaseguro

D7471	Remoción de exostosis - maxilar o mandibular

Incisiones Quirúrgicas – sin coaseguro

D7510	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intraoral

Tratamiento de Fracturas – Simple – sin coaseguro

D7670	Alveolo – reducción cerrada, puede incluir estabilización de dientes
D7671	Alveolo – reducción abierta, puede incluir estabilización de dientes

<u>Otros Procedimientos de Reparación</u> – sin coaseguro

D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía)-procedimiento separado
D7970	Excisión de tejido hiperplástico - por arco
D7971	Excisión o pericoronal

XI **Beneficios Especiales –** Sin coaseguro

D9110	Tratamiento paliativo de emergencia - hiperemia causada por accidentes traumáticos o mordidas-ajuste oclusal menor. Pericoronitis, absceso periodontal, incisiones, úlceras, quemaduras, etc.

Anestesia – 30% de coaseguro

D9220	Sedación profunda / anestesia general - primeros 30 minutos
D9241	Sedación intravenosa / analgesia - primeros 30 minutos, cubierto a cirujanos maxilofaciales bajo la cubierta básica
D9420	Visita de seguimiento al hospital

Exclusiones de la Cubierta Dental

1. Cargos o servicios que resultan de accidentes o enfermedades cubiertos o relacionados con la Ley de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y aquellos otros que, de acuerdo a las leyes de Puerto Rico y Estados Unidos, el asegurado tenga derecho a recibir sin costo alguno para él o ella.
2. Servicios relacionados con procedimientos cosméticos y/o condiciones congénitas.
3. Servicios efectuados con anterioridad a la fecha del contrato.
4. Cargos por servicios relacionados con la coyuntura témpo-mandibular (TMJ.)
5. Reclamaciones sometidas a MCS con más de seis (6) meses de terminado el tratamiento.
6. Prótesis con propósito de ferulización permanente.
7. Procedimientos experimentales.
8. Todo cargo de hospitales, anestesia y los honorarios adicionales del dentista relacionados con los tratamientos en el hospital.
9. Injertos a los tejidos orales con tejidos de otras partes del cuerpo.
10. Tratamiento hecho por otras personas que no sean dentistas autorizados.
11. Reparación o reemplazo de un mantenedor de espacio que haya sido perdido o robado.
12. Implantes y prótesis relacionadas a los implantes.
13. Cualquier tratamiento para corregir mordida u oclusión.
14. Cualquier tratamiento que surja por la pérdida de estructura del diente por atrición o abrasión.
15. Todo procedimiento o servicio dental no expresamente excluido en esta sección, estará cubierto, sujeto a aprobación de la UPR y MCS en conjunto.

Reembolso
Si se utilizan los servicios de un dentista no participante en Puerto Rico, MCS pagará a base de reembolso, de acuerdo a la tarifa contratada para un proveedor dentista participante.

Cubierta de Ortodoncia

El beneficio de ortodoncia no forma parte de la Cubierta Dental la cual es opcional para los empleados. Es una cubierta que se ofrece como parte de los beneficios para los empleados y dependientes elegibles al plan/póliza que ofrece la Universidad a sus empleados.

El beneficio de ortodoncia se pagará al cien por ciento (100%) de los gastos con un máximo de mil dólares ($1,000.00) por vida, para asegurados menores de diecinueve (19) años.

Antes de procesar las reclamaciones por concepto de tratamiento de ortodoncia, se requiere la siguiente información:

1. Diagnóstico (tipo de mal oclusión)
2. Cargos totales
3. Meses de tratamiento

Código	Descripción del Procedimiento
D8660	Visita inicial
D8670	Visitas de seguimiento

Se requiere que los administradores/proveedores ofrezcan este beneficio a través de redes contratadas o por reembolso en aquellos casos que el proveedor no esté contratado.

PARTE IV: EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA

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

Sección 1: Exclusiones de la cubierta

Los siguientes servicios no están cubiertos bajo esta póliza:

1. Servicios que se presten, mientras el seguro de la persona no esté vigente.
2. Servicios que correspondan ser recibidos o cubiertos de acuerdo a 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 que sean recibidos de forma gratuita.
5. La admisión de pacientes con fines puramente de diagnóstico.
6. Gastos por servicios y/o materiales para comodidad personal, tales como teléfono, televisión, "Kit" de admisión, etc.
7. Ningún asegurado que se hospitalice en una habitación privada vendrá obligado a pagar diferencia alguna a un médico participante por los servicios prestados cubiertos por el plan.
8. Servicios prestados por el cónyuge, pareja, hermanos, padres, hijos o hijastros del asegurado. No aplica a servicios referidos por éstos y prestados por otros.
9. Hospitalizaciones para servicios o procedimientos que puedan ser prestados de forma ambulatoria.
10. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión de un delito o intento de perpetrar asalto o cualquier ofensa criminal, del incumplimiento de las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquier otro país cometidos por la persona asegurada; servicios que surjan debido a guerra, declarada o no, actos de terrorismo o cualquier acto incidental a la guerra o participación en una revuelta o desorden civil, excepto si la lesión surge como resultado de un acto de violencia doméstica o una condición médica; o en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que la persona asegurada estuvo activa en el ejército (*service connected*), en cuyo caso MCS Life recobra a la Administración de Veteranos.
11. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos; o que la persona obtenga o tenga derecho a obtener sin cargos o bajo cualquier plan de gobierno.
12. Gastos o servicios de comodidad personal, tales como: habitación privada, excepto en los casos donde el servicio es requerido debido a una necesidad médica según descritos en esta póliza, teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia (excepto las instituciones de enfermería diestra que están cubiertas por esta póliza) o cuidado a domicilio, a menos que su póliza estipule lo contrario.
13. 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.
14. Servicios que no estén enumerados en la Parte III de esta póliza, o que no sean parte de los requisitos provistos en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico (CSSPR) o no sean requeridos por el 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.

15. Gastos por servicios de exámenes físicos para fines de certificados médicos o algún otro propósito que no sea preventivo, excepto que de otro modo sean provistos por la Ley Núm. 296 de 1ro de septiembre de 2000, según enmendada.
16. Servicios que no sean médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la *Food & Drug Administration (FDA), 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 sobre la salud para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
17. Medicamentos o tratamientos experimentales o drogas con la etiqueta de "Precaución: Limitado por las leyes federales para uso de investigación". Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, que no sean considerados experimentales o investigativos, excepto que sean requeridos por una ley estatal o federal. No obstante lo dispuesto en los puntos 9 y 10, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar en un estudio de tratamiento autorizado, según las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a este un beneficio potencial y el médico que refiere al estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el paciente provea a MCS Life evidencia de que su participación es apropiada, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. No serán gastos médicos rutinarios del paciente los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.
18. Gastos por operaciones cosméticas o de embellecimiento, tratamientos o cuidados para corregir defectos de apariencia física, a no ser que sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por enfermedad o lesión corporal accidental o cirugía para corregir anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido. Mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno, la cual está cubierta en la póliza), intervenciones quirúrgicas que no sean luego de una cirugía bariátrica, conforme a la Ley Núm. 212 del 9 de agosto de 2008.
19. Se excluyen también los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a todos los servicios enumerados en el inciso 18, 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.
20. Cargos que resulten por alguna enfermedad o lesión corporal surgida de, o en el curso del empleo de la persona asegurada.
21. Cargos por el tratamiento de síndrome de la articulación tempero-mandibular (*TMJ*, por sus siglas en inglés).
22. Servicios de Asistentes Quirúrgicos.
23. Laboratorios que requieren inoculación animal.
24. Laboratorios que requieren ser procesados fuera de Puerto Rico.
25. Laboratorios Clínicos realizados en facilidades que no pertenecen a la Red de Laboratorios para Empleados UPR.
26. Servicios, procedimientos y/o tratamientos con el propósito de controlar el peso (obesidad o aumentar de peso) para propósitos estéticos.
27. Cirugía de acné.
28. Liposucción.
29. Procedimientos nuevos y/o experimentales que no hayan sido aprobados para inclusión en la cubierta del plan médico por MCS.
30. Tratamientos de enfermedades que los hospitales asociados de acuerdo a sus reglamentos no puedan aceptar.
31. Servicios suministrados por el Gobierno Federal.
32. Servicios prestados u ordenados por iridiólogos.
33. Keloides y reparación de Keloides, si es con fines cosméticos.

34. Gastos de medicinas naturales.
35. Medicinas suministradas en forma ambulatoria.
36. Estudios genéticos.
37. Gastos por equipo o aparatos utilizados para fines de diagnóstico como equipo para tomar presión arterial y otros.
38. Cuidado custodial, cuidado de descanso o convalecencia o cualquier otro tipo de cuidado.
39. Viajes, aun cuando sean ordenados por el médico como necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión.
40. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina, excepto nutricionistas, dietistas, naturópatas y terapistas en general.
41. Gastos que surjan por tratamientos, condiciones y procedimientos excluidos ni sus complicaciones.
42. Los gastos ocasionados por trasplantes de órganos y tejidos (corazón, corazón pulmón, hígado, riñón, páncreas, médula ósea, incluyendo autólogos y córnea) no están cubiertos. Además, se excluyen aquellas hospitalizaciones y/o complicaciones que resulten de estos procedimientos. Están cubiertos los trasplantes de piel y hueso, pero se excluyen los gastos incurridos en la obtención y transportación de materiales necesarios para estos trasplantes.
43. El tratamiento para el SIDA se limita a servicios prestados en Puerto Rico, excepto que requiere pre autorización de MCS si el tratamiento a recibirse es fuera de Puerto Rico, según establecido en los términos y condiciones de la póliza.
44. Servicios en facilidades de *Multiphasic screening*.
45. Servicios de enfermeras especiales, excepto aquellas necesarias para proveer los servicios cubiertos bajo la Cubierta de Beneficios de Cuidado de Salud en el Hogar, sin límites.
46. Queratoplastía refractiva, queratotomía radial y la fotorefractoria (con rayos láser) y cirugía lamelar.
47. Aparatos ortopédicos, prótesis (excepto del seno y por motivo de cirugía reconstructiva) marcapasos, válvulas y otros instrumentos, aparatos o dispositivos artificiales.
48. Medicamentos, vacunas y tirillas adquiridas en farmacias.
49. Cargos por drogas o medicamentos suministrados en visitas médicas y su administración, a menos que su cubierta incluya dichos servicios.
50. Cargos por servicios de termografía ofrecidos u ordenados por quiroprácticos y otros especialistas médicos que no tengan contratado este servicio.
51. Cargos por servicios de tratamientos para la infertilidad o relacionados con la concepción por medios artificiales, excepto laboratorios para propósitos diagnósticos.
52. Cargos por servicios de equipo auditivo y/o implante coclear independientemente de si existe o no justificación médica.
53. Cargos por servicios de terapias ortópticas (terapias visuales).
54. Cargos por servicios de plantillas ortopédicas.
55. Cargos por servicios prestados para abortos electivos incluyendo todos los servicios relacionados.
56. Cargos por pruebas psicométricas sin justificación clínica. Excepto por condiciones bajo la Ley Núm. 220-2012 del 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo) y los tratamientos para las condiciones de autismo definidas en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM*, por sus siglas en inglés) estarán cubiertos sin límites, según dispuesto por la ley BIDA.
57. Todo procedimiento cuyo propósito sea restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear o algún procedimiento que no cobija la condición de infertilidad, después que se usen para inducir el embarazo como, por ejemplo, la fertilización in vitro.
58. Gastos por vacunas y servicios relacionados que son requeridos por el patrono para obtener o mantener un empleo o seguro, o para un viaje.
59. Gastos por servicios provistos en clínicas de salud en masa que son ofrecidos y provistos por el patrono a sus empleados o por terceros.
60. Los servicios de cuidado de la salud en el hogar no incluyen cuidado residencial o custodial, servicios suministrados para conveniencia personal o comodidad como, por ejemplo, tareas domésticas, cuido de niños y servicio de fiambreras, independientemente de si fue recomendado por un nutricionista o un médico.

61. Servicios de diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios o en instalaciones renales, servicios médico quirúrgicos y complicaciones asociadas; luego de agotar el máximo de noventa (90) días indicado en esta póliza.
62. Monitor fetal en oficina médica (correas).
63. Cirugías orales adicionales a las descritas en esta póliza, excepto aquellas que resulten de un accidente o que estén cubiertas por una cubierta dental opcional.
64. Procedimientos de *Lasik* y cirugías para corregir defectos refractivos.
65. Servicios de analgesia intravenosa o analgesia administradas mediante inhalación, por el médico o dentista, excepto las anestesias conforme a la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999.
66. La escisión de granulomas o quistes radiculares que se originen por la infección de la pulpa del diente.
67. Servicios de asistencia quirúrgica en cirugías ambulatorias.
68. Visitas médicas a domicilio que no sean parte del cuidado de salud en el hogar o tratamiento residencial, según descrito en esta póliza.
69. Equipo médico duradero que no esté descrito en esta póliza, incluso equipo médico hecho a la medida, queda también excluido el servicio y equipo para Optune.
70. Todo servicio que no haya sido preautorizado y que requiera preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life, según descrito en los beneficios de esta póliza.
71. Servicios en Estados Unidos, excepto emergencias o aquellos servicios que no estén disponibles en Puerto Rico. Los servicios no disponibles en Puerto Rico requieren ser preautorizados por el Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life.
72. Gastos por métodos anticonceptivos para el hombre que no sea vasectomía, según indica esta póliza.
73. Servicios de medicina complementaria que no sean brindados por proveedores contratados por el programa MCS Alivia.
74. Gastos subsiguientes a los primeros treinta (30) días para niños recién nacidos de las hijas dependientes del asegurado(a) principal luego del parto.
75. Pruebas de laboratorio, moleculares o genéticas que no estén codificadas en el Manual del laboratorio así como las consideradas experimentales o investigativas o que no sean requeridas por ley local o federal.
76. Ambulancia marítima.
77. Gastos por tecnología, procedimientos o pruebas diagnósticas nuevas en el mercado durante el año calendario de vigencia de esta póliza. El equipo de Asuntos Clínicos de MCS Life evaluará cada nueva tecnología, procedimiento o prueba disponible en el mercado y que será tarifada correctamente en el próximo año calendario, a menos que sean requeridas de inmediato por cualquier ley federal, ley local u ordenada por la Oficina de Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
78. 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 Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o por la misma ley local.
79. Hormonas de crecimiento.
80. Reconstrucciones totales maxilares o mandibulares, incluyendo remoción de exostosis (mandibular o maxilar).
81. Procedimientos quirúrgicos que no sean ambulatorios para estudiantes en Estados Unidos, excepto en caso de emergencia o en caso de que el servicio no esté disponible en Puerto Rico.
82. Hospitalización electiva para estudiantes en Estados Unidos o cualquier otro servicio en Estados Unidos que no esté descrito en esta póliza.
83. Cubierta a residentes de Estados Unidos.
84. 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 intravenosos. 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.

85. Acumulación de gastos pagados por un programa de asistencia o por un tercero para la cantidad de gasto máximo del bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés). 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 Telemedicina.
86. Servicios de pruebas audiológicas ambulatorias que no sean servicios preventivos requeridos por el USPSTF o requerido por la Oficina del Comisionado de Puerto Rico.
87. CPAP, que es el equipo de aire forzado que se suministra a las vías respiratorias por medio presión positiva continua.

PARTE V: PREAUTORIZACIÓN DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS

Las solicitudes de preautorización 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 preautorización. MCS Life no será responsable por el pago de servicios recibidos o prestados sin preautorización, excepto en casos de emergencia, conforme a los establecido bajo la Ley Núm.194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada.

Junto con la orden médica para solicitar la pre autorización, favor incluir la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Número de grupo y contrato del asegurado principal
- Nombre y número de proveedor del médico que ordena el estudio
- Nombre de la institución donde se llevará a cabo la cirugía o procedimiento
- Código de diagnóstico (ICD-9)
- Código de procedimiento (CPT)
- Número de facsímil o correo electrónico donde se le enviará la pre autorización
- Nombre y número de teléfono de la persona contacto que pueda dar o recibir información sobre el caso

MCS evaluará la pre autorización en un término de dos (2) a cinco (5) días laborables.

Métodos para solicitar pre autorización de servicios:

- Unidad Dedicada para Empleados UPR, facsímil 787-200-2891
- Visite nuestra Unidad Dedicada para Empleados UPR, localizada en el Piso 2 de la Administración Central, Jardín Botánico Sur
- Visite uno de nuestros Centros de Servicio al Cliente
- Envíe la solicitud por correo a:

Universidad de Puerto Rico Administración Central
Unidad Dedicada para Empleados UPR
Administración Central, Jardín Botánico Sur
#1187 Calle Flamboyán
San Juan, Puerto Rico 00926-1117

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

Procedimiento para la preautorización ordinaria - Conforme al Artículo 24.090 del 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 Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

2) Interrupción de plazos:
   a. Si se extiende el plazo debido a que el asegurado no presentó la información necesaria para que MCS Life hiciera su determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a partir de la fecha en que MCS Life envíe la notificación de prórroga al asegurado hasta que ocurra lo primero entre las siguientes fechas:
      i. La fecha en que el asegurado responda a la solicitud de información adicional especificada; o
      ii. La fecha para la cual se debiera haber presentado la información adicional especificada.
   b. Si el asegurado no presenta la información adicional especificada antes de vencer la prórroga, MCS Life podrá denegar la aprobación del beneficio solicitado.

F. Determinaciones adversas

1) Cuando MCS Life haya tomado una determinación adversa, las notificaciones sobre dichas determinaciones expondrán lo siguiente:

   a. Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo: la fecha del servicio, el proveedor, la cuantía de la reclamación, el código de diagnóstico y su significado, y el código de tratamiento y su significado.
   b. Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación.
   c. Una referencia a las disposiciones específicas de MCS Life en las que se basa la determinación.
   d. Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que el asegurado pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario.
   e. Una descripción de los procedimientos internos de querellas de MCS Life, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.
   f. Si la determinación adversa fue basada en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, al asegurado una copia del documento interno que se haya usado de referencia.
   g. Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa 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 de la Salud para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de MCS Life. Se incluirá la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador 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 requerido 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 que solicita la pre autorización como al asegurado. La pre autorización será efectiva durante treinta (30) días calendarios. Cuando el servicio es denegado, una carta con la razón de la denegación, incluso las referencias utilizadas en las que se basó la razón de la denegación, le será enviada. Se informa además el derecho de apelar esta denegación y el proceso correspondiente

No se requiere preautorización para casos de emergencia.

PARTE VI: DISPOSICIONES GENERALES

Coordinación de beneficios

Sección 1: Coordinación de beneficios

La disposición sobre la Coordinación de Beneficios (*Coordination of Benefits,* COB, por sus siglas en inglés) es el método que MCS Life usa para determinar el pago de una reclamación cuando un asegurado posee más de un plan médico.

Cuando el asegurado está cubierto por más de un plan de salud, ya sea grupal, individual o que sea elegible en *Medicare*, se le permite a las compañías de seguro aplicar las reglas establecidas por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC por sus siglas en inglés) y las reglas de *Medicare* según establecidas por los Centros de Servicios de *Medicare* y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), para determinar el orden de pago de una reclamación. El objetivo es asegurar que los pagos combinados de todos los planes no sumen más que los gastos del cuidado de salud que están cubiertos.

El asegurado debe informar todos los planes que posee para sí o para sus dependientes. Esta información permitirá a MCS Life determinar si será el pagador "primario" o "secundario" de los beneficios.

AVISO A LAS PERSONAS CUBIERTAS

Si el asegurado o sus dependientes están cubiertos por más de un plan de beneficios de salud, deberán radicar su reclamación a cada plan e informar a sus proveedores sobre la existencia de todas las cubiertas.

1. Definiciones para términos del proceso de coordinación de beneficios

Plan	Para propósitos de COB, un plan es una forma de cubierta en la que se permite la coordinación de beneficios. 1. Plan Primario –pagará los servicios según los beneficios establecidos sin tomar en cuenta si existe o no otro plan. 2. Plan Secundario – Pagará cualquier servicio cubierto que no haya sido pagado por el plan primario, tomando en consideración que los servicios se pagarán de acuerdo a las disposiciones y limitaciones de cada póliza.
Este plan	Para propósito de COB, "este plan" significa aquella parte del contrato de beneficios cubiertos para el cuidado de salud, al cual le son de aplicabilidad las disposiciones de COB y los cuales pueden ser reducidos conforme a los beneficios cubiertos por otro plan. Cualquiera otra parte del contrato de servicios y/o beneficios cubiertos es separado a este plan, como ocurre bajo el supuesto de una cubierta dental la cual sólo coordinará beneficios con un plan que cubra beneficios similares.
Gasto permisible	Un "**gasto permisible**" es cualquier partida de gasto de cuidado de salud -incluyendo coaseguros, copagos y cualquier deducible aplicable-, que está cubierto todo o en parte por cualquiera de los planes que cubran al asegurado para quien se hace la reclamación de COB. Cuando un plan provea beneficios en la forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio será considerado un gasto permisible y un beneficio pagado. Un gasto que no esté cubierto por ninguno de los planes que cubran al asegurado no será un gasto permisible. Además, cualquier gasto que un proveedor—por ley o por relación contractual—tenga prohibido cobrar a una persona cubierta, no es un gasto permisible. A continuación se presentan ejemplos de gastos que no son gastos permisibles: 1. La diferencia entre el costo de la habitación semiprivada y la habitación privada de un hospital no es un gasto permisible, a menos que uno de los planes provea cubierta para gastos de un habitación privada de hospital o que la estadía del paciente en la habitación privada sea médicamente necesaria (según los términos generalmente aceptados dentro de la práctica médica). 2. Si un asegurado está cubierto por dos (2) o más planes que calculan sus pagos de beneficios a base de los cargos usuales y acostumbrados, o de una metodología de reembolso por lista de valor relativo u otra metodología similar de reembolso, cualquier cantidad cobrada por el proveedor que se exceda de la cantidad más alta de reembolso por un beneficio en específico no es un gasto permisible. 3. Si un asegurado está cubierto por dos (2) planes o más que proveen beneficios o servicios a base de tarifas negociadas, cualquier cantidad que se exceda de la tarifa negociada más alta no es un gasto permisible. 4. Si un asegurado está cubierto por un plan que calcula sus beneficios o servicios a base de tarifas usuales y acostumbradas y por otro plan que provee sus beneficios o servicios a base de tarifas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario será

	el gasto permisible para todos los planes. Sin embargo, si el proveedor ha contratado al plan secundario para proveer el beneficio o servicio por un cargo negociado específico o una cantidad de pago que sea diferente a la del arreglo de pago del plan primario, y si lo permite el contrato del proveedor, dicho cargo o pago negociado será el gasto permisible usado por el plan secundario para determinar sus beneficios. 5. La cantidad de cualquier reducción de beneficio que resulte debido a que el asegurado no cumpliera con las disposiciones del plan primario no es un gasto permisible. Algunos ejemplos de este tipo de disposición de plan incluyen segundas opiniones para cirugías, preautorización de admisión, y cuando no se utilizan los proveedores preferidos.
Plan de panel cerrado	Un "**plan de panel cerrado**" es un plan que provee beneficios de cuidado de salud a las personas cubiertas primordialmente en la forma de servicios mediante un panel de proveedores que han contratado con o que están empleados por el plan y eso excluye cubierta de los servicios provistos por otros proveedores, excepto en los casos de emergencia o de referidos por un miembro del panel.
Padre custodio	El "**padre custodio**" es el padre al que se le ha adjudicado la custodia por decreto judicial o, en ausencia de un decreto judicial, es el padre con el cual el niño reside más de la mitad del año calendario, excluyendo cualquier visita temporera.

2. Determinación de Orden Pago según reglas de la NAIC:

1. **Regla de dependiente o no dependiente:** El plan que cubre a una persona como un asegurado principal será el plan primario y el que le cubre como un dependiente será el plan secundario.
2. **Dependientes de padres no separados (Regla de Cumpleaños)**. El plan del padre que cumpla primero en el año (mes y día) será el plan primario y el otro plan será secundario. Si ambos padres cumplen el mismo día, el plan primario será el del padre mayor en edad.
    a. Si el plan es secundario no cuenta con la regla de cumpleaños, prevalecerá la regla que se basa en el sexo de los padres (*gender rule*); el plan del padre será primario y el de la madre será secundario. Esta regla prevalecerá sobre la regla de cumpleaños.
3. **Dependientes de padres separados o divorciados:** A menos que exista una orden del tribunal que determine de otro modo—en cuyo caso la determinación del tribunal prevalecerá sobre esta regla de coordinación—el plan primario será el de aquel que tenga la custodia. Será secundario el plan del padre que no tenga la custodia de los hijos. Cuando exista cualquier otro seguro que cubra al dependiente, el orden de los beneficios será el siguiente:
    i. Primero el plan de aquel que tenga la custodia del dependiente;
    ii. Luego, el plan del cónyuge de aquel que tenga la custodia del dependiente;
    iii. Finalmente, el plan de aquel que no tenga la custodia del dependiente.
4. **Empleados activos, retirados o cesanteados:**
    i. Si los hijos de un asegurado retirado o cesanteado también son dependientes de un empleado activo, el plan que cubra al empleado activo será el plan primario y el plan del retirado o cesanteado será el plan secundario.
    ii. Al determinar la coordinación para un empleado retirado que sea dependiente en un plan de un empleado activo, el plan que lo cubra como retirado es su plan primario. En este caso la regla de dependiente/no dependiente prevalecerá.
    iii. Si un asegurado no está sujeto a las situaciones descritas anteriormente, el plan que haya cubierto a un asegurado por más tiempo será el plan primario y el plan que haya cubierto al asegurado por menos tiempo será el plan secundario (regla de antigüedad).
    iv. El plan que no tenga cláusula de COB será el plan primario al que tiene la cláusula.

5. **Coordinación con otros Programas de Salud Federal:** Hay cinco programas de salud gubernamental que se coordinan con planes de salud privados: *Medicaid, The Indian Health Service (IHS), Tricare & Champs, Veterans Administration (VA) y The Federal Employees Health Benefit Act (FEHBA).*

   i. Conforme a las leyes y reglamentos aplicables a *Medicaid*, el *Indian Health Services* (IHS), los programas militares *Tricare* y el programa para dependientes de los miembros de las fuerzas armadas (CHAMPUS, por sus siglas en inglés), estos planes serán secundarios ante un plan privado.

   ii. Cuando se proveen servicios en una facilidad de Administración de Veteranos (*Veterans Administration* o VA), donde militares veteranos pueden obtener servicios médicos por cualquier condición, VA es secundario ante un plan privado, a menos que la condición tratada sea relacionada a traumas o enfermedades post servicio militar ("*service connected*"), en cuyo caso VA será primario.

6. **Coordinación con la Reforma de Salud**: El seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico siempre será el pagador secundario ante cualquier otro plan, sin excepción. El plan patronal siempre será el pagador primario.
7. **Coordinación con Medicare:**
   i. *Medicare* por edad – Si un asegurado tiene *Medicare* por razón de edad (mayor de sesenta y cinco (65) años), el *plan patronal del asegurado y/o su cónyuge será primario* si el grupo patronal al que pertenece tiene veinte (20) empleados o más en nómina.
   ii. *Medicare* por incapacidad – Si un asegurado tiene Medicare por razón de incapacidad (menor de sesenta y cinco (65 años), el plan patronal del asegurado, su cónyuge y/o cualquier familiar será primario si el grupo patronal al que pertenece tiene cien (100) empleados o más en nómina.
   iii. *Medicare* por condición renal – Si un asegurado tiene Medicare por condición renal, Medicare establece un periodo de coordinación de noventa (90) días en los que considera al plan patronal como primario. Cuando Medicare otorga status renal o ESRD (*End-Stage Renal Disease*), no se considera la edad del asegurado, la cantidad de empleados que tenga el patrono, ni si se encuentra en un grupo empleados activos o retirados. Aunque Medicare establezca un periodo de coordinación noventa (90) días , MCS Life aplicará un periodo de cubierta para servicios de diálisis según la póliza o producto que suscribe el asegurado.
   iv. Medicare es primario cuando el asegurado:
      - tenga Medicare (excepto por condición renal) con plan patronal como retirado;
      - tenga Reforma de Salud;
      - posea otra cubierta de salud por pago directo; (paciente no renal).

Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permisibles serán compartidos equitativamente entre los planes conforme a la definición de plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado de haber sido el plan primario.

Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios primero, antes de los de ningún otro plan y sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los del otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan no excedan el 100% del total del gasto permisible.

3. Reglas para la determinación del orden de pago de beneficios.
Cuando un asegurado tenga cubierta de seguro de salud bajo dos (2) o más planes, las reglas para determinar el orden de pago de los beneficios serán como sigue:

A. El plan primario paga o provee los beneficios de acuerdo a los términos de su cubierta, sin tomar en consideración los beneficios cubiertos bajo cualquier otro plan.
B. Un plan que no contenga una disposición de COB que sea consistente con esta sección, siempre es el plan primario salvo que el certificado de cubierta o la póliza especifique cuál es el plan primario. Esta disposición no aplica con respecto a la cubierta que se obtiene en virtud de la membresía de un grupo que no está diseñado para suplementar una parte de un paquete básico de beneficios y dispone que esta cubierta suplementaria será en exceso de cualquier otra parte del plan provisto con el dueño del contrato.
C. Un plan podrá tomar en consideración los beneficios pagados o provistos por otro plan en el cálculo del pago de sus beneficios únicamente cuando sea secundario a ese otro plan.

4. Efecto sobre los beneficios de este Plan

A. Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de manera que el total de los beneficios pagados o provistos por todos los planes durante un año del plan, no excedan el total de gastos permisibles. Al determinar la cantidad que se deberá pagar por una reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que hubiese pagado en ausencia de la otra cubierta de cuidado de salud y le aplicará esa cantidad calculada a cualquier gasto permisible bajo su plan que no haya sido pagado por el plan primario. El plan secundario entonces podrá reducir su pago por dicha cantidad de manera que, al combinarse con la cantidad pagada por el plan primario, el total de beneficios pagados o provistos por todos los planes por la reclamación no exceda el total del gasto permisible para dicha reclamación. Además, el plan secundario deberá acreditarle a su deducible del plan cualquier cantidad que le habría acreditado a su deducible en ausencia de otra cubierta de cuidado de salud.
B. Si una persona cubierta está afiliada a dos (2) o más planes de panel cerrado y si, por alguna razón, inclusive en la provisión de un servicio por un proveedor de fuera del panel los beneficios no son pagaderos por uno de los planes de panel cerrado, COB no será aplicable entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

5. Derecho a recibir, usar y divulgar información necesaria.
Se necesita cierta información acerca de la cubierta de cuidado de salud y los servicios para poder aplicar estas reglas de COB y para determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes. MCS Life puede obtener la información que necesita y compartirla con otras organizaciones o personas con el propósito de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes que cubran a la persona que reclama los beneficios. MCS Life no necesita informar ni obtener el consentimiento de ninguna persona para obtener la información necesaria o compartirla. Cualquier persona que radique una reclamación de beneficios bajo este plan deberá brindar cualquier información que MCS Life necesite para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

6. Facilidad del Pago
Un pago realizado por otro plan podría incluir una cantidad que debía haber pagado MCS Life. De ser así, MCS Life podrá pagar dicha cantidad a la organización que efectuó el pago. Esta cantidad será tratada como un beneficio pagado por MCS Life, y por consiguiente, MCS Life no tendrá que pagar la cantidad nuevamente. El término "pago realizado" incluye la prestación de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso, "pago realizado" significa el valor razonable en efectivo de los beneficios provistos en forma de servicios.

7. Derecho a Recuperación
Si la cantidad de los pagos realizados por MCS Life es mayor a la que debió haber pagado bajo COB, podrá recobrar el exceso **a** una o más personas a quienes haya pagado o para quienes fueron pagados; o a cualquier otra persona que pudiera ser responsable por los beneficios o servicios provistos a la persona cubierta. La "cantidad de los pagos realizados" incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio provisto en la forma de servicios.

Otras disposiciones:

1. PROHIBICIÓN DEL USO DE CLÁUSULAS DISCRECIONALES: Conforme al Artículo 12.040 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, esta póliza emitida por MCS Life no dispondrá que la interpretación final de los términos de esta póliza esté sujeta a la discreción de MCS Life, ni contendrá normas de interpretación o revisión que contravengan las leyes de Puerto Rico. Las determinaciones adversas que emita MCS Life, así como las disputas o controversias que surjan entre MCS Life y un asegurado, estarán sujetas a los procedimientos de revisión, tanto internos como externos, que se establecen en el código.

2. ACCIONES DE TERCEROS**:** Si por culpa o negligencia de un tercero, el asegurado o cualquiera de sus dependientes sufre alguna enfermedad o lesión cubierta bajo la póliza, MCS Life tendrá derecho a subrogarse en los derechos del asegurado para reclamar y recibir de dicho tercero una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento del asegurado, ocasionados por tales actos culposos o negligentes. El asegurado estará obligado a reconocer el derecho de subrogación de MCS Life, y tendrá la responsabilidad de notificarle a MCS Life toda acción que inicie en contra de dicho tercero, disponiéndose, que en caso de que actúe en forma contraria, el asegurado será responsable de pagar por dichos gastos a MCS Life. El asegurado reconoce el derecho de MCS Life para tramitar en su nombre las acciones necesarias para obtener el recobro de los gastos incurridos como consecuencia de la culpa o negligencia del tercero.

    a. MCS Life no estará obligada a responder al asegurado por cualquier acto u omisión, de hecho o derecho, que por la culpa o negligencia del proveedor sea motivo de reclamación por parte del asegurado, y por cuyo motivo el proveedor pudiera ser responsable.

3. CANCELACIÓN O TERMINACIÓN: MCS Life podrá cancelar esta póliza según las razones indicadas en esta póliza, por no cumplir con los requisitos de elegibilidad y las razones descritas en el Art. 2.050 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y el Art. 7(a) de la Ley Núm. 161 de 1 de noviembre de 2010, que indica:

    a. "Todo plan de cuidado de salud que incluya en su contrato de póliza una disposición a los efectos de que el plan de cuidado de salud no puede ser revocado o enmendado una vez el beneficiario esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, a menos que no realice el pago de la prima y no cumpla con los períodos de gracia que concede el Código de Seguros de Puerto Rico; haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya realizado, intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por el plan, sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por el asegurador".

    b. MCS Life se reserva el derecho a notificarle al asegurado la terminación o cancelación de la póliza por falta de pago de primas vencidas sujeto al período de gracia, incumplimiento con el nivel mínimo de participación en el plan o incumplimiento con el requisito de elegibilidad de residentes *bona fides*. En caso de cancelación, se le proveerá una notificación escrita treinta (30) días antes de que su cubierta sea cancelada según descrito en esta póliza.

c. El asegurado principal podrá terminar la cubierta mediante el envío de una notificación escrita a MCS Life, para tener efecto dicha terminación al recibo de la notificación o en cualquier fecha posterior que en la misma se especifique, disponiéndose que el asegurado principal será responsable del pago de las primas hasta la fecha de terminación de la póliza. Inmediatamente luego de terminada la póliza, el asegurado principal deberá devolver a MCS Life su tarjeta de asegurado y las tarjetas de todos sus dependientes. La terminación no afectará cualquier reclamación por servicios prestados antes de la fecha de terminación. En el caso de que la tarjeta de la persona asegurada no se devuelva a MCS Life, conforme a lo dispuesto, MCS Life tendrá derecho a recobrar los costos incurridos en el pago de reclamaciones por servicios prestados a la persona asegurada cuya tarjeta no haya sido devuelta y haya continuado siendo usada por el asegurado.

d. En caso de cancelación de parte del asegurado, MCS Life devolverá prontamente la parte no devengada de cualquier prima satisfecha. Si MCS Life cancela, el asegurado será responsable de pagar la deuda de prima acumulada. La cancelación será sin perjuicio de cualquier reclamación que se origine con anterioridad a la fecha de efectividad de la cancelación.

4. RESCISIÓN: MCS Life se reserva el derecho a rescindir la cubierta (invalidar retroactivamente a la fecha original de vigencia) de cualquier persona cubierta en caso de fraude o representación falsa de un hecho material. MCS Life podrá rescindir la cubierta bajo esta póliza según las razones indicadas en el *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) y el Art. 2.050 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico que indica:

a. "Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no podrán rescindir o cancelar un plan médico, tanto para personas individuales como para grupos de personas, luego de que la persona asegurada esté cubierta bajo el plan médico, excepto en casos que involucren fraude o una tergiversación intencional de datos sustanciales de parte de la persona asegurada o de la persona solicitando un plan médico a nombre de otra persona. La organización de seguros de salud o asegurador que desee rescindir o cancelar una cubierta de un plan médico deberá proporcionar un aviso, con por lo menos treinta (30) días de anticipación, a cada asegurado del plan médico o, el asegurado principal en el caso de planes médicos individuales, que se pueda ver afectado por la propuesta rescisión o cancelación de la cubierta".

b. En caso de una rescisión de cubierta, MCS Life le proveerá al asegurado una notificación escrita con por lo menos treinta (30) días de anticipación, a cada asegurado del plan médico que pueda verse afectado por la propuesta rescisión de la cubierta.

5. RECOBRO DE RECLAMACIONES: En caso de que la cubierta del individuo quede rescindida como resultado de fraude o una representación falsa de un hecho material conforme a la sección "Cancelación o Terminación" o "Rescisión" y las reclamaciones ya hayan sido pagadas por MCS Life, el individuo será responsable del pago de dichas reclamaciones.

a. MCS Life se reserva el derecho a rescindir la cubierta (invalidar retroactivamente a la fecha original de vigencia) de cualquier persona cubierta en caso de fraude o representación falsa de un hecho material.

b. En caso de una cancelación, MCS Life le proveerá al asegurado una notificación escrita treinta (30) días antes de que su cubierta sea cancelada. Para más detalles, refiérase a la cláusula de "Cancelación o Terminación".

6. DERECHOS PERSONALES: Los derechos y beneficios de esta póliza no son transferibles. Ninguna persona asegurada puede ceder, traspasar o enajenar ninguno de los derechos o beneficios que pueda reclamar en virtud de la póliza en favor de terceras personas. MCS Life se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que la persona asegurada, con su consentimiento expreso o implícito, permita que personas no aseguradas utilicen la tarjeta de asegurado expedida a su favor por MCS Life; y disponiéndose además, que el recobro de tales gastos no impedirá que MCS Life pueda cancelar el contrato de seguros en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la radicación de cargos para que se enjuicie criminalmente a la persona asegurada o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.

a. Conforme a la Ley Núm. 309 de 25 de agosto de 2002, según enmendada, el paciente que termine una relación médico-paciente, tiene el derecho a recibir una copia de su expediente médico en un período que no excederá los cinco (5) días laborables, pagando un costo razonable que no excederá los setenta y cinco centavos ($.75) por página, hasta un máximo de veinticinco dólares ($25) por expediente médico.

7. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA EL ASEGURADO: La persona asegurada no será responsable de pagar por aquellos servicios cubiertos para los cuales MCS Life deniegue el pago al proveedor contratado para prestar dichos servicios por razón del incumplimiento de los términos del contrato del proveedor con MCS Life.

8. IDENTIFICACIÓN: MCS Life expedirá una tarjeta a cada persona asegurada. Será requisito presentar esta tarjeta a cualquier proveedor participante de MCS Life, al cual se le soliciten servicios, para que sean cubiertos por esta póliza. Además, deberá presentar una segunda identificación con fotografía cuando así se le requiera. Para recibir estos beneficios, MCS Life emite a la persona asegurada una tarjeta de identificación. La tarjeta de identificación indica que la persona está asegurada y que tiene derecho a utilizar la tarjeta en los proveedores participantes de dicha red. La tarjeta es propiedad de MCS Life. MCS Life se reserva el derecho a terminar el seguro de cualquier persona asegurada cuya tarjeta de identificación haya sido usada impropiamente y que, como consecuencia de ello, se hayan sometido reclamaciones falsas y/o fraudulentas. Si el seguro de la persona asegurada bajo este beneficio termina, o si el seguro de su dependiente aquí incluido termina, la persona asegurada deberá devolver la tarjeta a MCS Life. En caso de que esta póliza o este beneficio sean cancelados, todas las personas aseguradas deben devolver sus tarjetas de identificación a MCS Life.

9. PAGO DE PRIMA**:** El asegurado principal, o la persona que se identifica a sí mismo como el pagador de la prima en la solicitud, será responsable por el pago de la prima correspondiente a la póliza, disponiéndose, que dicha responsabilidad cubrirá toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme con la cláusula de "Cancelación o Terminación". En el caso de que el pago de primas se efectúe mediante cheque o descuento automático y el asegurado no tenga fondos suficientes en su cuenta bancaria, MCS Life procesará nuevamente el cargo correspondiente a las primas vencidas. Esta gestión se hará en dos (2) ocasiones consecutivas. En el caso de que no se recupere el balance de la prima, se cancelará la póliza según la forma de notificación incorporada en la cláusula dos (2) de "Cancelación o Terminación".

10. PERÍODO DE GRACIA: Se concede un período de gracia de treinta y un (31) días para el pago de cada prima mensual que venza después de la primera prima, período de gracia durante el cual la póliza continuará en vigor, sujeto al derecho del asegurado principal de cancelar de acuerdo con la cláusula sobre cancelación de esta póliza.

11. POSESIÓN: La persona que solicite para el beneficio de seguro para un menor y firme una solicitud de admisión será el pagador de la póliza. Además, esta persona será responsable por el pago de la prima aplicable. Si el pagador de la póliza no pudiera satisfacer sus obligaciones, incluyendo el pago de la prima, durante la efectividad del seguro, el seguro pudiera continuar en efecto siempre y cuando la prima correspondiente sea pagada, y un nuevo pagador sea designado y aprobado para asumir todas las responsabilidades.

12. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS: MCS Life expedirá al tenedor de la póliza, para entrega a cada persona asegurada, un certificado individual que expresará la cubierta a la que tiene derecho el asegurado de acuerdo con esta póliza, a quién se pagarán los beneficios del seguro y los derechos de la persona asegurada de acuerdo con lo establecido en esta póliza, en especial, el derecho de conversión que le asiste en caso de una cancelación de su cubierta.

13. OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO: La persona asegurada cumplirá con las obligaciones establecidas en el Art. 16 de la Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, el cual lee como sigue:

a. Se le requiere y exige a todo asegurado que se familiarice con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o un resumen adecuado y razonable de la misma, según preparado o autorizado por el Departamento de Salud. Como prueba del cumplimiento de tal requisito, se le requiere a todo asegurado que, con anterioridad a la firma de cualquier contrato, firme una declaración o relevo escrito en el cual se haga constar que le fue suministrada, leyó y se ha familiarizado con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o con el resumen aprobado por el Departamento de Salud.

14. AVISO DE RECLAMACIÓN Y MODELO DE RECLAMACIÓN: Deberá darse aviso por escrito de la reclamación a MCS Life dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o comenzado alguna pérdida cubierta por la póliza, o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible. MCS Life le proveerá a los reclamantes los formularios correspondientes para presentar evidencia del servicio. En caso de que la persona asegurada reciba servicios cubiertos de un proveedor de servicio profesional y no participante fuera de Puerto Rico, o servicios que, aunque son prestados por participantes, son pagados por medio de reembolso, MCS Life le proveerá los formularios directamente a la persona asegurada una vez haya recibido el aviso correspondiente de la reclamación.

a. Si dichos modelos no son suministrados dentro de los próximos quince (15) días, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta póliza con respecto a la evidencia de los servicios reclamados, si él o ella somete, dentro del tiempo establecido en la póliza para la presentación de dichas evidencias, evidencia por escrito cubriendo el procedimiento y la naturaleza y el grado de la reclamación.

15. ESTATUS DE FUMADOR O NO FUMADOR FALSAMENTE REPRESENTADO: El asegurado deberá indicar su estado de fumador o no fumador al momento de la suscripción del plan. Si el asegurado indicó al momento de la suscripción inicial un estatus de no fumador y durante el transcurso del año póliza MCS Life adviene en conocimiento que su estatus de fumador está falsamente expresado, MCS Life podrá aplicar retroactivamente a la fecha de efectividad de su cubierta todas las sumas pagaderas relacionadas a la tarifa o prima mensual con arreglo a esta póliza, de acuerdo al estatus de fumador correspondiente a su plan. El cobro retroactivo de la prima mensual con arreglo entrará en vigor inmediatamente y se notificará la acción mediante carta al asegurado. El pago de la suma total de la tarifa correspondiente al plan de fumador retroactivo deberá efectuarse en o antes de cumplirse treinta (30) días de haberse emitido la carta. De no recibir el pago durante este período, MCS Life podrá cancelar la cubierta del asegurado hasta tanto este cumpla con los pagarés establecidos en esta cláusula.

16. CAMBIOS DE ESTATUS DE FUMADOR O NO FUMADOR: Si el asegurado al momento de la suscripción indicó estatus de no fumador y posteriormente cambia a estatus de fumador, deberá notificarlo por medio de una certificación médica escrita a MCS Life. Si, por el contrario el asegurado indicó estatus de fumador y posteriormente cambia a estatus de no fumador, deberá notificarlo a MCS Life por medio de una certificación médica escrita que deberá establecer que lleva por lo menos un período de seis (6) meses sin fumar. Luego de que el asegurado presente la evidencia requerida, se tramitará un cambio de tarifa el cual será efectivo el primer día del mes subsiguiente de haber realizado el cambio. El asegurado es responsable de visitar un Centro de Servicio y presentar la evidencia requerida para completar el proceso.

17. ACCIONES CIVILES: No se entablará ningunas acción civil o en equidad para recobrar, con arreglo a esta póliza, antes de transcurrir sesenta (60) días después de haberse suministrado prueba escrita de la pérdida, de acuerdo con los requisitos de esta póliza. No se entablará ninguna acción luego de transcurridos tres años desde la fecha en que se requiere se suministre prueba escrita de la pérdida.

18. PAGO DE RECLAMACIONES: Los beneficios provistos bajo esta póliza serán pagaderos al profesional o proveedor de servicios participantes si la persona asegurada ha recibido servicios que, aun siendo prestados por participantes, se paguen mediante reembolso, siempre y cuando suministren a MCS Life todos los informes reglamentarios que se requieran en tales casos.

19. CLÁUSULA DE SUBROGACIÓN: MCS Life ejercerá los derechos de subrogación y como resultado recobrar las cantidades pagadas en dichos casos. Estos pueden incluir casos que pudieran ser cubiertos bajo una póliza de seguros contra accidentes que posea el asegurado por un negocio propio. De ser emitida una sentencia por algún tribunal con competencia o lograr un acuerdo transaccional, en el cual el asegurado reciba compensación monetaria, el asegurado deberá notificar, inmediatamente, a MCS Life para que ejerza su derecho de recuperar los gastos médicos que incurrió el plan de seguro de salud cuando el responsable de pagar por estos fuera otro seguro o entidad. Del asegurado no notificar a MCS Life y recibir alguna compensación monetaria, el asegurado será responsable de devolver cualquier cantidad pagada en reclamaciones por el plan de seguro de salud, en este caso MCS Life. El asegurado tiene una obligación de notificar, inmediatamente, una vez adviniese en conocimiento, a MCS Life de que los servicios cubiertos son servicios de cuyo pago es responsable otro seguro o entidad con responsabilidad primaria (*third party liability*). Además, deberá notificar de cualquier acción que tome, judicial o extra-judicial o cualquier otro tipo de acción, por los servicios que deben ser cubiertos por otro seguro o entidad con responsabilidad primaria (*third party liability*).

20. DERECHO DEL PACIENTE A LA CONTINUACIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD: Sujeto al correspondiente pago de la prima establecida por MCS, el asegurado tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios del seguro médico por noventa (90) días luego de la terminación de la cubierta en los siguientes casos: (a) Si el paciente se encontrara hospitalizado al momento de la terminación de la cubierta, los noventa (90) días se contarán desde la fecha de alta; (b) Si una asegurada se encontrara en su segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación de la cubierta y hubiera estado recibiendo cuidado para el embarazo antes de la fecha de la terminación de la cubierta, el período de cubierta en cuanto a los servicios relacionados al embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, la que fuere última; y (c) en los casos de asegurados diagnosticados con una enfermedad terminal contraída antes de la fecha de la terminación de la cubierta y para la cual hubiera estado recibiendo tratamiento antes de esa fecha, el período de cubierta se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.

21. CONTRATO ÚNICO – CAMBIOS: Esta póliza, incluso los endosos y documentos anexos, si los hubiere, constituye el texto íntegro del contrato de seguro. Ningún cambio en esta póliza será válido hasta que sea aprobado por el gerente de refrendata de MCS Life y por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico a menos que dicha aprobación sea endosada en el documento o adherida a este. Ninguna persona tiene autoridad para cambiar esta póliza o renunciar a ninguna de sus disposiciones.

22. RENOVACIÓN DE CUBIERTA: MCS Life renovará el plan médico para mercado de grupo grande a todos los empleados elegibles y sus dependientes (en caso de que el plan de grupo grande ofrezca cubierta para dependientes), excepto en los siguientes casos:

    A. Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia requerido por el Código de Seguros;

    B. Cuando la persona cubierta o asegurado realiza un acto que constituye fraude. En tal caso, el asegurador puede elegir no renovar el plan médico a esa persona cubierta o asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;

    C. Cuando la persona cubierta o asegurado ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal caso, el asegurador puede elegir no renovar el plan médico a esa persona cubierta o asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;

    D. Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos en el Capítulo 8 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico (CSSPR)

    E. Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;

    F. Cuando MCS Life determina descontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos formalizados con patronos de grupos grandes en Puerto Rico, en cuyo caso MCS Life notificará por escrito al Comisionado de Seguros de Puerto Rico, a los patronos, al patrono y a las personas cubiertas o asegurados, su determinación de no renovar, por lo menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha de renovación del plan médico.

    G. Cuando MCS Life determina descontinuar el ofrecimiento de un producto específico para todos los patronos de grupo grande en Puerto Rico, en cuyo caso MCS Life notificará la descontinuación del producto por escrito al patrono y a todos los participantes y beneficiarios amparados por dicha cubierta por medio del asegurado principal, por lo menos noventa (90) días naturales antes de la fecha de descontinuación.

    H. Ante la determinación del Comisionado de Seguros de Puerto Rico de que la continuación del plan médico no responde a los mejores intereses de los titulares de las pólizas, o afectaría la capacidad de MCS Life de cumplir sus obligaciones contractuales.

    I. Cuando ya no hay un empleado del patrono que viva, trabaje o resida dentro del área geográfica establecida del asegurador (en el caso de los planes médicos disponibles en el mercado de grupos grandes mediante un plan de red preferida).

    MCS Life cumplirá en todo momento con la reglamentación federal aplicable, según codificada en 45 C.F.R. sec. 146.152 (*Guaranteed Renewability of Coverage for Employers in the Group Market*).

PARTE VII: SISTEMA DE QUERELLAS

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

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

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

El asegurado o su representante personal (familiar, amigo, abogado),mediante consentimiento escrito pueden presentar una queja o querella.

Además, los siguientes personas o entidades podrán presentar una queja o querella a nombre del asegurado:

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

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

Procedimiento

Disponibilidad de asistencia para radicación de querellas y su proceso:

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

- Línea TTY/TDD: 1-866-627-8182
- Lenguaje de señas y/o intérpretes de idiomas extranjeros o servicios de traducción escrita
- Cintas de audio
- Braille

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

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

Radicación de quejas

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

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

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

Radicación de querellas no relacionadas con una determinación adversa

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

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

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

- MCS Life le notificará al asegurado que tiene derecho a presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella.
- Además, MCS Life le notificará a los asegurados que tienen derecho a ser asistidos en la radicación de su querella por personal autorizado o por un funcionario del gobierno como:
    - Oficina del Procurador de la Salud: El asegurado puede visitar las oficinas de servicio del Procurador de la salud alrededor de la isla o su oficina central ubicada en 1215 Ave. Ponce de León, Parada 18, San Juan, Puerto Rico, llamando al 787 977-1100 o libre de costo al 1-800-981-0031 o por internet

accediendo su página www.ops.pr.gov conforme a las disposiciones de la Carta de derechos del paciente y la Ley Núm. 161 de 1ro. de noviembre de 2010.

- Oficina del Comisionado de Seguros: El asegurado puede contactar a la Oficina del Comisionado de Seguros por teléfono al 787-304-8686 y por facsímil al 787-273-6082; visitando sus oficinas ubicadas en el Edificio World Plaza, #268 Av. Luis Muñoz Rivera Piso 9, San Juan, 00918, o accediendo al portal cibernético de la OCS mediante el siguiente enlace: www.ocs.gobierno.pr.

Revisiones ordinarias de querellas no relacionadas con una determinación adversa

Conforme al Artículo 22.080 del Capítulo 22 del CSSPR:

A. MCS Life, establece procedimientos escritos para las revisiones ordinarias de querellas no relacionadas a una determinación adversa.

B. (1) Los procedimientos permitirán que el asegurado, o su representante personal, presente una querella no relacionada a una determinación adversa ante MCS Life, conforme a las disposiciones de esta sección.

(2) (a) El asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, tiene derecho a presentar documentos escritos para la consideración de las personas designadas por MCS para llevar a cabo la revisión ordinaria.

(b) MCS Life informará al asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, los derechos que le asisten, conforme al inciso 2 (a).

C. (1) Al recibo de la querella, MCS Life designará una o más personas para realizar la revisión ordinaria.

(2) Para realizar la revisión ordinaria, MCS Life no designará a la persona que manejó el asunto objeto de la querella.

(3) MCS Life proveerá al asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, el nombre, la dirección y el número telefónico de las personas designadas para realizar la revisión ordinaria de la querella.

D. MCS Life notificará por escrito su determinación al o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo de la querella.

E. La determinación por escrito emitida conforme al apartado D contendrá:

(1) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión ordinaria (los revisores).

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

(3) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que el asegurado pueda responder a los planteamientos de MCS Life.

(4) Referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación.

(5) Si fuera aplicable, una declaración escrita que incluya:

(a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si el asegurado deseare solicitar una revisión voluntaria conforme al proceso de revisión voluntaria;
(b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, lo cual incluye los plazos requeridos para la revisión; y

(6) Una notificación del derecho que asiste al asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

Confidencialidad

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

Radicación de querellas relacionadas con una determinación adversa

Revisión del primer nivel de una determinación adversa:

El asegurado puede radicar la querella en o antes de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha del recibo de la resolución de la determinación adversa de beneficios emitida por MCS Life.

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

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

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

- MCS Life le notificará al asegurado que tiene derecho a presentar documentos escritos para la consideración de las personas designadas por MCS Life para llevar a cabo la revisión.
- Además, MCS Life le notificará a los asegurados que tienen derecho a ser asistidos en la radicación de su apelación por personal autorizado o por un funcionario del gobierno tales como:

  - Oficina del Procurador de la Salud: El asegurado puede visitar las oficinas de servicio del Procurador de la Salud alrededor de la isla o su oficina central ubicada en 1215 Ave. Ponce de León, Parada 18, San Juan, Puerto Rico, llamando al 787 977-1100 o libre de costo al 1-800-981-0031 o por internet accediendo su página www.ops.pr.gov conforme a las disposiciones de la Carta de derechos del paciente y la Ley Núm. 161 de 1ro. de noviembre de 2010.

- Oficina del Comisionado de Seguros: El asegurado puede contactar a la Oficina del Comisionado de Seguros por teléfono al 787-304-8686 y por facsímil al 787-273-6082; visitando sus oficinas localizadas en el Edificio World Plaza, #268 Av. Luis Muñoz Rivera Piso 9, San Juan, 00918, o accediendo al portal cibernético de la OCS mediante el siguiente enlace: www.ocs.gobierno.pr.

Revisiones aceleradas de querellas relacionadas con una determinación adversa

Conforme al Artículo 22.100 del Capítulo 22 del CSSPR:

A. MCS Life establecerá por escrito procedimientos para la revisión acelerada de solicitudes de cuidado urgente, relacionadas con una determinación adversa.

B. Los procedimientos permitirán que el asegurado, o su representante personal, solicite a MCS Life una revisión acelerada, según se dispone en esta sección, verbalmente o por escrito.

C. MCS Life designará para la revisión acelerada homólogos clínicos de la misma especialidad o especialidad similar a la de la persona que normalmente manejaría el caso que se revisa. Dichos homólogos no deben haber participado en la determinación adversa inicial.

D. En una revisión acelerada, toda la información necesaria, incluida la determinación de MCS Life, se transmitirá entre MCS Life y el asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, por teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.

E. La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará al asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, conforme al apartado G, con la premura que requiera la condición médica del asegurado, pero en ningún caso a más tardar de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la solicitud de revisión acelerada.

F. Para fines de calcular los plazos en que se requiere que se tome la decisión y se notifique conforme al apartado E, el plazo comenzará en la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada con MCS Life, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

G. (1) La notificación de la decisión detallará lo siguiente, de una manera comprensible para el asegurado o, si fuera aplicable, para su representante personal:

(a) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión acelerada (los revisores);

(b) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la solicitud de revisión acelerada;

(c) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que el asegurado pueda responder a los planteamientos de MCS Life;

(d) Una referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación; y

(e) Si la determinación resulta en una determinación adversa, esta proveerá:

(i) Las razones específicas de la determinación adversa;

(ii) Una referencia a las disposiciones específicas de MCS Life en las que se basa la determinación;

(iii) Si para formular la determinación adversa MCS Life se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a la solicitud del asegurado;

(iv) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación;

(v) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:

(1) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación adversa, según se dispone en el subinciso (e)(iii) o

(2) Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso (e) (iv);

(vi) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente conforme a las disposiciones del Capítulo sobre "Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores" del Código;

(vii) Una declaración en la que se indica el derecho del asegurado a incoar una demanda en el tribunal competente;

(viii) La siguiente declaración, enfatizando el carácter voluntario de los procedimientos: "MCS Life y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tal como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros"; y

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

(2) (a) MCS Life podrá proveer la notificación que se requiere en esta sección verbalmente, por escrito o electrónicamente.

(b) Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, MCS Life proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar a los tres (3) días de la notificación verbal.

(3) Nada de lo aquí dispuesto se entenderá que limita la facultad de MCS Life para dejar sin efecto una determinación adversa sin observar el procedimiento aquí prescrito.

En caso de que MCS Life incumpla con sus obligaciones bajo este proceso, la persona asegurada podrá iniciar el proceso de revisión externa de la reclamación o ejercer cualquiera de los remedios disponibles bajo la ley de Puerto Rico.

Continuidad de servicios

En el caso de las determinaciones de revisiones concurrentes, si MCS Life ha certificado previamente el tratamiento en curso por un plazo de tiempo determinado o por determinada cantidad de tratamientos, MCS Life notificará la determinación adversa al asegurado, con antelación a la reducción o terminación, de modo que el asegurado pueda presentar una querella interna y obtener una determinación antes de que se reduzca o termine el beneficio.

El servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la determinación adversa se continuará hasta tanto MCS Life notifique al asegurado la determinación relacionada con la querella interna.

Si el asegurado presenta una querella debido a que el plan durante el curso de un tratamiento aprobado decidió disminuir, suspender o terminar dicho tratamiento, MCS Life continuará los beneficios durante la apelación.

Si la decisión de MCS Life de denegar la querella es mantenida el asegurado será responsable de pagar el costo de los servicios o beneficios que recibió mientras el proceso apelativo estuvo pendiente. En este caso, MCS Life se reserva el derecho de recuperar del asegurado dichos costos.

Revisiones externas

1. **Derecho a revisión externa independiente (cf. Art. 28.050 del CSSPR):**

En cumplimiento con el Art. 28.050 del CSSPR, en las notificaciones de determinaciones adversas, MCS Life informará al asegurado de su derecho a solicitar una revisión externa independiente y una descripción de los procedimientos para solicitar dicha revisión externa. MCS Life incluirá en las notificaciones de determinaciones adversas, el siguiente lenguaje, o uno sustancialmente equivalente:

> *"Hemos denegado su solicitud de servicios de cuidado de la salud, curso de tratamiento o el pago de los mismos. Usted podría tener derecho a que profesionales de la salud que no tengan ninguna relación con nosotros revisen esta determinación si, con respecto al servicio de cuidado de la salud o el tratamiento solicitado, nuestra determinación conllevaba una valoración de la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio. A tales efectos, usted, su representante personal o su médico podrá radicar una solicitud de revisión externa independiente mediante:*
>
> - *Visita a los Centros de Servicios de MCS Life: El asegurado puede visitar el Centro de Servicios de MCS Life más cercano para presentar su solicitud mediante carta y/o completando el formulario de solicitud externa independiente.*
> - *Centro de Llamadas: El asegurado puede comunicarse al 1-888-758-1616 o al número de teléfono que aparece en la parte posterior de la tarjeta del plan de salud para presentar su solicitud de forma verbal o recibir instrucciones de como solicitar por escrito. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-866-627-8182.*
> - *Correo regular: Enviando una carta con su solicitud y número de contrato a la siguiente dirección:*
>
> ***Unidad de Querellas y Apelaciones***
> ***MCS Plaza PO Box 195429***
> ***San Juan, Puerto Rico 00919-5429 "***

Esta notificación podrá variar de acuerdo a regulaciones del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, quien podrá disponer la forma y contenido de esta notificación.

2. **Solicitud de revisión externa independiente (cf. Art. 28.060 del CSSPR):**

Si el asegurado no está conforme con una determinación adversa (que puede incluir denegaciones de servicio de naturaleza experimental o investigativa) o con la decisión sobre la revisión interna de MCS Life, o si MCS Life no provee una determinación dentro de los límites de tiempo establecidos para revisiones internas el asegurado podrá solicitar una revisión ante una organización externa e independiente, según establecido en el Art. 28.050 y en el Art. 28.060 del CSSPR, que cumpla con los requisitos que la OCS establezca y según dispuesto en la sección 1001 de la Ley PPACA.

3. **Requisito de agotar el proceso interno de querellas de MCS Life (cf. Art. 28.070 del CSSPR):**

Ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que el asegurado haya agotado el proceso de apelaciones interno de querellas descrito en la sección que antecede. Se considerará que el asegurado ha agotado el proceso interno de querellas de MCS Life, conforme al Art. 28.070 del CSSPR, cuando el asegurado o su representante personal:

- haya presentado un recurso de querellas interno y

- el asegurado o su representante personal no hubiera recibido notificación de la determinación por escrito de MCS Life dentro de los treinta (30) días calendarios a partir del recibo del recurso de querellas sin que las partes hayan acordado la extensión del término para emitir la determinación.

Si MCS Life no cumple con los procesos requeridos para el manejo de las apelaciones (e.i. notificación de determinación dentro de los límites de tiempo establecidos), la apelación se considerará como denegada bajo la premisa de que el asegurado agotó los procesos internos de apelaciones y el asegurado tendrá el derecho de solicitar una revisión externa y otros foros estatales.

4. Solicitud de revisión externa ordinaria (cf. Art. 28.080 del CSSPR):

El asegurado, su representante personal o su médico deberá presentar dicha solicitud ante MCS Life, o directamente ante una de las organizaciones de revisión independiente, a través de los medios mencionados en la resolución escrita emitida por MCS Life dentro de ciento veinte (120) días de haber recibido la notificación de determinación adversa.

MCS Life tendrá un término de cinco (5) días a partir del recibo de una solicitud de revisión externa para completar una revisión preliminar de la solicitud antes de someterla a la organización de revisión independiente, según dispuesto en el Art. 28.080 del CSSPR, para determinar lo siguiente:

- si el solicitante era estaba asegurado al momento de solicitar o recibir el servicio de cuidado de salud;
- si se pudiera entender, de manera razonable, que el servicio de cuidado de salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final es un servicio cubierto conforme el plan médico, salvo cuando MCS Life hubiese determinado que no está cubierto debido a que no cumple con los requisitos de necesidad médica, idoneidad, lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de cuidado o eficacia del servicio;
- si el asegurado agotó el proceso interno de querellas, conforme se establece en el Art. 28.070 del CSSPR, y descrito en la Parte VII de esta póliza;
- si el asegurado ha provisto toda la información y los formularios requeridos.

A más tardar el próximo día laborable a partir de completarse la revisión preliminar antes descrita, MCS Life notificará por escrito al asegurado si:

(a) la solicitud de revisión externa está completa y

(b) la solicitud es elegible para la revisión externa.

Si en la revisión preliminar MCS Life encuentra que:

- **la solicitud presentada está incompleta** entonces el asegurado o a su representante personal recibirá una notificación por escrito de los requisitos necesarios para completar la solicitud incluyendo aquellos documentos requeridos;
- **la solicitud no es elegible para una revisión externa,** entonces MCS Life notificará por escrito las razones para la inelegibilidad a este proceso y el derecho del asegurado a apelar esta determinación mediante recurso presentado ante la OCS.

Si, de lo contrario, el asegurado ha provisto toda la información requerida para el proceso de revisión externa y la solicitud es elegible, MCS Life procederá a referir la solicitud a una de las tres (3) organizaciones de revisión independiente contratadas, que se mencionan a continuación:

- *Advance Medical Review,*
- *Alicare*
- *BHM Healthcare Solutions.*

Las organizaciones de revisión independiente están certificadas por una organización acreditadora que garantiza que el personal que haga las revisiones tenga las cualificaciones necesarias y sea independiente al plan. Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de MCS Life. Las organizaciones de revisión independiente deberán presentar su determinación dentro de cuarenta y cinco (45) días de haber recibido la solicitud de revisión externa, según dispuesto en el Art. 28.080 del CSSPR.

Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, MCS Life aprobará inmediatamente la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que haya sido objeto de revisión.

La designación de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente contratadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluso conflictos de intereses potenciales.

5. Solicitud de revisión externa acelerada (cf. Art. 28.090 del CSSPR):

En cumplimiento con el Artículo 28.090 del CSSPR, el asegurado o su representante podrán presentar una solicitud de revisión externa acelerada si recibe:

- una determinación adversa, siempre y cuando:
    - el asegurado padezca de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de su apelación pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena;
    - el asegurado haya radicado una solicitud de revisión interna acelerada para la cual se hizo una determinación adversa; o
- una determinación adversa final, siempre y cuando:
    - el asegurado padezca una condición de salud con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión externa ordinaria según dispuesto en el Art. 28.080 del CSSPR, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena;
    - la determinación adversa final se relaciona con la admisión a una facilidad de cuidado de la salud, la disponibilidad de un servicio o la estadía continuada en una facilidad donde el asegurado recibió servicios de emergencia y este aún no ha sido dado de alta de la facilidad donde recibió dichos servicios de emergencia.

Tras recibir la solicitud de revisión externa acelerada, MCS Life deberá determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión mediante una revisión preliminar (según se describe en el inciso 4 "Solicitud de revisión externa ordinaria") y notificar al asegurado su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa. Si MCS Life determina, a raíz de la revisión preliminar realizada, que la solicitud no es elegible para revisión externa deberá advertirle al asegurado que dicha determinación de inelegibilidad puede ser apelada ante la OCS.

MCS Life procederá a referir la solicitud de revisión externa acelerada a una de las tres (3) organizaciones de revisión independiente contratadas, que se mencionan a continuación:

- *Advance Medical Review,*
- *Alicare*
- *BHM Healthcare Solutions.*

Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de MCS Life. Las organizaciones de revisión independiente deberán presentar su determinación con la

premura que requiera la condición de salud o las circunstancias del asegurado, dentro setenta y dos (72) horas de haber recibido la solicitud de revisión externa acelerada, según dispuesto en el Art. 28.090 del CSSPR.

Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, MCS Life aprobará inmediatamente la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que haya sido objeto de revisión externa acelerada.

6. **Revisión externa de determinaciones adversas basadas en tratamiento experimental o investigativo (cf. Art. 28.100 del CSSPR):**

El asegurado, su representante personal o su médico deberá presentar una solicitud ante MCS Life, o directamente ante una de las organizaciones de revisión independiente, a través de los medios mencionados en la resolución escrita emitida por MCS Life dentro de ciento veinte (120) días de haber recibido la notificación de determinación adversa por ser éste de naturaleza experimental o investigativa.

El asegurado podrá solicitar oralmente una revisión externa acelerada de una determinación adversa o determinación adversa final en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, siempre y cuando su médico certifique por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado sería significativamente menos eficaz si no se inicia con premura.

Tras recibir copia de la solicitud, MCS Life deberá determinar inmediatamente si la solicitud satisface los requisitos de revisión, mediante una revisión preliminar, y notificar al asegurado su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa. Si MCS Life determina, a raíz de la revisión preliminar realizada, que la solicitud no es elegible para revisión externa, deberá advertirle al asegurado que dicha determinación de inelegibilidad hecha por MCS Life puede ser apelada ante la OCS.

La revisión preliminar de la solicitud determinará si esta satisface los siguientes requisitos:

- la persona está o había estado asegurada por el plan médico cuando se recomendó o solicitó el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado o,
- el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, objeto de la determinación adversa o determinación adversa final:
    - es un beneficio cubierto bajo el plan médico del asegurado, pero MCS Life ha determinado que el servicio o tratamiento es de naturaleza experimental o investigativa;
    - no está explícitamente mencionado como un beneficio excluido conforme al plan médico del asegurado;
- el médico del asegurado ha certificado por escrito que una de las siguientes situaciones es aplicable:
    - los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no han sido efectivos en mejorar la condición del asegurado;
    - los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no son médicamente adecuados para el asegurado;
    - no hay ningún servicio de cuidado de la salud o tratamiento cubierto por el plan médico que sea más beneficioso que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado;
- el médico que atiende al asegurado:
    - ha recomendado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento respecto al cual certifica, por escrito, que según su opinión, con toda probabilidad será de mayor beneficio para el asegurado que los otros servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales o acostumbrados disponibles; o
    - ha certificado por escrito que existen estudios con validez científica, realizados según los protocolos aceptados, que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado por el asegurado tiene una mayor probabilidad de ser de beneficio que ningún otro servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible;

- El asegurado ha agotado el proceso interno de querellas de MCS Life, salvo cuando no se requiera haber agotado dicho remedio a tenor con el Artículo 28.070 del CSSPR; y
- El asegurado ha provisto toda la información y los formularios que se requieren para procesar la revisión externa.

A más tardar el próximo día laborable a partir de completarse la revisión preliminar antes descrita, MCS Life notificará por escrito al asegurado si:

(a) la solicitud de revisión externa está completa y

(b) la solicitud es elegible para la revisión externa.

Si en la revisión preliminar MCS Life encuentra que:

- **la solicitud presentada está incompleta** entonces el asegurado o a su representante personal recibirá una notificación por escrito de los requisitos necesarios para completar la solicitud incluyendo aquellos documentos requeridos;
- **la solicitud no es elegible para una revisión externa,** entonces MCS Life notificará por escrito las razones para la inelegibilidad a este proceso y el derecho del asegurado a apelar esta determinación mediante recurso presentado ante la OCS.

Si, de lo contrario, el asegurado ha provisto toda la información requerida para el proceso de revisión externa y la solicitud es elegible, MCS Life procederá a referir la solicitud a una de las tres (3) organizaciones de revisión independiente contratadas, que se mencionan a continuación:

- *Advance Medical Review,*
- *Alicare*
- *BHM Healthcare Solutions.*

Las organizaciones de revisión independiente están certificadas por una organización acreditadora que garantiza que el personal que haga las revisiones tenga las cualificaciones necesarias y sea independiente al plan. Al formular su opinión, los revisores clínicos no estarán obligados por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o el proceso interno de querellas de MCS Life. Las organizaciones de revisión independiente deberán presentar su determinación dentro de cuarenta y cinco (45) días de haber recibido la solicitud de revisión externa, según dispuesto en el Art. 28.080 del CSSPR.

Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, MCS Life aprobará inmediatamente la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que haya sido objeto de revisión.

La designación de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente contratadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluso conflictos de intereses potenciales.

7. Obligatoriedad de la determinación de revisión externa (cf. Art. 28.110 del CSSPR):

En conformidad con el Art. 28.110 del CSSPR, una determinación de la revisión externa obliga tanto a MCS Life como al asegurado, salvo en los casos en que una u otra parte encuentre algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico o a las leyes federales. El asegurado no podrá presentar subsiguientes solicitudes de revisión externa relacionadas con una determinación adversa o determinación adversa final para la cual ya hubo una determinación tras una revisión externa conforme al capítulo 28 del CSSPR.

8. **Disposiciones misceláneas:**

El asegurado pagará un costo nominal, según Art. 28.170 del CSSPR, de veinticinco dólares ($25.00) por cada revisión. Disponiéndose, que para un mismo asegurado el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares ($75.00) por año póliza. La cantidad pagada por el asegurado le será reembolsada si éste obtiene opinión a su favor.

La premisa de que el asegurado agotó los procesos internos de querellas no aplicará a las violaciones ni afectarán al asegurado; mientras el plan pueda demostrar que la violación fue por una buena causa o que no estuvo bajo el control del plan y que la violación ocurrió durante un intercambio de información de buena fe entre el asegurado y MCS Life. Esta excepción no aplica si la violación es parte de un patrón de violaciones de parte de MCS Life. El asegurado podrá solicitar una explicación por escrito de dicha violación y recibirá respuesta de MCS Life en diez (10) días, incluyendo una explicación de por qué no se entiende dicha violación no agota los procesos internos de querellas.

PARTE VIII: DISPOSICIONES DE HIPAA

Esta reglamentación establece requisitos federales relacionados a cambios, acceso y renovación de seguros de salud grupales y a compañías que proveen seguros de salud.

Cubierta acreditable bajo CSSPR

MCS Life proveerá un formulario de certificación de cubierta acreditable a las personas según dispone el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico cuando la persona deje de estar cubierta por el otro plan médico.

La cubierta acreditable contendrá lo siguiente:

(1) el período de cubierta acreditable de la persona según el otro plan médico y
(2) el período de espera, si alguno, y, si fuera aplicable, el período de suscripción que se estipula para la persona con respecto a la cubierta del otro plan médico.

Cubierta acreditable bajo HIPAA

Conforme a *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) de 1996.

El empleado, su cónyuge y/o dependientes tendrá derecho a recibir una certificación de cubierta acreditable del plan médico separada e independiente cuando: (a) la cubierta del plan termine; y (b) nuevamente a solicitud del asegurado cuando la requisición se hace dentro de los veinticuatro (24) meses siguientes a la terminación de la cubierta antes mencionada.

El empleado debe mantener una copia de la certificación de cubierta acreditable recibida, ya que es posible que tenga que probar que tenía una cubierta anterior cuando se inscriba en un nuevo plan de salud. Si la persona está comprando una cubierta individual, es posible que también tenga que presentar la certificación de cubierta al asegurador en dicho momento.

Antidiscrimen

La ley prohíbe el establecimiento de reglas de elegibilidad y continuidad de elegibilidad basado en factores relacionados a la salud (*Health Status-Related Factors)*.

Período especial de suscripción bajo CHIP

Bajo la Ley del *Children's Health Insurance Program* (CHIP) de 2009, según enmendada y, que entró en vigor el 1 de abril de 2009, la persona asegurada puede cambiar el plan que haya elegido para él/ella y cualquiera de sus dependientes elegibles dentro de los sesenta (60) días subsiguientes a la suscripción debido a: 1) la terminación de la cubierta de *Medicaid* o CHIP por pérdida de elegibilidad, o 2) porque comenzó su elegibilidad en un programa *premium* de asistencia del estado bajo la cubierta de *Medicaid* o CHIP. En cualquiera de los casos, la cubierta entra en vigor el primer día del mes siguiente a la subscripción.

PARTE XI: MODELO DE ACCESO A LOS SERVICIOS

Médico

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

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

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

Hospitales

Los hospitales contratados para este modelo están clasificados son los hospitales de la Red de Proveedores Preferidos (o PPO, por sus siglas en inglés).

Laboratorios

Este producto tiene dos opciones para obtener los servicios de laboratorio donde el asegurado puede pagar un copago o coaseguro menor al utilizar los laboratorios de la red especial.

- Red especial de Laboratorios: Aplica copago o coaseguro correspondiente. El asegurado debe referirse a su Directorio de Proveedores 1, 2, 3, 6 para conocer los laboratorios de la red especial.
- Red PPO de Laboratorios: Aplica copago o coaseguro correspondiente. El asegurado debe referirse a su Directorio de Proveedores 1, 2, 3, 6 para conocer los laboratorios de la red PPO.

Red de visión: Red de visión contratada para proveer el beneficio de visión pediátrica bajo este endoso, específicamente lentes para corrección visual y monturas. La red contratada que provee este beneficio es Red IVISION.

Red contratada en Estados Unidos

United Health Care: 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.uhc.com o llame al Centro de Asistencia para localizar un Proveedor al 1-800-226-5116.

PARTE XII: TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Deducible y máximo de bolsillo (MOOP)	
Deducible inicial anual para beneficios médicos	
Individual	$0
Familiar	$0
Gasto máximo de bolsillo (MOOP) para beneficios médicos y medicamentos recetados	
Individual	$6,350
Familiar	$12,700
Beneficios esenciales de salud	
Servicios de emergencia	
Accidente	$75
Enfermedad	$75
Hospitalización	
Hospitalización Parcial	$50
Hospitalización	$50
Servicios ambulatorios	
Generalista Oftalmólogo Optómetra Podiatras Quiropráctico (primera visita)	$12
Especialista incluyendo psiquiatras, psicólogos	$18
Subespecialista	$23
Facilidad ambulatoria	$50
Procedimientos endoscópicos	20%
Servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico duradero	
Terapia física	$10
Terapia respiratoria ambulatoria	$10
Equipo médico duradero *(DME)*	20%
Manipulaciones de quiropráctico	$6
Salud mental	
Terapia de grupo	$0
Visitas colaterales	$0
Servicios de laboratorios y rayos X	
Laboratorio	30% - a través de Red Preferida
Rayos X	25%
Pruebas especializadas (CT Scan, PET CT, MRI, SPECT)	25%, exceso de 1 prueba por Gastos Médicos Mayores (MM)

Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas		
Servicios preventivos (incluyendo las de mujer y autismo)		$0
Inmunizaciones (vacunas) preventivas		$0
Inmunización (vacuna) para el virus respiratorio sincitial		$0
Otros servicios cubiertos		
Yeso, material y aplicación (ambulatorio)		20%
Trasplante de hueso, piel, córnea, órganos y médula ósea		0%
Programas incluidos como parte de los beneficios		
MCS Alivia		$15
MCS Medilinea MD		$0
MCS Care Clubs		$0
Visión Espejuelos o lentes de contacto, beneficio máximo por año póliza		$100
Ortodoncia Máximo de $1,000 por vida para menores de 19 años		100%
SERVICIO	**Dentista Generalista Pedodoncista y Prostodoncista**	**Dentista Especialista Endodoncista, Periodoncista y Cirujano Oral**
Diagnóstico y Preventivo	0% por ciento de coaseguro	0% por ciento de coaseguro
Mantenedores de Espacio	30% por ciento de coaseguro	30% por ciento de coaseguro
Restaurativo	0% por ciento de coaseguro	0% por ciento de coaseguro
Restauraciones con coronas	30% por ciento de coaseguro	30% por ciento de coaseguro
Endodoncia	30% por ciento de coaseguro	30% por ciento de coaseguro
Periodoncia* *Beneficio Máximo Anual $1,000	35% por ciento de coaseguro	35% por ciento de coaseguro
Prostodoncia	30% por ciento de coaseguro	30% por ciento de coaseguro

CUBIERTA DE FARMACIA (Auto-asegurada[1])		
UPR – Farmacia	**Red de Farmacia UPR**	**Walgreens**
Bioequivalente – primera opción (30 días) Marca Preferida (30 días) Marca No Preferida (30 días)	$10.00 $25.00 $40.00	$13.00 $30.00 $45.00
Medicamentos Especializados	50% coaseguro ó $50 si no es elegible al programa de subsidio del manufacturero	
	Implementación del Programa HUB de Pharmpix (despacho de EU)	
	Incluye los medicamentos especializados bajo componente médico, excepto:	
	Vacunas, Pre-medicaciones y Medicamentos Parte B – 0%	
	Quimioterapia Oral o a través de componente médico – 50% si es elegible ó $0 si no es elegible al programa o le aplica subsidio parcial	
RETAIL 90 – FARMACIAS LOCALES		
	Red de Farmacia UPR	**Walgreens**
Bioequivalente – primera opción (90 días) Marca Preferida (90 días) Marca No Preferida (90) días	$20.00 $50.00 $80.00	$26.00 $60.00 $90.00
MANTENIMIENTO POR CORREO		
Bioequivalente – primera opción (90 días) Marca Preferida (90 días) Marca No Preferida (90) días	$20.00 $50.00 $80.00	

NOTIFICACIÓN ANTIFRAUDE

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

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

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

www.mcs.com.pr

VÍVELA >> MCS

UNIDAD DEDICADA PARA EMPLEADOS UPR

787.200.2890 (Área Metro)

1.855.200.2892 (Libre de costo)

LÍNEA DEDICADA PARA EMPLEADOS UPR

787.281.2801 (Área Metro)

1.855.256.9973 (Libre de costo)

MCS Plaza Suite 1600, 255 Ponce de León Ave., San Juan, PR 00918