



MCS Global Essential

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

NIVEL METÁLICO:	[BRONZE, SILVER, GOLD]
PLAN:	[6110, 6130, 7110, 7130, 8110, 8130]
PATRONO:	[Nombre y dirección del patrono]
SEGURO SOCIAL PATRONAL (PATRONO):	[Número de seguro social patronal del patrono que auspicia el plan]
NÚMERO DE GRUPO:	[00-000000] Seguro de Salud
CUBIERTAS OPCIONALES:	[Endoso Dental 300, Endoso de Seguro de Vida por Muerte Accidental y Desmembramiento]
FECHA DE EFECTIVIDAD:	[00/00/00]
AÑO PÓLIZA:	[00/00/00 – 00/00/00]

Por favor, lea detenidamente.

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

¡BIENVENIDO A MCS!

Estimado asegurado:

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

Lea este documento detenidamente, el cual representa la póliza y el certificado. Aquí encontrará un desglose de los beneficios que incluye está cubierta de servicios.

Comuníquese 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]** si tiene dudas o preguntas relacionada con sus beneficios. También puede visitar nuestra página de internet **[www.mcs.com.pr]** donde podrá acceder a los directorios y formularios a los que se hace referencia en esta póliza/este certificado, o conectándose a la herramienta MiMCS.

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

Cordialmente,

[Roberto Pando]
Presidente
MCS Life Insurance Company

PARTE III: BENEFICIOS CUBIERTOS

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

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

El *Affordable Care Act* (ACA) garantiza que todos los planes médicos no protegidos o *non-grandfathered*, que se ofrezcan en los mercados individuales y grupos pequeños, ya sea dentro o fuera de un *exchange*, incluyan una cubierta amplia de servicios, conocida como beneficios esenciales de salud, según descritos por el ACA y por el plan de referencia de Puerto Rico en las siguientes diez categorías: servicios de emergencia; hospitalización; servicios ambulatorios; maternidad y atención al recién nacido; salud mental y abuso de sustancias, incluyendo el tratamiento de salud conductual; medicamentos recetados; servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico; servicios de laboratorio; servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluyendo dental y cuidado de la visión.

Los beneficios esenciales de salud según descritos por ACA conllevan un máximo de gastos del bolsillo (*maximum out of pocket*, o *MOOP*) o desembolso por la persona asegurada. El máximo aplica a los beneficios esenciales de salud descritos en el Plan de Referencia de Puerto Rico. El *MOOP* será confirmado anualmente por la OCS. MCS Life incluye en el cálculo del *MOOP*, cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia, plan de descuentos, cupones, o aportación ofrecida al asegurado por el fabricante del medicamento. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del asegurado en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos, coaseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida.

El máximo que aplica a esta póliza/este certificado será equivalente al máximo establecido por la OCS para su año de vigencia, y representa la suma de gastos de bolsillo del asegurado, entiéndase: deducible inicial, copagos y/o coaseguros establecidos para la cubierta médica y los medicamentos recetados (combinados). Cuando el asegurado alcance el máximo de gastos del bolsillo establecido por la OCS, MCS Life cubrirá los beneficios esenciales de salud al cien por ciento (100 %). Para el año calendario 2024, la cantidad máxima vigente en esta póliza/este certificado de gastos del bolsillo establecida por la OCS es [seis mil trescientos cincuenta dólares (\$6,350)] para individual y [doce mil setecientos dólares (\$12,700)] para familias. No se incluirá para el cálculo del *MOOP* los siguientes servicios y sus costos compartidos:

- MCS Alivia
- Servicios por proveedores no participantes, excepto emergencias
- Servicios dentales que no sean esenciales
- Servicios en Estados Unidos, excepto Sala de Emergencia
- Beneficios de Cannabis Medicinal.

[Esta póliza/este certificado es un plan **Bronze [6110, 6130]**: Este plan requiere que el asegurado pague una cantidad de deducible inicial para servicios de hospital de veinticinco dólares (\$25.00) por individuo. El asegurado deberá pagar esa cantidad antes de comenzar a recibir los servicios que requieran un deducible inicial.]

Sección I: Beneficios Esenciales de Salud

Aplicará un costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza/este certificado para los siguientes servicios.

Servicios de emergencia y urgencia

MCS Life proveerá y cubrirá sin periodo de espera, beneficios de servicios de emergencia, incluyendo ambulancia terrestre como resultado de una emergencia. En tales casos se pagará el costo total del servicio directamente al proveedor. Para otros servicios de traslados en ambulancia terrestre, la Sección 3(A) de esta parte incluye la descripción del beneficio. Dichos servicios de emergencia serán cubiertos sin la necesidad de autorización previa por parte de MCS Life; independientemente de que el proveedor de tales servicios de emergencia sea o no un proveedor participante, conforme al Art. 24.110 del CSSPR.

En el caso de proveedores no participantes en Puerto Rico, los servicios serán cubiertos de conformidad a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada.

MCS Life compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y este vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la tarifa acordada con los proveedores contratados por MCS Life para ofrecer los mismos servicios. Además, bajo estas circunstancias, tales servicios de emergencia serán provistos independientemente de las condiciones del plan de salud correspondiente. Toda emergencia médica en la cual se acceda a los servicios a través del sistema **9-1-1 no requerirá preautorización** y los servicios estarán cubiertos conforme a la Ley Núm. 129 de 1 de agosto de 2019.

MCS Life cubre servicios en la sala de emergencia y el asegurado deberá pagar el copago o coaseguro de enfermedad o accidente según corresponda.	• Servicios médicos por causa de trauma y/o enfermedad
	• Medicamentos, materiales y equipo
	• Laboratorios y rayos X
	• Terapia respiratoria sin límite
	• Condiciones autoinfligidas (intentos de suicidio)
	• Pruebas de diagnóstico especializadas

Los servicios dentro de los Estados Unidos en caso de emergencia estarán cubiertos como cualquier emergencia a través de la Red contratada. Favor de hacer referencia a la Parte XI: Modelo de Acceso a los Servicios, de esta póliza/este certificado, donde se encuentra la información sobre la red contratada para servicios en los Estados Unidos. El asegurado debe presentar su tarjeta del plan para que la facilidad pueda verificar su elegibilidad con MCS Life. Aplica copago o coaseguro de Servicio de Emergencia en EE. UU. En caso de que el proveedor no sea parte de la red contratada se le requiere al asegurado notificar MCS Life en o antes de cuarenta y ocho (48) horas luego de haber recibido los servicios de emergencia para negociar el pago de dichos servicios con la facilidad.

MCS Life cubre servicios en un centro o facilidad	• Servicios médicos por causa de trauma y/o enfermedad
	• Medicamentos, materiales y equipo

de urgencia y el asegurado deberá pagar la cantidad del copago o	• Terapia respiratoria sin límite
	• Condiciones autoinfligidas (intentos de suicidio)

coaseguro de centro de urgencia.	
----------------------------------	--

Servicios de Hospital

Servicios de hospitalización:	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de hospitalización, de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 y Nivel 2. Cuarto y cama cuando la persona asegurada sea hospitalizada en una habitación semiprivada. En aquellos casos que el asegurado solicite una habitación privada, el asegurado será responsable del pago de la diferencia de la tarifa de una semiprivada en comparación con la tarifa de la habitación privada, siempre y cuando no exista necesidad médica de aislamiento certificada por el médico a cargo del manejo del asegurado durante la admisión, según dispuesto por la OCS mediante Carta Normativa Núm. N-AV-12-111-99 de 20 de diciembre de 1999. Además, salvo en el caso de diferencias en el costo de la habitación, el proveedor contratado no cobrará en habitaciones privadas, cantidades distintas a aquellas que tendría derecho a cobrar si el asegurado estuviese recluido en una habitación semiprivada. Admisiones electivas, cirugía electiva y/o procedimientos que comúnmente se realizan en facilidades ambulatorias, pero requieren que se realicen en un hospital, requerirán preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life. Todos los servicios de hospitalización cubiertos por esta póliza/este certificado se pagarán de acuerdo con las tarifas negociadas y contratadas por MCS Life con los hospitales participantes de la red. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 8] aplicable a esta póliza/este certificado. [Aplica deducible inicial.]
	Habitación de aislamiento cuando es médicamente necesario y es ordenado por el médico que admite al asegurado.
	Unidades de cuidado intensivo, cuidado coronario, cuidado de intensivo de pediatría y cuidado intensivo de neonatología.
	Evaluación auditiva neonatal universal, conforme a la Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003 y las evaluaciones de audiología a través de otorrinolaringólogos y audiólogos.
	Evaluación para defectos cardíacos congénitos críticos mediante la oximetría de pulso conforme a la Ley Núm. 192 de 20 de noviembre de 2014.
	Servicios de telemetría
	Cuidado de enfermería y otros profesionales aliados a la salud
	Servicios de nutrición ofrecidos en el hospital, incluyendo hiperalimentación.
	Laboratorios clínicos y pruebas radiológicas
	Pruebas y estudios diagnósticos
	Terapias respiratorias y físicas
	Sangre, plasma y plaquetas

	• Suplidos y medicamentos
	• Quimioterapia y radioterapia (incluyendo cobalto) si la condición del asegurado requiere dichos tratamientos durante su estadía en el hospital. MCS Life cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto, según la orden médica del especialista u oncólogo, conforme a la Ley Núm. 107 de 5 de junio de 2012.
	• Diálisis y hemodiálisis
	• Visitas médicas en el hospital
	• Otras facilidades, servicios, equipos y materiales que el hospital usualmente provea, que sean ordenados por el médico y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital.
	• Las hospitalizaciones por enfermedades mentales y abuso de sustancias estarán cubiertas como cualquier otra hospitalización.

Otros servicios institucionales	
Anestesia en hospital	Cubierto. [Aplica deducible inicial.]
Asistencia quirúrgica en hospital	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. [Aplica deducible inicial.]
Cirugías en hospital	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de procedimiento y facilidad. Cirugías que usualmente se realizan en facilidad ambulatoria y necesiten realizarse en el hospital, requieren ser preautorizadas por Asuntos Clínicos de MCS Life. Esto aplica solo cuando el procedimiento es la razón de la admisión; no aplica cuando el procedimiento es realizado como tratamiento durante una admisión. La cirugía reconstructiva requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life y sólo se ofrecerá bajo las siguientes condiciones: • Cuando sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados - o Por enfermedad - o Por una lesión corporal - o Por un accidente (postrauma) • Cuando sea una cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido. La lesión, enfermedad o accidente no podrá estar relacionada a una reclamación con la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) o con la Corporación del Fondo del Seguro del Estado ("CFSE" o "el Fondo") por un caso ocurrido durante la vigencia de la póliza. [Aplica deducible inicial.]
Facilidades de enfermería especializada (<i>Skilled Nursing Facilities</i>)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Hasta ciento veinte (120) días por año póliza por asegurado. Requiere preautorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Se cubrirán estos servicios si comienzan dentro de los catorce (14) días siguientes a la fecha en que el paciente fue dado de alta después de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma

	enfermedad o por alguna situación relacionada con la condición de salud por la cual fue hospitalizado.
Hospitalización por salud mental o por abuso de sustancias controladas y/o alcohol (parciales y completas)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente de hospitalización u hospitalización parcial, de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 8] aplicable a esta póliza/este certificado. Terapias electroconvulsivas requieren preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. [Aplica deducible inicial.]

Servicios Ambulatorios

Visitas a médicos o profesionales de la salud	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente a estos servicios de acuerdo con la especialidad médica. Existe una [Red VIP] y una [Red PPO]. Los servicios de esta póliza/este certificado incluyen visitas a: • Médicos generalistas • Especialistas • Subespecialistas • Psicólogos • Podiatras • Audiólogos • Optómetras • Quiroprácticos • Doctor en Naturopatía
Pediatras, médicos de familia y nutricionistas	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de generalista, sin límites de visita.
Psicólogo	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de generalista. Conforme a la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002, según enmendada, y de acuerdo con la Ley Núm. 239 de 2012, se provee acceso a los servicios de salud y tratamientos por psicólogo licenciado, autorizado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
Audiólogo	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de especialista. Conforme a la Ley Núm. 127 de 27 de septiembre de 2007, se provee acceso a los servicios de salud y tratamientos de un Audiólogo autorizado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
Optómetra	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de especialista, conforme a la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002, se provee acceso a los servicios de salud y tratamientos por Optómetra, autorizado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
Quiropráctico	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente a la visita inicial de especialista. Para visitas subsiguientes aplicará la cantidad correspondiente para manipulaciones. Se provee acceso a los servicios de salud y tratamientos de un quiropráctico licenciado autorizado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Los servicios serán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes que estén autorizados a proveer dichos servicios en conformidad con la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente según enmendada por la Ley Núm. 150 de 8 de agosto de 2006.

Servicios podiátricos	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de especialista. MCS Life cubrirá el cuidado rutinario del pie y los procedimientos quirúrgicos podiátricos prestados por podiatras participantes, los cuales serán tratados como cualquier otro procedimiento quirúrgico. La persona asegurada será responsable de pagar el copago o coaseguro por la visita al podiatra. Los servicios serán cubiertos a través de profesionales de la salud participantes autorizados para proveer dichos servicios, conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, según enmendada por la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002.
Doctores en naturopatía	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de especialista. Conforme a la Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007, se provee acceso a servicios de salud, tratamiento y al cuidado de medicina en naturopatía por un Doctor en Naturopatía licenciado autorizado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
Facilidades ambulatorias	Cubierto. Aplica copago o coaseguro en concepto del uso de la facilidad. Aquellos procedimientos que comúnmente son realizados en una oficina médica y requieran ser realizados en una facilidad ambulatoria están sujetos a preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria, más el copago o coaseguro aplicable a la facilidad ambulatoria. Aquellos procedimientos que, por lo general, se realizan en oficina médica y requieran utilizar la facilidad de cirugía ambulatoria requieren preautorización de MCS Life. La Parte III, inciso 8, Servicios de Laboratorios y Rayos X, provee información específica sobre las pruebas moleculares o genéticas.
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	Cubierto. Aplica copago o coaseguro por procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y el copago o coaseguro por la visita médica. La Parte III, inciso 8, Servicios de Laboratorios y Rayos X, provee información específica sobre las pruebas moleculares o genéticas.
Inyección intraarticular	Cubierto. Aplica copago o coaseguro para procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y el copago o coaseguro por la visita médica. Se cubren doce (12) inyecciones por año póliza por asegurado.
Terapia respiratoria ambulatoria	Cubierto Aplica copago o coaseguro de terapia respiratoria ambulatoria. En oficina médica o facilidad ambulatoria hasta veinte (20) terapias por año póliza. La terapia respiratoria estará cubierta de manera ilimitada en la sala de emergencia y en hospital, en caso de un paciente hospitalizado.
Vasectomía en oficina médica	Cubierto. Aplica copago o coaseguro para procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y copago o coaseguro de la visita médica. MCS Life cubrirá una (1) vasectomía de por vida, por asegurado.
Endoscopias en oficina médica	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica y copago o coaseguro de generalista [Red VIP] o [Red PPO], especialista [Red VIP] o [Red PPO] o subespecialista [Red VIP] o [Red PPO], según aplique.
Endoscopias en facilidad ambulatoria	Cubierto. Aplica el copago o coaseguro para procedimientos endoscópicos y el copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere preautorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.

Quimioterapia y radioterapia (incluyendo cobalto)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. MCS Life cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del especialista u oncólogo, conforme a la Ley Núm. 107 de 5 de junio de 2012. Para quimioterapias y/o radioterapias, incluyendo medicamentos utilizados en preparación para tratamientos de quimioterapia, administradas en oficina médica o facilidad ambulatoria.
Diálisis y hemodiálisis	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Servicios relacionados a cualquier tipo de diálisis y hemodiálisis incluyendo servicios por cualquier complicación que surja y los correspondientes servicios hospitalarios o servicios médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por los primeros noventa (90) días desde la fecha en que la persona asegurada: 1. Advino elegible a esta póliza/este certificado (en caso de que la diálisis o hemodiálisis comenzara antes de la fecha de elegibilidad) 2. Recibiera el primer tratamiento de diálisis y hemodiálisis. Esto aplicará cuando los servicios de diálisis y hemodiálisis estén relacionados a las mismas condiciones clínicas.
Litotricia	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Cirugía ortognática	Cubierto. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. • En oficina médica: aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica, más copago o coaseguro de la visita médica. • En facilidad ambulatoria: aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria.
Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivos y no invasivos	Cubierto. • En oficina médica: aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica, más copago o coaseguro de la visita médica. • Facilidad ambulatoria: aplica copago o coaseguro de rayos x más aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria.
Pruebas y procedimientos neurológicos	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de rayos X.
Criocirugía cervical	Cubierto. Uno (1) por año póliza por asegurado. • En oficina médica: aplica copago o coaseguro de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica, más copago o coaseguro de la visita médica. • En facilidad ambulatoria: aplica copago o coaseguro de facilidad ambulatoria. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Prueba de velocidad de conducción nerviosa	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de laboratorio. Dos (2) procedimientos por año póliza, por asegurado.
Pruebas audiológicas	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de laboratorios. La prueba de Timpanometría estará cubierta una (1) por año póliza.
Cirugías reconstructivas ambulatorias	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de procedimiento y facilidad. Sólo se ofrecerá: • Cuando sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados

	- o por enfermedad o - o por una lesión corporal, - o por un accidente (postrauma) o • Cuando sea una cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido. La lesión, enfermedad o accidente no podrán estar relacionados a una reclamación con la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) o con la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) ocurrido durante la vigencia de esta póliza/este certificado. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Cámara hiperbárica	Cubierto el tratamiento de oxigenación hiperbárica a personas diagnosticadas con autismo está cubierto siempre que sea recomendado por un médico o profesional de la salud certificado y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales, conforme a la Ley Núm. 63 del 19 de julio de 2019.

Maternidad y atención al recién nacido

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

Servicios de maternidad	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de especialista. El cuidado prenatal será cubierto como cualquier otra visita a especialista.
Cubierta de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s).	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 8] aplicable a esta póliza/este certificado. Se proveerá una cubierta mínima de cuarenta y ocho (48) horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) por parto natural, y de noventa y seis (96) horas si el parto requiere una cesárea, conforme a la Ley Núm. 248 de 15 de agosto de 1999. Si por alguna razón el médico decide acortar la estadía de la madre y su(s) hijo(s) recién nacidos, deberá ser bajo el consentimiento de la paciente. En el caso de que así suceda, MCS Life cubrirá una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes, para asistencia y cuidado físico del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.
Servicios de maternidad	Cubierto. Aplica copago o coaseguro. Los siguientes servicios de maternidad están cubiertos bajo esta póliza/este certificado: • Servicios de obstetricia ambulatorio, aplica copago o coaseguro correspondiente a la facilidad. • Sonogramas obstétricos hasta tres (3) por embarazo, aplica copago o coaseguro de rayos X. • Perfil biofísico, limitado a uno (1) por embarazo, aplica copago o coaseguro de rayos X. Adicionales requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.

	• Servicios de hospital, aplica copago o coaseguro correspondiente a hospitalización, de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 8] aplicable a esta póliza/este certificado. • Sala de partos, aplica copago o coaseguro correspondiente a hospitalización, de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 8] aplicable a esta póliza/este certificado. • Monitoría fetal por embarazo (producción e interpretación) en hospital, aplica copago o coaseguro correspondiente a hospitalización, de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 8] aplicable a esta póliza/este certificado.
Visita de seguimiento del parto	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de visita médica de especialista. La visita de seguimiento incluirá cualquier tratamiento y pruebas médicas requeridas tanto para el infante como para la madre.
Atención al recién nacido en el hospital (durante la estadía por nacimiento).	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 8] aplicable a esta póliza/este certificado. Los siguientes beneficios están cubiertos en esta póliza/este certificado: • Servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamientos de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico conforme al Art. 54.050 (B) del CSSPR; • Atención médica en el hospital y unidades de intensivo neonatal (NICU, por sus siglas en inglés); • Uso de sala de recién nacidos (<i>Well Baby Nursery</i>); • Evaluación auditiva neonatal universal en el hospital; • Evaluación para defectos cardíacos congénitos críticos mediante la oximetría de pulso conforme a la Ley Núm. 192 de 20 de noviembre de 2014; • Cargos de enfermería rutinaria en el hospital; y • Circuncisión del recién nacido en el hospital.
Atención del recién nacido (servicios ambulatorios)	Los siguientes beneficios están cubiertos bajo esta póliza/este certificado: • Visitas rutinarias del bebé (<i>Well Baby Care</i>). Aplica copago o coaseguro de visita médica en todas las visitas. • Servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamientos de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico conforme al Art. 54.050(B) del CSSPR. • Evaluación 38evision neonatal universal.
Pruebas de evaluación al recién nacido	Pruebas preventivas dispuestas por PPACA y establecidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico y según el Título XIX del Programa de Medicaid, Título V del Programa para Madres, Niños y Adolescentes, y de la Academia Americana de Pediatría, según requerido por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000. Para información sobre evaluaciones que aplican, referirse a la Parte III, Sección I, inciso 9 de esta póliza/este certificado.

Salud Mental, Abuso de Sustancias y Tratamiento de Salud Conductual

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

Los servicios de salud mental, abuso de sustancias y tratamiento de salud conductual se ofrecen directamente con el proveedor o mediante la participación voluntaria del asegurado en el programa MCS Solutions, ofrecido las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana a través de una cubierta que integra cuidado de salud mental y abuso de sustancias. El propósito del programa es facilitar el acceso inmediato a los servicios necesarios para su situación o enfermedad a través de la línea telefónica de MCS Life. Esta coordinación se establece para facilitar que la persona asegurada reciba el servicio más adecuado en el nivel menos restrictivo posible según dispuesto por ley.

El asegurado también tendrá la opción de acceder directamente los servicios según su necesidad. En casos de emergencia, la persona asegurada podrá obtener servicio inmediato y directo en una sala de emergencia.

Programa de Asistencia al Empleado (PAE)	Cubierto ocho (8) visitas por persona asegurada al Psicólogo o Trabajador Social, sin copago, para consultoría, consejería y referidos. Si el asegurado excede las ocho visitas, deberá pagar el copago correspondiente al servicio. • Consultoría legal • Consultoría financiera • Manejo de crisis • Consejería matrimonial
Salud mental y abuso de sustancias	Los tratamientos cubiertos a nivel ambulatorio incluye, pero no se limita a: • Visitas ilimitadas a Psiquiatras y Psicólogos, aplica copago o coaseguro correspondiente de generalista. • Unidades de estabilización de veintitrés (23) horas, luego de las veinticuatro (24) horas, se considera una hospitalización. • Visitas de terapias grupales y visitas colaterales, aplica el copago o coaseguro correspondiente. • Manejo de casos intensivos mediante la intervención de manejo de casos de salud mental.
Hospitalización de salud mental	Cubierto como cualquier otra hospitalización. Aplica el copago o coaseguro de hospitalización u hospitalización parcial, de acuerdo con la clasificación del hospital en Nivel 1 o Nivel 2. El nivel del hospital está indicado en el [Directorio de Proveedores 8] aplicable a esta póliza/este certificado. Los servicios cubiertos son: • Ambulatorio intensivo (<i>Intensive Outpatient, IOP</i>). Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. • Hospitalización parcial, completa y/o intensiva. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Abuso de sustancias:	Cubierto sin límites, conforme a la Ley de Salud Mental, según enmendada y conforme a PPACA. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Los siguientes servicios están disponibles para trastorno por dependencia o abuso de sustancias controladas y/o alcohol:

	• Manejo de casos intensivos • Psiquiatra • Psicólogos • Visitas colaterales • Terapias grupales (por psicólogos) • Traslado de ambulancia entre instituciones
Tratamiento residencial en facilidad para trastorno por dependencia o abuso de sustancias controladas y/o alcohol	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente de hospitalización u hospitalización parcial. Este beneficio incluye desintoxicación por razón de dependencia o abuso de sustancias controladas en facilidades disponibles dentro de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000. Requiere preautorización de MCS Life.
Pruebas psicológicas	Cubiertas. Aplica copago o coaseguro de laboratorios. Para menores de veintiún (21) años, se cubrirá aquellas pruebas psicológicas determinadas por el Departamento de Salud de Puerto Rico en colaboración con el Departamento de Educación de Puerto Rico sujeto a las condiciones y limitaciones impuestas por las referidas agencias y/o leyes especiales aplicables, en conformidad a la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000.
Trabajador social	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de especialista. Los servicios serán cubiertos 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 de Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo, Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012 (Ley BIDA).

6. Medicamentos Recetados

MCS Life provee este beneficio para el pago de medicamentos recetados por un médico que sean aprobados por la *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) y adquiridos por una persona asegurada, y que sean preparados y despachados por un farmacéutico autorizado. Esta cubierta incluye medicamentos genéricos preferidos, medicamentos genéricos no preferidos, medicamentos de marca preferida, medicamentos de marca no preferida, medicamentos especializados preferidos y medicamentos especializados no preferidos.

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

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

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

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

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

[Formulario de Medicamentos Value]	Esta póliza/este certificado tendrá un formulario que contiene una lista específica de medicamentos cubiertos. Este formulario incluye la lista de medicamentos genéricos preferidos, genéricos no preferidos, medicamentos de marca preferida, medicamentos de marca no preferida, medicamentos especializados preferidos y medicamentos especializados no preferidos según requerido por el plan de referencia de Puerto Rico y en cumplimiento con la Ley Núm. 140 de 22 de septiembre de 2010. Este estará disponible en la página de internet [www.mcs.com.pr]. El asegurado puede también solicitar el formulario por teléfono al Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al [(787) 281-2800].
Regla de despacho de medicamento	Esta póliza/este certificado requiere que la persona asegurada reciba los medicamentos genéricos como mandatorios (primera opción). Si el medicamento no tiene una versión genérica, al asegurado se le despachará el de marca y pagará el copago o coaseguro del medicamento de marca correspondiente. Si el médico y/ o asegurado solicita una receta de marca, existiendo un genérico disponible, el asegurado debe asumir la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el copago o coaseguro de medicamento genérico correspondiente.
Terapia escalonada (Step Therapy)	MCS Life se reserva el derecho de aplicar el beneficio de terapia escalonada para algunos medicamentos debidamente identificados en su formulario de medicamentos con las siglas ST. Este programa requiere que el paciente utilice medicamentos de primera línea antes de utilizar cualquier otro medicamento de segunda línea de tratamiento. Se consideran medicamentos de primera línea, aquellas opciones de tratamiento que están respaldadas por guías clínicas nacionales y estándares de la práctica médica como alternativas para utilizarse en la terapia inicial. Los medicamentos de segunda línea son opciones de tratamiento, al igual que los de primera línea, pero las guías nacionales y estándares de la práctica los ubican como alternativas para utilizarse luego de haber utilizado los medicamentos de primera línea.
Límites de cantidad	Para ciertos medicamentos, MCS Life limita la cantidad de medicamento que cubre identificados en el formulario de medicamentos con las siglas QL. Por ejemplo, MCS Life proveerá la cantidad de medicamento máxima según la aprobación de la

	U.S. Food & Drug Administration (FDA). Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.
Límites de especialidad	Existen algunos medicamentos que requieren ser prescritos por ciertas especialidades médicas. Usualmente, estos medicamentos son productos especializados o medicamentos que deben ser monitoreados por médicos especializados en ciertas condiciones de salud. Estos medicamentos están identificados en el formulario de medicamentos con las siglas PL 1, PL 2. Si el médico que prescribe no se encuentra bajo la especialidad médica asignada a la categoría de medicamentos, recibirá un despacho para quince (15) días de suplido del medicamento prescrito sin repeticiones permitidas.
Preautorización (PA, por sus siglas en inglés)	Para ciertos medicamentos se necesita obtener autorización. Esto significa que se debe cumplir con unos requisitos establecidos por la FDA para la aprobación de un medicamento. Generalmente se requiere, pero no se limita a diagnósticos y/o estudios clínicos como laboratorios, rayos X, electrocardiograma, etc. Si no cumple con los requisitos establecidos para que su medicamento sea aprobado, su plan puede no cubrir el medicamento.
Medicamentos fuera del recetario (<i>Over-the-Counter</i> u OTC)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Los medicamentos OTC no contienen leyenda federal y para estar cubiertos es necesario que un médico provea una receta que indique “OTC” e incluya los medicamentos fuera del recetario que necesite el asegurado para el cuidado de su salud.
Primer nivel y segundo nivel de cubierta de farmacia	Este plan tiene un primer nivel de cubierta y un segundo nivel de cubierta. • Primer nivel de cubierta — aplica copago o coaseguros identificados como “primer nivel”, hasta que el gasto de farmacia llegue a la cantidad límite aplicable a esta póliza/este certificado. Favor de hacer referencia a la Parte XII de esta póliza/este certificado para validar la cantidad límite que aplica. • Segundo nivel de cubierta – Luego que el asegurado alcanza el gasto de farmacia estipulado en el primer nivel de cubierta, el asegurado pagará el coaseguro correspondiente a “segundo nivel de cubierta”. Favor de hacer referencia a la Parte XII de esta póliza/este certificado para validar la cantidad límite que aplica.
Programa de Medicamentos por Correo	Es un programa voluntario que permite al asegurado recibir los medicamentos de mantenimiento con despacho de hasta noventa (90) días por el sistema de correo regular autorizando. Los medicamentos que se despachan por este programa son específicamente aquellos medicamentos para el tratamiento de condiciones crónicas a largo plazo tales como: medicamentos para la diabetes, para controlar la presión alta, para los desórdenes de la tiroides, para arritmias cardíacas, entre otros. Los medicamentos disponibles bajo este programa serán los medicamentos de mantenimiento y los medicamentos preventivos. Para información de cómo solicitar los medicamentos por el programa de correo, favor de comunicarse con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life o hacer referencia a su [Formulario de Medicamentos Value].

Suministros y medicamentos cubiertos:

El beneficio de medicinas tiene los siguientes límites por despacho:

Medicamentos agudos	Un despacho inicial de quince (15) días y cero (0) repeticiones. Por lo general estos medicamentos son utilizados para tratar condiciones no crónicas, tales como manejo de dolor, alergias, y antibióticos para tratar infecciones bacterianas.
Medicamentos de mantenimiento, farmacia al detal	Un despacho inicial de treinta (30) días y cinco (5) repeticiones con suplido de treinta (30) días cada repetición para un total de ciento ochenta (180) días de suplido por receta. Son medicamentos para tratar condiciones crónicas como la diabetes, presión arterial, colesterol, entre otras.
Medicamentos de mantenimiento a noventa (90) días, en farmacia al detal (<i>Retail 90</i>)	Un despacho inicial de noventa (90) días y una (1) repetición de noventa (90) días para un total de ciento ochenta (180) días de suplido por receta en las farmacias participantes.
Medicamentos de mantenimiento, por correo (voluntario)	Un despacho inicial de noventa (90) días y una (1) repetición con suplido de noventa (90) días para un total de ciento ochenta (180) días de suplido por receta.
Medicamentos especializados preferidos y no preferidos	Todo medicamento especializado requiere preautorización por el Departamento de Farmacias de MCS Life. El asegurado recibirá su suplido de medicamento especializado, en las farmacias especializadas contratadas dentro de la red de farmacias de MCS Life aplicable a la cubierta. Favor de hacer referencia al [Directorio de Proveedores 8] para información sobre las farmacias contratadas para brindar estos servicios. Programa de Medicamentos Especializados: El Programa de Medicamentos Especializados es uno coordinado a través del Servicio de Farmacia Especializada. Este programa está enfocado en el manejo de medicamentos especializados utilizados para condiciones crónicas y que requieren precauciones especiales para ser administradas. Para su conveniencia el Programa de Medicamentos Especializados de MCS Life cuenta con una línea telefónica libre de costos [1-888-456-4283] que está disponible de [lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm (ET).] El Programa de Medicamentos Especializados funciona de la siguiente manera: • El asegurado recibirá un suplido de treinta (30) días por receta del medicamento especializado. • El Programa de Medicamentos Especializados de MCS Life verificará los beneficios a que tiene derecho el asegurado cuando se le prescriba un medicamento clasificado como medicamento especializado según los términos de su plan de salud para determinar si el medicamento está cubierto, el alcance de la cubierta, la elegibilidad y los copagos aplicables. • El Programa de Medicamentos Especializados de MCS Life proveerá al asegurado educación específica sobre la condición de salud, orientación sobre la administración del medicamento especializado y ayuda para el manejo de la terapia en cuanto a las dosis clínicas apropiadas, la seguridad y la eficacia de la terapia.

- Una semana antes del próximo suplido, el Programa de Medicamentos Especializados de MCS Life llamará al asegurado identificado y coordinará la fecha y el lugar en donde habrá de entregarse el medicamento.

Abastecimiento:

Los medicamentos especializados cubiertos bajo el Programa de Medicamentos Especializados, según los términos y las condiciones de esta póliza/este certificado, están identificados en el Formulario de Medicamentos como medicamentos especializados preferidos (nivel 5) y Medicamentos especializados no preferidos (nivel 6), y se cubren solamente si el servicio se obtiene por conducto de la farmacia especializada contratada bajo el Programa de Medicamentos Especializados de MCS Life.

Para lograr un mejor servicio al asegurado, es necesario que todo medicamento especializado sea preautorizado por el Departamento de Farmacia de MCS Life. El plan de salud no cubrirá aquellos medicamentos especializados que no hayan sido preautorizados.

De requerir información adicional o presentarse alguna situación especial o de emergencia le exhortamos a que se comunique con los representantes del Programa al número telefónico libre de cargos [1-888-456-4283.] Conforme a la Ley 79 del 1 de agosto de 2020, todo medicamento de cáncer, según definido en dicha ley, deberá ser aprobado o denegado a todo paciente que padezca dicha condición dentro de un término de veinticuatro (24) a setenta y dos (72) horas de recibida la solicitud o dentro del término de veinticuatro (24) horas de tratarse de un caso marcado urgente o expedito.

Despacho:

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

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

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

Medicamentos cubiertos sin leyenda federal

Medicamentos fuera del Recetario (*Over-the-Counter* u OTC)

Ver formulario para detalles de medicamentos cubiertos.

Medicamentos cubiertos por ley local y/o federal

Estarán cubiertos los medicamentos de servicios preventivos requeridos por las leyes federales PPACA y la *Health Care and Education Reconciliation Act* de 2010, según establecidos por el *United States Preventive Services*

Task Force (USPSTF) y por el CSSPR. Además, este plan cubre el despacho del medicamento buprenorfina para el tratamiento de dependencia de opiáceos, según dispone la Ley Núm. 140 de 22 de septiembre de 2010.

La persona asegurada no pagará copago ni coaseguro para los siguientes medicamentos, según dispuesto por ley federal:

- El suplemento de ácido fólico para aseguradas embarazadas.
- Tamoxifeno o raloxifeno para las mujeres que están en mayor riesgo del cáncer del seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento.
- Aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares.
- Suplementos de hierro para evitar anemia en niños de cuatro (4) meses a veintiún (21) años.
- Suplementos libres de fenilalanina.
- Suplemento de aspirina a mujeres embarazadas para prevenir la preeclampsia.
- Los métodos contraceptivos.
- El uso de estatina para prevenir enfermedades cardiovasculares.
- Medicamentos para dejar el hábito de fumar.
- Medicamentos genéricos como preventivos a exposición en HIV(PrEP o Pre-Exposure Prophylaxis)

Además, conforme a las leyes de Puerto Rico, MCS Life cubrirá, con copago o coaseguro correspondiente los siguientes medicamentos:

- Los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal, según la orden médica del especialista u oncólogo (Ley Núm. 107 del 5 de junio de 2012).
- Una (1) inyección de glucagón y reemplazo en caso de su uso o por haber expirado, para los asegurados que estén diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo I (Ley Núm. 19 de 12 de enero de 2020).

7. Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero

Conforme al Artículo 15 de la Ley BIDA y Artículo 11 de la Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down, Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018, los siguientes servicios están cubiertos sin límites para asegurados diagnosticados con autismo y para asegurados diagnosticados con Síndrome Down:

- Terapia física rehabilitativa y habilitativa ambulatoria
- Manipulaciones de quiropráctico
- Terapias ocupacionales (ambulatoria)
- Terapias del habla y lenguaje (ambulatoria)

Terapia física rehabilitativa ambulatoria	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Hasta veinte (20) terapias físicas por año póliza, por persona asegurada. Terapias adicionales requieren preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
---	--

Terapia física habilitativa ambulatoria	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Hasta veinte (20) terapias físicas por año póliza, por persona asegurada. Terapias adicionales requieren preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Manipulaciones de quiropráctico	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Hasta veinte (20) manipulaciones por año póliza, por persona asegurada. Terapias adicionales requieren preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Otros servicios de quiroprácticos: Los servicios ofrecidos por quiroprácticos y recibidos por el asegurado pueden incluir servicios de radiología y terapia física, siempre y cuando estén contratados con el proveedor participante.
Terapias ocupacionales	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de cuidado de salud en el hogar.
Terapias del habla y lenguaje	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de cuidado de salud en el hogar.
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. Requiere preautorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Los gastos por equipo médico duradero estarán cubiertos a través de proveedores contratados, los servicios cubiertos son: • Camas de posición • Silla de ruedas estandarizada • Oxígeno y equipo necesario para su administración. • Máquina de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés) y máquina de presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (BPAP, por sus siglas en inglés) se cubrirá una (1) cada cinco (5) años.
Glucómetro, lancetas y tirillas	Cubierto, conforme a la Ley Núm. 177 del 13 de agosto de 2016, según enmendada por la Ley Núm. 19 de 12 de enero de 2020 para los asegurados que estén diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo I por un médico especialista en endocrinología pediátrica o un endocrinólogo. El especialista en endocrinología también podrá ordenar el uso del monitor de glucosa con sus aditamentos, a pacientes que presenten un cuadro clínico de predisposición o mayor cantidad de factores de riesgo de desarrollar la condición de Diabetes Mellitus Tipo I. • Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. Un (1) monitor de glucosa cada tres (3) años, con reemplazo de equipo dañado. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. • Inyección de glucagón: En el inciso 6 de Medicamentos Recetados, dentro de esta sección, se provee los detalles. • Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. Mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y ciento cincuenta (150) lancetas cada mes. Requiere receta médica. Las lancetas y tirillas estarán cubiertas a través de proveedores de equipo médico contratados por MCS Life, no serán cubiertas por farmacia. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. MCS Life cubrirá sólo aquellos glucómetros que hayan sido aprobados por la U.S. Food and Drug Administration (FDA). Si el endocrinólogo ordena un glucómetro en específico debido al tratamiento que utilice el paciente, el endocrinólogo someterá

	una justificación. En dicho caso se cubrirá la marca del glucómetro ordenada por el endocrinólogo. Según las guías establecidas por <i>Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)</i> los pacientes deben recibir el cuidado de salud que necesiten, incluyendo los suplidos y tratamiento, y estos deben ser de alta calidad.
Bomba portátil de infusión de insulina	Cubierto. Aplica copago de equipo médico duradero. , conforme a la Ley 177 del 13 de agosto de 2016, según enmendada por la Ley Núm. 19 de 12 de enero de 2020, una (1) bomba de infusión portátil, o microinfusora, y su mantenimiento, como terapia para pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo I por un médico especialista en endocrinología pediátrica o un endocrinólogo. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. La bomba portátil de infusión de insulina, o microinfusora, cubierta por MCS Life debe haber sido ordenada por el endocrinólogo, quien seleccionará la marca basada en la edad del paciente, su grado de actividad física y el conocimiento de este y/o de sus cuidadores sobre la condición.
Servicios de equipo tecnológico	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. Incluye pruebas y equipo para personas menores de veintiún (21) años de edad, postradas en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas, conforme la Ley Núm. 40 de 21 de febrero de 2023 y para asegurados que requieran el uso de un respirador mecánico para mantenerse con vida. Además, se cubre un (1) turno diario de ocho (8) horas por asegurado de servicios de enfermeras diestras con conocimiento en terapia respiratoria, especialistas en terapia respiratoria con conocimiento de enfermería o técnicos(as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P), debidamente licenciado para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad. También se incluyen los suministros que conllevan el manejo del equipo técnico, y terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo de las destrezas motoras de estos pacientes conforme a la Ley Núm. 125 de 21 de septiembre de 2007 y Ley Núm. 62 de 4 de mayo de 2015. A los efectos de la Ley Núm. 62 de 4 de mayo de 2015, se entiende por asegurado aquellos que: • Utilizan la tecnología médica, así como. • Los niños con traqueotomía para respirar y cuyo funcionamiento depende de equipos médicos, respirador mecánico u oxígeno suplementario. • Los que han iniciado el tratamiento como menores y alcancen la edad de veintiún (21) años, y que recibieron servicios médicos o reciben cuidados en el hogar, continuará recibiendo estos servicios después de cumplir los veintiún (21) años de edad.
Cuidado de salud en el hogar	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de cuidado de salud en el hogar. Hasta cuarenta (40) terapias combinadas, por año póliza, por persona asegurada. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Los cargos hechos por una institución certificada de cuidado de salud en el hogar estarán cubiertos si dicho cuidado está prescrito por un médico, bajo las siguientes modalidades: • Se cubrirán estos servicios si comienzan dentro de los catorce (14) días siguientes a la fecha en que el paciente fue dado de alta después de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma

	condición o por alguna situación relacionada a la condición por la cual fue hospitalizado. - Continuidad del tratamiento por las mismas causas que estén relacionadas a la condición o diagnóstico de ingreso que provocaron la estadía en un hospital. - Como alternativa a una hospitalización. Los servicios brindados bajo cuidado de salud en el hogar son: - Visita de personal de Enfermería Graduada (R.N.), Enfermería Práctica Autorizada (L.P.N.) o Enfermería Vocacional Autorizada (L.V.N.); en el caso de asegurados que requieran el uso de ventilador mecánico para mantenerse con vida, se cubre un (1) turno diario de ocho (8) horas por asegurado de personal de enfermería especializada con conocimientos de terapia respiratoria, especialistas en terapia respiratoria con conocimientos de enfermería o técnicos(as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P), debidamente licenciado, según se dispone en la Ley Núm. 62 de 4 de mayo de 2015 y la Ley Núm. 69 de 27 de diciembre de 2021. - Terapia del habla (habilitativa o rehabilitativa) - Terapia física - Terapia ocupacional - Terapia respiratoria.
--	--

8. Servicios de Laboratorio y Rayos X

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

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

Laboratorios	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de laboratorio.
Rayos X	Cubierto. Los siguientes servicios les aplica el copago o coaseguro de rayos X. - Angiografía - Densitometría ósea - Ecocardiograma - Electrocardiograma - Electroencefalograma - Estudios Cerebrovasculares periferales no invasivo - Holter - Medicina nuclear - Mielografía - Pruebas de esfuerzo (stress test) - Pruebas de esfuerzo (stress test) con sestamibi, persantine o talio - Sonogramas
Pruebas moleculares y/o genéticas	Cubiertas. Aplica copago o coaseguro de pruebas moleculares y/o genéticas, excepto pruebas requeridas por ley como servicio preventivo. Cuando sean requeridas por ley local, es decir, por la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, conocida como

	la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (BIDA), por la Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018 para asegurados con Síndrome Down, o por la ley federal <i>Women's Health and Cancer Rights Act</i> del 1998, o requeridas por el plan de beneficios esenciales de referencia de Puerto Rico (<i>Essential Health Benefit Benchmark Plan</i>) que incluyen los servicios preventivos requeridos. Solamente estarán cubiertas en proveedores participantes y contratados por MCS. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Estas pruebas solo estarán cubiertas cuando estén referidas por las siguientes especialidades según las políticas médicas establecidas por MCS Life: • oncólogo • hematólogo oncólogo • urólogo • geneticista • ginecólogo • gastroenterólogo • neurólogo • psiquiatra
PET CT (también conocido como <i>PET Scan</i>)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Uno (1) por año póliza, por persona asegurada. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Polisomnografía (estudio del sueño)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de rayos X. Un (1) estudio de por vida, por persona asegurada. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
CT Scan	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Uno (1) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada. Requiere preautorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
MRA	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de rayos X. Requiere preautorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
MRI	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializadas. Uno (1) por región anatómica, por año póliza y por persona asegurada. Requiere preautorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.
SPECT	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de pruebas especializados.
Pruebas de alergia	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de laboratorios. Cincuenta (50) por año póliza, por persona asegurada.
Electromiograma	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de rayos X. Dos (2) por año póliza, por asrado.

9. Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas

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

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

- una (1) evaluación de un médico que sea apropiada para la edad y el género del asegurado;
- consejería y tratamiento para identificar y reducir los factores de riesgo identificados.

MCS Life cubrirá un (1) examen físico anual, siempre que sea para propósitos preventivos. La evaluación comprensiva de salud anual realizada por profesionales de la salud puede incluir pruebas diagnósticas, entre otros, de acuerdo con la edad, sexo y condición de salud del asegurado. La evaluación médica anual para niños y niñas al comienzo del año escolar debe incluir evaluación física y mental, higiene oral, pruebas auditivas y visuales, así como exámenes periódicos recomendados por la Academia Americana de Pediatría.

Servicios preventivos para menores de edad

Los servicios de medicina preventiva para menores 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 la reducción de uso indebido de alcohol a las personas involucradas en su consumo riesgoso o peligroso.
Anemia/Hierro	Evaluación de riesgos o detección, según las recomendaciones de la edición actual de la AAP Pediatric Nutrition: Política de la Academia Americana de Pediatría.
Ansiedad en niños y Adolescentes: evaluación en niños y adolescentes de ocho (8) a dieciocho (18) años	Evaluación de ansiedad en niños y adolescentes de 8 a 18 años.
Autismo	Evaluación para menores entre dieciocho (18) y veinticuatro (24) meses.
Evaluación de salud conductual/social/emocional	Una evaluación anual desde el nacimiento hasta los veintiun (21) años, es la recomendación la Academia Estadounidense e Pediatría (AAP).
Concentración de bilirrubina	Evaluación para recién nacidos.

Presión sanguínea	Evaluación para menores entre las siguientes edades: cero (0) a once (11) meses, uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, once (11) a catorce (14) años y quince (15) a diez y siete (17) años.
Examen de sangre	Evaluación para recién nacidos.
Displasia cervical	Evaluación para niñas sexualmente activas.
Depresión y riesgo de suicidio en niños y adolescentes	Evaluación para el trastorno de depresión mayor (MDD, por sus siglas en inglés) en adolescentes de doce (12) a veintiún (21) años.
Evaluación de desarrollo	Evaluación para menores de tres (3) años y vigilancia durante toda la niñez.
Dislipidemia	Evaluación una vez para menores; entre las edades de nueve (9) y once (11) años, entre las edades de diecisiete (17) y veintiún (21), y para menores con alto riesgo de desórdenes de lípidos entre las siguientes edades: uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, once (11) a catorce (14) años y quince (15) a diecisiete (17) años.
Evaluación auditiva	Evaluación de pérdida de audición para recién nacidos y en menores una vez entre los once (11) y catorce (14) años, una vez entre los quince (15) y diecisiete (17) años, y una vez entre los dieciocho (18) y veintiún (21) años.
Evaluación de crecimiento de estatura, peso e índice de masa corporal	Evaluación para todo menor de edad entre las siguientes edades: cero (0) a once (11) meses, uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, once (11) a catorce (14) años y quince (15) a diecisiete (17) años.
Examen de hematocrito o hemoglobina	Evaluación para todos los menores.
Enfermedad de células falciformes (<i>Sickle Cell Disease</i>)	Evaluación para recién nacidos.
Infección Hepatitis B	Evaluación para detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en recién nacidos hasta adultos jóvenes (veintiún (21) años de edad) que están en mayor riesgo de infección.
Hipotiroidismo congénito	Evaluación para recién nacidos.
Evaluación de plomo	Para menores en riesgo de exposición al plomo.
Depresión maternal	Evaluación para madres de infantes en las visitas de uno (1), dos (2), cuatro (4) y seis (6) meses.
Historial médico	Para todo menor durante el desarrollo: edades, de cero (0) a veintiún (21) años.
Evaluación de obesidad: menores y adolescentes	Evaluación de obesidad para menores 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 menores recién nacidos hasta los diez (10) años de edad.
Prevención de caries, evaluación e intervención: Menores de (5) años	Suplementos de fluoruro por vía oral a menores a partir de los seis (6) meses de edad cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro. Aplicación de barniz de fluoruro a los dientes temporales de todos bebés y menores a partir de la edad de la erupción de los primeros dientes.
Fenilcetonuria (PKU)	Evaluación en recién nacidos para desórdenes genéticos.

Prevención de caries dental en niños menores de cinco (5) años: detección e intervenciones	Suplementos de fluoruro oral a partir de los seis (6) meses de edad para niños cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro. Si la fuente principal de agua es deficiente en fluoruro, la administración de suplementos orales de fluoruro, según recomienda la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP).
Cáncer de la piel	Consejería para jóvenes adultos, adolescentes, menores y padres de menores sobre cómo 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.
Paro cardíaco súbito y muerte cardíaca súbita	Evaluación de riesgo de infarto repentino y muerte súbita cardíaca entre los once (11) y los veintiún (21) años (para tener en cuenta el rango en el que puede tener lugar la evaluación de riesgos) según las políticas de la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP). (Muerte Súbita en el Joven: Información para el Proveedor de Atención Primaria)
Uso de tabaco: menores y adolescentes	Intervenciones de parte del médico, que incluyan educación o consejería, para prevenir el inicio del consumo de tabaco en menores y adolescentes de edad escolar.
Uso de tabaco, alcohol y drogas	Evaluación para identificar el uso de tabaco, alcohol y drogas en menores de edad entre once (11) a veintiún (21) años de edad.
Tuberculina	Prueba de tuberculina para menores con riesgo de tuberculosis de cero (0) a veintiuno (21) años de edad.
Evaluación de visión: menores	Examen de la vista al menos una vez en menores entre las edades de tres (3) a cinco (5) años para detectar la ambliopía o sus factores de riesgo.

Servicios preventivos para adultos

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

Servicio preventivo	Indicación
Evaluación para la aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para evaluación de la AAA en hombres entre sesenta y cinco (65) a los setenta y cinco (75) años de edad que hayan sido fumadores en algún momento.
Detección de Prediabetes y Diabetes Mellitus Tipo II en adultos asintomáticos	Evaluación y examen de glucosa anormal en la sangre, como parte de la detección de prediabetes y diabetes tipo II en adultos asintomáticos de treinta y cinco (35) a setenta (70) años que tengan sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o referir a los pacientes con prediabetes a intervenciones preventivas eficaces.
Evaluación de cáncer colorrectal	Evaluación de cáncer colorrectal en adultos, mediante pruebas de sangre oculta en heces fecales, sigmoidoscopia o colonoscopia, comenzando a la edad de cuarenta y cinco (45) 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. Una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo de una prueba no invasiva de detección.
Evaluación de depresión	Evaluación de depresión a adultos, incluyendo mujeres durante el embarazo o postparto. La evaluación deberá ser realizada en un sistema adecuado para

	garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Prevención de caídas en adultos mayores: Vitamina D	Suplementos de vitamina D para prevenir las caídas en los adultos de sesenta y cinco (65) años o más que viven en la comunidad y tienen un mayor riesgo de sufrir caídas.
Asesoramiento sobre 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 para promover una dieta saludable y actividad física con el propósito de prevenir dichas condiciones.
Infección de virus de hepatitis B (HBV)	Evaluación para adultos con alto riesgo de contraer HBV.
Prueba de evaluación del virus de la hepatitis C (HCV)	Evaluación para la detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en adolescentes y adultos entre los dieciocho (18) años a los setenta y nueve (79) años.
Evaluación de hipertensión en adultos de 18 años o más sin hipertensión conocida	Evaluación de hipertensión a asegurados de dieciocho (18) años en adelante. Las medidas se deben obtener fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Prevención del VIH – (<i>Preexposure prophylaxis</i> o PrEP)	Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Los médicos podrán ofrecer profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral para personas con alto riesgo de contraer el VIH. Para asegurados con alto riesgo de contraer el VIH referidos por su médico a usar estos medicamentos se aplicará cero (\$0) dólares de copago o cero (0%) por ciento de coaseguro. El asegurado deberá realizarse su examen físico anual, así como las pruebas de VIH que muestren un resultado negativo. Una vez completado, se le provee al asegurado un despacho de noventa (90) días, antes de culminar estos noventa (90) días el asegurado deberá repetir las pruebas de VIH que continúen mostrando un resultado negativo, para continuar el tratamiento. En el caso que el asegurado interrumpa el tratamiento, tendrá hasta dos (2) intentos por año póliza.
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 del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): Adolescentes y Adultos no embarazados	Evaluación de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos de entre quince (15) y sesenta y cinco (65) años. Los adolescentes más jóvenes y los adultos mayores que están en mayor riesgo también deben someterse a evaluación. Prueba para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como parte de las pruebas de rutina de toda evaluación médica realizada al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) años de edad en bajo riesgo y anualmente para todas las personas en alto riesgo.

	Para las mujeres embarazadas aplican los requisitos descritos en la sección de “Servicios preventivos para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas”, más adelante en esta póliza/este certificado.
Evaluación de cáncer de pulmón	Evaluación anual para el cáncer de pulmón con la tomografía computarizada de dosis baja en adultos de cincuenta (50) a ochenta (80) años de edad que tienen antecedentes de fumar veinte (20) paquetes año y en la actualidad fuman o han dejado de fumar en los últimos quince (15) años. El Evaluación debe interrumpirse una vez que una persona no ha fumado por quince (15) años o desarrolla un problema de salud que limita considerablemente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación de pulmón curativa.
Evaluación y asesoramiento sobre la obesidad: adultos	Consejería y evaluación para todos los adultos. Los médicos podrán ofrecer o referir a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes, a esos pacientes que tengan un índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés), de treinta kilogramos/metro (30 kg/m ²) o más.
Consejería sobre infecciones de transmisión sexual	Consejería conductual intensiva para prevenir enfermedades de transmisión sexual para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades asociadas.
Cáncer de la piel	Consejería para jóvenes adultos, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre los beneficios de minimizar la exposición a la radiación de los rayos ultravioletas (UV) para las personas de piel clara desde los seis (6) meses hasta los veinticuatro (24) años de edad para reducir su riesgo de cáncer de la piel.
Estatina para prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos: medicamento preventivo	Uso de estatina para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares (CVD) para adultos de 40 a 75 años que tienen uno (1) o más factores de riesgos de CVD (es decir, dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo) y un riesgo estimado de diez años de un evento cardiovascular de diez por ciento (10%) o más.
Evaluación de sífilis (persona no embarazadas y adolescentes)	Evaluación de infección de sífilis en personas asintomáticas, adolescentes no embarazadas y adultos que tienen un mayor riesgo de infección.
Uso y medicación de tabaco: adultos no embarazados	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 U.S. Food & Drug Administration (FDA) por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Evaluación de la tuberculosis: adultos	Prueba de tuberculina para adultos con riesgo de la infección latente por tuberculosis (LTBI).
Consumo de alcohol no saludable: adultos	Se recomienda la detección del consumo de alcohol no saludable en entornos de atención primaria en adultos de dieciocho (18) años o más, incluidas las mujeres embarazadas, y proporcionar a las personas involucradas en conducta riesgosa o peligrosa de consumo de alcohol con intervenciones breves de consejería conductual para reducir el consumo de alcohol no saludable.
Consumo dañino de drogas	Se recomienda la evaluación haciendo preguntas sobre el uso no saludable de drogas en adultos de dieciocho (18) años o más. La evaluación debe implementarse cuando se pueden ofrecer o derivar servicios para un diagnóstico

	preciso, un tratamiento efectivo y una atención adecuada. (La evaluación se refiere a hacer preguntas sobre el uso no saludable de drogas, no a analizar muestras biológicas.)
--	--

Servicios preventivos para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas

Servicio preventivo	Indicación
Prueba de detección de bacteriuria asintomática: personas embarazadas	Evaluación para la detección de bacteriuria asintomática mediante urocultivo en personas embarazadas.
Cáncer relacionado con BRCA: Evaluación del riesgo, asesoramiento genético y Pruebas genéticas	Evaluación y consejería a las mujeres con criterio personal o antecedentes familiares de cáncer de mama, de ovario, de trompas o peritoneal o que tienen ascendencia asociada con mutaciones genéticas de susceptibilidad 1 y 2 (BRCA1 / 2) al cáncer de mama con una herramienta adecuada de evaluación breve del riesgo familiar. Las mujeres con un resultado positivo en la herramienta de evaluación del riesgo deben recibir asesoramiento genético y, si está indicado después del asesoramiento, pruebas genéticas.
Uso de medicamentos preventivos para reducir el riesgo de cáncer de seno	Orientación clínica a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, que le permita decidir junto con su médico si la terapia de medicamentos es adecuada para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico podrá prescribir medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como tamoxifeno, raloxifeno o inhibidores de la aromatasas, para las mujeres de treinta y cinco (35) años o más, que tienen un mayor riesgo de padecer de esta enfermedad y con bajo riesgo de efectos adversos de los medicamentos.
Mamografía de evaluación de cáncer de seno	Evaluación cada uno (1) a dos (2) años para mujeres mayores de cuarenta (40), con o sin examen clínico de senos. Evaluación cada dos (2) años para mujeres de cincuenta (50) años de edad a setenta y cuatro (74) años de edad.
Lactancia	Servicios integrales de apoyo a la lactancia (incluyendo consultas, asesoramiento, educación por parte de los médicos y servicios de apoyo entre pares, y equipos y suministros para la lactancia materna) durante los períodos prenatal, perinatal y posparto para optimizar el inicio y el mantenimiento exitoso de la lactancia materna. El equipo y los suministros para la lactancia materna incluyen, entre otros, máquina eléctrica dobles como opción primaria ante la máquina manual (incluidas las piezas de extraer leche y su mantenimiento) y suministros para el almacenamiento de la leche materna. El equipo para la lactancia materna también puede incluir equipos y suministros según esté clínicamente indicado para apoyar a las madres con dificultades de lactancia y a las que necesitan servicios adicionales. 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 (<i>cotesting</i>) de hrHPV y citología.
Evaluación de infección de clamidia a toda mujer sexualmente activa, incluyendo personas embarazadas	Evaluación de infección por clamidia en todas las mujeres sexualmente activas de veinticuatro (24) años de edad o menores, y en las mujeres de veinticinco (25) años o más que tienen un mayor riesgo de infección.
Métodos anticonceptivos	Orientación, consejería, y suplido de todos los métodos anticonceptivos aprobados, concedidos o autorizados por la FDA, según requerido por ley, incluido aquellos luego del parto y cuidado de seguimiento. 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 para hombre y mujer • esterilización quirúrgica de implantes para las mujeres • varilla implantable • dispositivo intrauterino de cobre • dispositivo intrauterino con progesterona • inyección • diafragma con espermicida • esponja con espermicida • capuchón cervical con espermicida • espermicida Los siguientes métodos se cubrirán por su cubierta de farmacia. El [Formulario de Medicamentos Value] aplicable a esta póliza/este certificado, provee los siguientes: • 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 • condón masculino • espermicida • El listado de anticonceptivos incluye los que figuran actualmente en la guía de control de la natalidad de la FDA y cualquier anticonceptivo adicional aprobado, otorgado o aprobado por la FDA.
Asesoramiento para un peso y aumento de peso saludable en embarazo: Personas Embarazadas	Se ofrece a las personas embarazadas intervenciones eficaces de comportamiento para promover un aumento de peso saludable y prevenir el exceso de peso gestacional en el embarazo.

Violencia de pareja, abuso de personas de edad avanzada y abuso de adultos vulnerables: Evaluación a mujeres en edad reproductiva	Evaluación a mujeres en edad fértil para detectar la violencia de pareja (IPV, por sus siglas en inglés), como la violencia doméstica, y brindar o enviar a las mujeres que dan positivo a los servicios de intervención.
Suplementos de ácido fólico	Recomendación sobre el uso de suplementos de ácido fólico diarios que contengan de cuatro décimas a ocho décimas de miligramos (0.4 a 0.8 mg) o cuatrocientos a ochocientos microgramos (400 a 800 µg) para mujeres que estén planificando o puedan quedar embarazadas. Se requiere orden médica.
Diabetes en el embarazo	Evaluación de la diabetes gestacional mellitus (GDM) en mujeres embarazadas después de las veinticuatro (24), preferiblemente entre las veinticuatro (24 y veintiocho(28) semanas de gestación, para prevenir resultados adversos en el parto Evaluación para detección en mujeres embarazadas con factores de riesgo para diabetes tipo 2 o GDM antes de las 24 semanas de gestación, idealmente en la primera visita prenatal.
Evaluación de infección de gonorrea	Evaluación para la detección de gonorrea en todas las mujeres sexualmente activas de veinticuatro (24) años o menos, y en mujeres de veinticinco (25) años o más que tienen un mayor riesgo de infección.
Virus de la hepatitis B	Evaluación para mujeres embarazadas, en su primera visita prenatal.
Evaluación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): personas embarazadas	Se realizará la prueba a todas las personas embarazadas de la siguiente manera: • Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal • Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación, entre las veintiocho (28) y treinta y cuatro (34) semanas de embarazo • Durante el parto si la embarazada nunca se ha realizado su prueba y se desconoce su estatus de VIH Según la Orden Administrativa Núm. 307 de 14 de agosto de 2013 del Departamento de Salud de Puerto Rico.
Evaluación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Todas las mujeres adolescentes y adultas, a partir de los quince (15) años, deben someterse a una prueba de detección del VIH al menos una vez en su vida. La realización de pruebas de detección más tempranas o adicionales debe basarse en el riesgo, y puede ser apropiado volver a realizar la prueba anualmente o con mayor frecuencia a partir de los trece (13) años para las adolescentes y adultas con mayor riesgo de infección por el VIH. Evaluación del riesgo y educación para la prevención de la infección por el VIH a partir de los trece (13) años y continuando según el riesgo. Se recomienda realizar una prueba de detección del VIH a todas las mujeres embarazadas al inicio de la atención prenatal y volver a realizar la prueba durante el embarazo en función de los factores de riesgo. Se recomienda la realización de pruebas rápidas del VIH a las mujeres embarazadas que se presenten en el parto activo con un estado de VIH no documentado. La evaluación durante el embarazo permite prevenir la transmisión vertical.

Prevención de la obesidad en mujeres de mediana edad	Orientación a las mujeres de mediana edad entre cuarenta (40) y sesenta (60) años con un índice de masa corporal (IMC) normal o con sobrepeso (IMC) (18,5-29,9 kg/m ²) para mantener el peso o limitar el aumento de peso para prevenir la obesidad. El asesoramiento puede incluir una discusión individualizada sobre la alimentación saludable y la actividad física.
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 para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres mayores de sesenta y cinco (65) años.
Intervención y consejería de depresión perinatal	Proveer o referir a intervenciones de consejería personas embarazadas o en estado de postparto que tienen un mayor riesgo de depresión perinatal.
Prevención de la preeclampsia: aspirina para personas embarazadas con alto riesgo de preeclampsia	Suplido de una dosis baja de aspirina (81 mg/d) como medicamento preventivo después de las doce (12) semanas de gestación en personas con alto riesgo de preeclampsia.
Evaluación de preeclampsia	En mujeres embarazadas con medición de la presión arterial durante el embarazo.
Clasificación de grupo sanguíneo – factor Rh (D)	Evaluación del tipo de sangre Rh (D) y de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante la primera consulta prenatal. Asimismo, se 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.
Evaluación de ansiedad	Evaluación para la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas las mujeres embarazadas o en el posparto. Se desconocen los intervalos óptimos de evaluación y se debe utilizar el juicio clínico para determinar la frecuencia de la evaluación. Dada la alta prevalencia de trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y los múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar evaluar a las mujeres que no han sido examinadas recientemente.
Diabetes después del embarazo	Evaluación de diabetes tipo 2 en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG) que actualmente no se encuentren embarazadas y que no hayan sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2. Pruebas iniciales idóneamente, deben ocurrir dentro del primer año posparto y puede realizarse tan pronto como cuatro (4) a seis (6) semanas posparto. Mujeres que no fueron evaluadas durante el primer año posparto o aquellas con resultado inicial negativo debe evaluarse al menos cada tres (3) años durante un mínimo de diez (10) años después del embarazo. Para aquellas con un resultado positivo en la prueba de detección en el posparto temprano período, la prueba debe repetirse al menos seis (6) meses después del parto para confirmar el diagnóstico de diabetes independientemente del tipo de prueba inicial (i.e,

	glucosa plasmática en ayunas, hemoglobina A1C, prueba oral y prueba de tolerancia a la glucosa). La repetición de la prueba también es recomendada para mujeres examinadas con hemoglobina A1C durante los primeros 6 meses posparto, independientemente de si los resultados de la prueba son positivos o negativo porque la prueba de hemoglobina A1C es menos precisa durante los primeros 6 meses posparto.
Evaluación de sífilis: mujeres embarazadas	Evaluación temprana de la infección por sífilis a todas las mujeres embarazadas.
Evaluación de incontinencia urinaria en mujeres	Detección anual 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.
Uso de tabaco: Persona embarazada	Indagación clínica a personas embarazadas sobre uso de tabaco, consejo de dejar el uso de tabaco, y prestación de intervenciones conductuales para detener el uso de tabaco en personas embarazadas.
Visitas preventivas de mujeres también conocido como <i>Well Women Visits</i>	Atención preventiva anual (dependiendo del estado de salud de la mujer, las necesidades de salud y otros factores de riesgo) para mujeres adultas con el fin de obtener los servicios preventivos recomendados y apropiados según su edad y desarrollo, incluyendo atención antes de la concepción y servicios necesarios para la atención prenatal. Estas visitas incluyen los servicios preventivos para mujeres mencionados en esta póliza/este certificado. Si el médico determina que la paciente requiere visitas adicionales, estas van a estar cubiertas con cero (\$0) copago o cero (0%) coaseguro según corresponda.
Prevención del VIH – (<i>Preexposure prophylaxis</i> o PrEP)	Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Los médicos podrán ofrecer profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral para mujeres con alto riesgo de contraer el VIH, referidos por su médico a usar estos medicamentos se aplicará cero (\$0) dólares de copago o cero (0%) por ciento de coaseguro. El asegurado deberá realizarse su examen físico anual, así como las pruebas de VIH que muestren un resultado negativo. Una vez completado, se le provee al asegurado un despacho de noventa (90) días, antes de culminar estos noventa (90) días el asegurado deberá repetir las pruebas de VIH que continúen mostrando un resultado negativo, para continuar el tratamiento. En el caso que el asegurado interrumpa el tratamiento, tendrá hasta dos (2) intentos por año póliza.

Inmunizaciones

Las inmunizaciones, consejería y administración de vacunas recomendadas por el *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) 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 Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), incluyendo las vacunas de seguimiento. Las inmunizaciones estarán cubiertas con cero (\$0) copago o cero (0%) coaseguro. La persona asegurada pagará la cantidad que corresponde a la visita al médico por un servicio ambulatorio. Los servicios de cuidado preventivo a los que se aplican estas condiciones están definidos y descritos en el siguiente enlace: [\[https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits\]](https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits).

Inmunización para niños de acuerdo con el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico	
Hepatitis B (Hep B)	Según indicado en el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico del año vigente de esta póliza/este certificado. 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 (RV)	
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) y (MPS)**	
Influenza	
Human papillomavirus (HPV)*- vacuna para prevenir el 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 Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) del año vigente de esta póliza/este certificado. El asegurado podrá solicitar el itinerario vigente por teléfono en el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al [(787) 281-2800].
Human papillomavirus (HPV)* – vacuna para prevenir el cáncer cervical	
Varicela	
Zoster	
Sarampión, papera y rubeola (MMR)	
Influenza	
Neumococo	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Meningococo**	
COVID 19***	
Dengue****	

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

** Se cubrirá la inmunización para meningitis (MCV4) o la vacuna contra el meningococo según requerida por la OCS (Carta Normativa CN-2011-131-AV).

- *** Se cubrirá la inmunización de COVID-19 para adolescentes mayores de dieciséis (16) años y adultos, según el orden establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y las recomendaciones del *Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)* del *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, y de conformidad con el Artículo 2.050 (C) del CSSPR.
- *** Se cubrirá la vacuna contra el dengue para niños de 9 a 16 años, que viven en zonas endémicas de dengue y tienen confirmación de laboratorio de una infección previa. Pasado los seis meses de la confirmación de infección por dengue se administrará una serie de 3 dosis con intervalos de seis meses de espera entre cada dosis según las recomendaciones del *Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)* y los *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*.

Inmunizaciones adicionales que requieren copagos o coaseguros

Virus respiratorio sincitial (RSV) (conocida como la vacuna Synagis®)	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/este certificado.
---	--

10. Servicios Pediátricos de Dental y Visión

Dental pediátrico	
Servicios dentales cubiertos para menores de veintiún (21) años de edad	Dos (2) exámenes dentales y limpiezas por año póliza (cada seis meses) por asegurado menor de veintiún (21) años. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
	Radiografías de mordida y periapicales, no más de un juego cada tres (3) años por asegurado menor de veintiún (21) años. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
	Tratamiento de fluoruro cubierto como un beneficio fundamental para los asegurados menores de diecinueve (19) años. Aplica copago o coaseguro correspondiente.

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

Si el asegurado decide visitar a un proveedor no participante, se le reembolsará de acuerdo con la cantidad que habría sido pagada si el tratamiento, servicios o abastos hubieran sido brindados por un proveedor participante de MCS Life. La Sección 3: Servicios Cubiertos por Reembolsos, y a la Parte IV de esta póliza/este certificado describen los términos y limitaciones para los reembolsos. Los beneficios de Visión Pediátrica, específicamente los lentes para corrección visual y las monturas para lentes de corrección visual (*frames*) solamente estarán cubiertos a través de la [Red IVISION] según indica la Parte XI de esta póliza/este certificado y no estarán disponibles a través de reembolso.

Sección 2: Otros servicios cubiertos

Aplicará un costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza/este certificado para los siguientes servicios.

Servicios dentales para adultos y niños (adicionales a dental pediátrico)	A. Diagnóstico - Un (1) examen periódico oral cada seis (6) meses (beneficio esencial de salud). - Un (1) juego completo de imágenes radiográficas intraorales (periapicales) y de mordida cada treinta y seis (36) meses (beneficio esencial de salud). B. Preventivo - Dos (2) limpiezas por año póliza, por persona asegurada cada seis (6) meses (beneficio esencial de salud). - Aplicación tópica de fluoruro, cubierta como un beneficio esencial para los asegurados menores de diecinueve (19) años. Dos (2) por año, una (1) cada seis (6) meses. <u>Predeterminación de Beneficios:</u> Los servicios de predeterminación o preautorización estarán sujetos a que los servicios solicitados cumplan con las reglas y limitaciones establecidas en la cubierta para cada uno de los servicios. Al evaluar el plan de tratamiento, MCS Life determinará cuál es su responsabilidad económica por los servicios recomendados por el proveedor y la responsabilidad económica del asegurado para con el proveedor. El plan de tratamiento para el proceso de determinación y/o preautorización debe someterse con imágenes radiográficas periapicales o copias con valor diagnóstico. MCS Life no se hace responsable por servicios facturados previo a la preautorización o posterior a la fecha de expiración, sin que medie una extensión de tiempo. Conforme a la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999, MCS Life cubrirá servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y dentales en los siguientes casos: a. Cuando un pedodoncista, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, con licencia válida de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica.
---	---

	b. Cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales; c. Cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en el hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente; d. Cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica; e. Cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental; f. Cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life y requiere que se provea los siguientes documentos para la evaluación: • El diagnóstico del paciente • La condición médica del paciente • Las razones que justifican que el paciente reciba anestesia general para llevar a cabo el tratamiento dental de acuerdo con los casos presentados anteriormente. MCS Life aprobará o denegará la anestesia dentro de dos (2) días contados a partir de la fecha en que el asegurado someta todos los documentos requeridos.
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 preautorización 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. <u>Lentes</u> • Visión sencilla • Bifocal • Trifocal • Lenticular

	B. <u>Espejuelos (monturas)</u> C. <u>Lentes de contacto regulares o tóricos</u> D. <u>Terapias ortópticas</u> estarán cubiertas hasta la cantidad estipulada en su cubierta. E. <u>Opciones adicionales:</u> • Tratamiento antireflectivo • Lente policarbón • Tratamiento para minimizar los rayazos • Tratamiento para minimizar rayos ultravioletas • Progresivo trifocal • Progresivo bifocal • Lente foto-sensitivo (de transición)
Servicios de ambulancia aérea en Puerto Rico	El servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico estará cubierto de acuerdo con la necesidad médica que se establezca al momento de dar el servicio, a través de proveedores contratados. Aplica copago o coaseguro correspondiente.
Servicios de emergencia en los Estados Unidos	Cubierto. Aplica copago, coaseguro y/o deducible de Servicios de emergencia en EE. UU. Los servicios dentro de los Estados Unidos en caso de emergencia estarán cubiertos como cualquier emergencia a través de la red contratada. Favor de hacer referencia a la Parte XI: Modelo de Acceso a los Servicios, de esta póliza/este certificado, donde se encuentra la información sobre la red contratada para servicios en los Estados Unidos. El asegurado debe presentar su tarjeta del plan para que la facilidad pueda verificar su elegibilidad con MCS Life. En caso de que el proveedor no sea parte de la red contratada se le requiere al asegurado notificar MCS Life en o antes de cuarenta y ocho (48) horas luego de haber recibido los servicios de emergencia para negociar el pago de dichos servicios con la facilidad.
Tratamientos, servicios, equipos y facilidades no disponibles en Puerto Rico (dentro de los Estados Unidos)	Cubierto. Aplica copago, coaseguro y/o deducible al proveedor de Estados Unidos, aplicable al servicio coordinado. Cuando el asegurado no logra identificar un tratamiento, servicio, equipo o facilidad de un beneficio incluido en esta póliza/este certificado dentro de la red de MCS Life, el asegurado deberá comunicarse con MCS Life para identificar un proveedor no participante que pueda brindar el mismo. En el caso que MCS Life no logre encontrarlo en Puerto Rico, los tratamientos, servicios, equipos y facilidades serán coordinados a través de la red contratada dentro de Estados Unidos, como primera opción. Cuando dentro de red de Estados Unidos, el servicio no esté disponible, se identificará un proveedor fuera de la red para brindar el servicio. Los servicios en Estados Unidos bajo este beneficio requieren preautorización y coordinación de Asuntos Clínicos de MCS Life. Los servicios serán pagados de acuerdo con la tarifa usual y acostumbrada a la zona geográfica donde se ofreció el servicio.
Servicios para estudiantes en Estados Unidos	Los siguientes servicios ambulatorios estarán cubiertos a través de red contratada para estudiantes que cursan estudios universitarios a tiempo completo en Estados Unidos: • Visitas a generalistas. Aplica copago o coaseguro correspondiente. • Visitas a especialistas. Aplica copago o coaseguro correspondiente. • Visitas a subespecialistas. Aplica copago o coaseguro correspondiente.

	• Servicios de laboratorio y rayos x. Aplica copago o coaseguro correspondiente. • Procedimientos de diagnósticos especializados. Aplica copago o coaseguro correspondiente. • Servicios de cirugía ambulatoria y la facilidad. Aplica copago o coaseguro correspondiente. Es requerido que el estudiante cumpla con doce (12) créditos o más por semestre para ser elegible a este beneficio. Estudiantes matriculados en cursos en línea “online”, no serán elegibles.
--	---

MCS Life cumple con los siguientes beneficios conforme a leyes federales y/o estatales:

COVID-19	• Conforme a la Ley para Combatir el COVID-19, Ley Núm. 43 de 16 de abril de 2020, se cubrirá todo cuidado médico, estudios, análisis, diagnóstico y tratamientos para combatir el COVID-19, incluyendo hospitalización, libres de costos compartidos, sin pre-autorizaciones ni otros requisitos de manejo médico. El asegurado puede acceder información relacionada al COVID-19, visitando la página web de MCS Life disponible en el siguiente enlace: [https://mcs.com.pr/es/Paginas/Busqueda.aspx?k=COVID%2D19] donde MCS Life provee información relacionada al COVID-19.
Sistema de Braille	Conforme al CSSPR, según enmendado por la Ley Núm. 162 de 30 de diciembre de 2020, MCS Life proveerá al asegurado no vidente la evidencia de su cubierta de esta póliza/este certificado, en sistema de Braille, cuando haya sido solicitado a través del formulario de suscripción.
Detección efectiva del Cáncer de Seno	Estarán cubiertas las mamografías y otras pruebas de diagnóstico y detección de cáncer de seno, según las prácticas aceptables y conforme a la Ley Núm. 10 de 3 de enero de 2020. Además, incluirán criterios para exámenes de evaluación para cáncer de mama a las mujeres que cumplan con los siguientes requisitos: • Una mamografía de referencia, o <i>baseline mammogram</i>, 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 (<i>Breast Imaging Reporting and Data System</i> o BI-RADS), promulgada por el Colegio Americano de Radiología (<i>American College of Radiology</i>); • 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.

Mastectomía y mamoplastía reconstructiva	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de terapia física para terapia de linfedema. MCS Life cubrirá los beneficios de servicios relacionados con una mastectomía para hombres y mujeres, incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones que surjan de una mastectomía, incluyendo linfedemas, conforme a lo requerido por la Ley de los Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (<i>Women's Health and Cancer Rights Act</i> del 1998). Terapia para linfedema y mamoplastía luego de mastectomía requieren preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.
Carta de Derechos de Pacientes con Cáncer y Sobrevivientes de Cáncer	Conforme con la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012 de Pacientes Diagnosticados con Cáncer y Sobrevivientes, MCS Life no rechazará o denegará ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines. La Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012 provee para que sea responsabilidad de los proveedores de servicios de salud, referir a todo asegurado diagnosticado con cáncer a la cubierta catastrófica o especial del plan de cuidado de salud del Gobierno de Puerto Rico. Además, cubre todos los servicios y beneficios preventivos mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno y también estudios, tratamientos y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva postmastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente. De igual forma se cubren exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al cáncer cervical.
Tratamiento, medicamentos y pruebas diagnósticas de cáncer	Cubierto conforme a la Ley Especial para Asegurar el Acceso al Tratamiento y Diagnóstico de los Pacientes de Cáncer en Puerto Rico, conocida como Ley Gabriela Nicole Correa, Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020 (Ley 79-2020). • Todo asegurado tendrá derecho a recibir el tratamiento, medicamentos y pruebas diagnósticas que su médico le recomiende, conforme las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN, por sus siglas en inglés) y/o aprobados por la U.S. Food and Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés), así como los necesarios para atender y minimizar sus efectos adversos, sujeto a las disposiciones de la Ley. También se utilizará el <i>Local Coverage Determinations-LCD from First Coast Service Options, Inc, Medicare Approved Compendia List, National Coverage Determinations Alphabetical Index, Milliman Care Guidelines</i> y las Guías internas de ASES. • Todo asegurado tendrá derecho a recibir una aprobación o denegación de medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas enumeradas en las guías

	de la <i>Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN</i>, por sus siglas en inglés) o de las aprobadas por la <i>U.S. Food and Drug Administration (FDA)</i>, dentro de un término de veinticuatro (24) a setenta y dos (72) horas de recibida la solicitud o dentro del término de veinticuatro (24) horas, de tratarse de un caso marcado urgente o expedito. Disponiéndose que, del plan médico, individual o grupal, no emitir su determinación dentro de dicho término, se entenderá que los medicamentos, tratamientos y/o pruebas diagnósticas fueron aprobadas por el mismo. • Todo asegurado de cáncer tendrá derecho a un médico especializado en oncología, en calidad de proveedor de cuidado primario; siempre y cuando ese profesional de la salud emita su consentimiento a tal designación. • Los derechos bajo la Ley 79-2020 son adicionales a los beneficios bajo la Ley de Pacientes Diagnosticados con Cáncer y Sobrevivientes de Cáncer (Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012). • Todo asegurado tendrá derecho a recibir el tratamiento que su médico le recomiende, sin limitaciones para recibir un tratamiento de mayor efectividad y de vanguardia, disponible en el mercado, en conformidad con la cubierta de esta póliza/este certificado. • MCS Life no discriminará en la interpretación final, ni contendrá normas de interpretación o revisión contrario a lo dispuesto a la Ley 79-2020, con relación a la entrega, tramite, pago o reembolso sobre el costo de servicios de cuidado de la salud, tratamientos, medicamentos o pruebas diagnósticas incluidas como mandatorias y uniformes conforme esta Ley.
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/VIH)	Cubierto como cualquier otra condición y evaluación preventiva conforme a la Ley Núm. 349 del 2 de septiembre del 2000, según enmendada.
Autismo	Conforme a Ley BIDA los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, estarán cubiertos sin límites luego que la necesidad médica haya sido establecida bajo esta póliza/este certificado. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a genética, neurología, inmunología gastroenterología, nutrición, terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas e incluirá visitas médicas y pruebas médicamente necesarias.
Síndrome Down	Los servicios para asegurados con Síndrome Down estarán cubiertos sin límites, desde el nacimiento, conforme a la Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down. 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 para proveer los mecanismos necesarios para una vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años. Los servicios terapéuticos con enfoque remediador deberán incluir, pero no se limitarán a, terapias físicas, terapias del habla, terapias ocupacionales y cualquier otra terapia necesaria recomendada por un profesional de la salud autorizado a ejercer tal profesión en Puerto Rico o los Estados Unidos, en las cantidades y frecuencia prescritas por el profesional o especialista. Aplica copago o coaseguro de acuerdo con el servicio recibido.

Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina	Conforme a la Ley Núm. 139 del 8 de agosto de 2016, MCS Life se cubrirá el Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU), sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines relacionados.
Ciberterapia	Conforme a la Ley Núm. 48 del 29 de abril de 2020, Ley para regular la Ciberterapia en Puerto Rico, MCS Life cubrirá como si fuera un servicio prestado de forma presencial, los servicios por todo profesional de la salud licenciado autorizado a ejercer la práctica de la fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación y terapia educativa en Puerto Rico. El profesional de la salud deberá tener vigente y cumplir con la Certificación expedida por el Departamento de Salud de Puerto Rico y esta estar en vigor..
Ley Factura Sorpresa	Conforme a la Ley Núm. 134 del 12 agosto de 2020, la persona asegurada: • Podrá acceder al portal de internet de MCS Life, donde: - o Estará disponible el listado de proveedores, el cual se actualiza dentro de los veinte (20) días siguientes de incluir o excluir a un proveedor a la red o de recibir notificación del cambio en la afiliación de un médico a una facilidad. - o Estará disponible para referencia ejemplos de costos anticipados para servicios fuera de la red facturados con frecuencia. • Para obtener información sobre el estatus de las redes de su póliza y costos podrá comunicarse al Departamento de Servicio al Cliente de MCS Life al 787-281-2800 (Área Metro) ó al 1-888-758-1616 (Libre de Cargos) los siete (7) días de la semana de 7:30 am a 11:30 pm. • Recibirá una notificación de parte de MCS Life cuando el estatus de un proveedor de servicios médicos dentro de la red cambie a uno fuera de la red, luego de ser autorizado para prestar servicios. Esta notificación la recibirá con al menos treinta (30) días antes de que se realice el servicio autorizado. De lo contrario, la responsabilidad económica de la persona asegurada se limitará a la cantidad que hubiera incurrido como si el proveedor hubiera estado dentro de la red.
Cubierta de albinismo y Síndrome Hermansky - Pudlak	Conforme a la Ley Núm. 109 del 22 de diciembre de 2022, MCS life provee cubierta especial sin que se entienda como una limitación, los siguientes: • Los servicios, pruebas y procedimientos medicamente necesarios de seguimiento por un oftalmólogo o dermatólogo para el manejo de la condición una vez establecido el diagnóstico; • En los casos de Síndrome de Hermansky-Pudlak y Chediak-Higashi, se cubrirán, además los servicios, prueba y procedimientos ofrecidos por un hematólogo; • Medicamentos prescritos por: oftalmólogos, dermatólogos y en los casos del Síndrome de Hermansky-Pudlak, aquellas prescritas por hematólogos, neumólogos para tratar condiciones o complicaciones en el manejo y prevención de complicaciones en esta población; • Lentes y espejuelos especialmente prescritos para protección, prevención y mejora de la visión;

	• Cremas de protección solar específicas para prevención de complicaciones por exposición a los rayos ultravioletas. Estas lociones o cremas tienen que ofrecer al menos un factor de protección solar SPF de 50 o más y proteger contra rayos ultravioletas A y B (UVA y UVB); y • Cualquier otro servicio, tratamiento o medicamento que se entienda pertinente el incluir por esta ley. Además, se cubre el costo de la prueba genética de HPS tipo I, a pacientes recién nacido visiblemente con albinismo.
Tratamiento, Medicamento y Pruebas Diagnosticas de Influenza	Están cubiertos los tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas, aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), para los pacientes que presenten síntomas de influenza.
Cernimiento y diagnóstico de la Hepatitis A, B y C	Ley Núm. 67 de 12 de junio de 2023, estará cubierta una prueba de detección del virus de Hepatitis A, de Hepatitis B y C (VHC) al año, así como la secuencia de pruebas en caso de pruebas de anticuerpos reactivas, como parte de los estudios de rutina de toda evaluación médica; excepto que, para personas con condiciones o exposiciones reconocidas, se deberán cubrir de acuerdo con la frecuencia dispuesta en las recomendaciones vigentes de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, incluyendo una de estas pruebas a personas embarazadas por cada embarazo. El tipo, secuencia y frecuencia de pruebas a cubrirse serán conforme con las recomendaciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. El médico o facultativo informará, por escrito, a toda persona con un diagnóstico positivo los resultados de la prueba y orientará a la persona sobre las opciones de tratamiento para el Virus de Hepatitis A, B, y C, incluyendo terapias con medicamentos con capacidad de curarla, y las posibles consecuencias de no tratar la infección.

Sección 3: Programa MCS Balance

MCS Balance es un programa de incentivo para el bienestar del asegurado basado en su participación voluntaria y es parte de la cubierta básica sin ningún costo adicional a la prima. Para ser elegible, el asegurado debe tener dieciocho (18) años o más y realizarse un *Health Risk Assessment* (HRA), durante el año póliza en uno de nuestros [MCS Care Clubs] o con su médico primario. Es requerido que el HRA esté vigente, para acceder a los siguientes beneficios:

1. Un reembolso mensual de hasta treinta dólares (\$30) por mes hasta un máximo de doce (12) meses para membresía de gimnasio que esté aprobado por el Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico. Cada reembolso de treinta dólares (\$30) se realizará mensualmente, hasta un máximo de doce (12) meses por año póliza. Es requerido que presente el formulario de reembolso de MCS Balance con la evidencia del HRA en uno de los centros de servicios MCS.
2. El asegurado recibirá una (1) indemnización de diez dólares (\$10) cada mes, durante el término de la póliza. La indemnización se pagará una vez sea registrado el HRA, de manera prospectiva, y dentro del término de la cubierta de esta póliza/este certificado. No se proveerá indemnización por periodos previos al registro del HRA. El pago de la indemnización será depositado en la tarjeta [MCS Te Paga]. La cantidad mensual es transferible de mes a mes.

Programa de Asistencia en el Hogar ante cualquier eventualidad de una emergencia las 24 horas del día durante el año póliza. Los servicios de Asistencia en el Hogar se ofrecen a través de la compañía

American Assist Home Services. (AAHS), el cual es administrado por la compañía Addiuvia Inc. Una vez realizado el HRA, el asegurado principal será elegible a los servicios. Con tan sólo una llamada a los teléfonos de American Assist Home Services, el asegurado principal dispondrá de aquellos recursos necesarios para la atención inmediata que consta

3. de los siguientes:

Servicio de cerrajería	Cuando a consecuencia de cualquier hecho accidental, como pérdida, extravío o robo de las llaves, inutilización de la cerradura por intento de hurto u otra causa que impida la apertura del inmueble del asegurado principal o bien que ponga en riesgo la seguridad de la misma, y a solicitud del asegurado principal, se enviará a la mayor brevedad posible un técnico especializado que realizará la asistencia de emergencia necesaria para restablecer el acceso al inmueble y el correcto cierre de la puerta de la vivienda afiliada. El servicio se prestará hasta el límite de trescientos cincuenta dólares (\$350) por evento, máximo cuatro (4) eventos por año. El valor anterior incluye el costo de los materiales, traslado del operario y la mano de obra. En caso de que el costo del servicio de emergencia exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el asegurado principal.
Servicios de plomería	Cuando a consecuencia de una avería súbita (repentina) en las instalaciones fijas de abastecimiento y/o sanitarias propias del inmueble del asegurado principal, se presente alguna rotura o fuga de agua o avería que imposibilite el suministro o evacuación de las aguas, se enviará a la brevedad posible un técnico especializado, que realizará la asistencia de emergencia necesaria para restablecer el servicio. Estos servicios cubren el destape de tuberías, desagües u otras instalaciones fijas propias de la vivienda afiliada, visibles o no visibles, siempre que se encuentren en su interior incluyendo su prolongación hasta la salida del solar o predio residencial. En este caso, los costos de traslado del técnico especializado, materiales y mano de obra que se requieran para realizar la reparación del destape de la tubería, serán por cuenta del proveedor del servicio de la reparación. El presente servicio se prestará hasta el límite de trescientos cincuenta dólares (\$350) por evento, máximo cuatro (4) eventos por año. En caso de que el costo del servicio de emergencia exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el asegurado principal.
Servicios de electricidad	Cuando a consecuencia de una avería súbita e imprevista en las instalaciones eléctricas propias en el interior del inmueble del asegurado principal (casa, apartamento de uso habitacional), que corresponda al domicilio permanente del asegurado principal, se produzca una falta de energía eléctrica en forma total o parcial (corto circuito) se enviará a la mayor brevedad posible un técnico especializado que realizará la asistencia de emergencia necesaria para restablecer el suministro de energía eléctrica, siempre y cuando el estado de las redes lo permitan. Además, reparación o cambio de tableros eléctricos, totalizadores de cuchillas, interruptores, <i>breakers</i>, o fusibles dañados por corto circuito o sobrecarga, únicamente en áreas que pertenezcan a la instalación eléctrica del inmueble domicilio del asegurado principal. El presente servicio se prestará hasta el límite de trescientos cincuenta dólares (\$350) por evento, máximo cuatro (4) eventos por año. El valor anterior incluye el costo de los materiales, traslado del operario y mano de obra. En caso de que el costo del servicio de emergencia

	exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el asegurado principal.																		
Servicios de cristalería	Cuando a consecuencia de un hecho súbito (repentino) e imprevisto se produzca la rotura de alguno de los cristales o puertas de las ventanas que formen parte de las fachadas exteriores del inmueble de uso habitacional del asegurado principal que den hacia la calle y que pongan en riesgo la seguridad de la misma, sus ocupantes, o de terceros, se enviará a la mayor brevedad posible un técnico que realizará la asistencia de emergencia. El presente servicio se prestará hasta el límite de trescientos cincuenta dólares (\$350) por evento, máximo cuatro (4) eventos por año. El valor anterior incluye el costo de los materiales, traslado del operario y la mano de obra. En caso de que el costo del servicio de emergencia exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el asegurado principal.																		
Servicios de conexión técnicos en el hogar	A solicitud del asegurado principal se podrá enviar un profesional a que atienda estos servicios, el costo de estos servicios correrá por cuenta del asegurado principal. Los servicios por conexión serán: plomería, carpintería, ebanistería y lavado de tanques. ALCANCE DEL SERVICIO DE CONEXIÓN EN EL HOGAR: A solicitud del asegurado principal se enviará un especialista a su domicilio, para cotizar cualquier trabajo de reparación, mantenimiento, ampliación, o remodelación que este requiera fuera de cualquier situación de emergencia. En una simple llamada, se le proporcionará al asegurado principal información y coordinará el envío al domicilio de profesionales para cotizar o ejecutar la reparación que se requiera en las siguientes especialidades: <table><tr><td>• Plomería</td><td>• Cristalería</td><td>• Toldos</td></tr><tr><td>• Alfombras</td><td>• Servicios de Limpieza</td><td>• Carpintería</td></tr><tr><td>• Cerrajería</td><td>• Seguridad/Vigilancia</td><td>• Refrigeración</td></tr><tr><td>• Cocineros</td><td>• Fumigación</td><td>• Mudanzas</td></tr><tr><td>• Electricistas</td><td>• Persianas</td><td>• Jardinería</td></tr><tr><td>• Chóferes</td><td>• Albañilería</td><td>• Piscinas</td></tr></table> AAHS coordinará que el especialista presente simultáneamente al asegurado principal y a AAHS el presupuesto y programa de ejecución. Además, analizará y dará sus recomendaciones para que el asegurado principal decida, en definitiva. Una vez el asegurado principal hay/*-a aceptado el presupuesto por escrito asumiendo la totalidad del costo de los trabajos a realizar (mano de obra, materiales, entre otros) se procederá a realizarlo. Durante la ejecución de los trabajos, el asegurado principal podrá dirigirse a AAHS, para señalar cualquier inconformidad o deficiencia con respecto a los servicios prestados.	• Plomería	• Cristalería	• Toldos	• Alfombras	• Servicios de Limpieza	• Carpintería	• Cerrajería	• Seguridad/Vigilancia	• Refrigeración	• Cocineros	• Fumigación	• Mudanzas	• Electricistas	• Persianas	• Jardinería	• Chóferes	• Albañilería	• Piscinas
• Plomería	• Cristalería	• Toldos																	
• Alfombras	• Servicios de Limpieza	• Carpintería																	
• Cerrajería	• Seguridad/Vigilancia	• Refrigeración																	
• Cocineros	• Fumigación	• Mudanzas																	
• Electricistas	• Persianas	• Jardinería																	
• Chóferes	• Albañilería	• Piscinas																	

Estos servicios se ofrecen sin límite de eventos y se atenderán en horarios de oficina de lunes a sábado.

El asegurado principal podrá contactar la compañía American Assist Home Services, Inc. para solicitar alguno de los servicios antes descritos a través de:

Dirección Física
[342 Calle San Luis, Suite 304
San Juan, PR 00920]

Dirección postal
[PMB 520, 1353 Rd. 19
Guaynabo, PR 00920]

Teléfonos
[Tel. 787-625-1584
Fax: 787-781-5836]

Tabla de servicios de Asistencia en el Hogar	
Servicio	Cantidad máxima por servicio
Servicio de cerrajería	\$350 por evento*
Servicios de plomería	\$350 por evento*
Servicios de electricidad	\$350 por evento*
Servicios de cristalería	\$350 por evento*
Servicios de conexión técnicos en el hogar	AAHS no pagará por estos servicios. Serán pagados en su totalidad por el asegurado principal.

* por evento, máximo cuatro (4) eventos por año. Incluye el costo de los materiales, traslado del operario y la mano de obra. En caso de que el costo del servicio de emergencia exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el asegurado principal.

Para efectos de estos servicios, emergencia significa todo acontecimiento que provoque daños materiales a la residencia del asegurado principal, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo cualquier enfermedad) que ocurra durante el año póliza.

Proceso general de solicitud del servicio de Asistencia en el Hogar:

En caso de que un asegurado principal requiera de los servicios contemplados, se procederá de la siguiente forma:

- El asegurado principal que requiera del servicio se comunicará con AAHS a los números telefónicos especificados en la sección de descripción del servicio, inmediatamente después de haber ocurrido la emergencia.
- El asegurado principal solicitará al funcionario de que atienda la llamada respectiva y le proporcionará todos los datos necesarios para identificarlo como asegurado principal, así como la información necesaria para poder prestar el servicio solicitado, tales; como la ubicación exacta de la vivienda; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción del problema que sufre o el tipo de ayuda que precise.
- Queda entendido los servicios contemplados bajo servicios de asistencia en el hogar se prestarán exclusivamente a las viviendas que figuren en el formulario de suscripción de esta póliza/este certificado o cualquier actualización de dirección de residencia asegurado principal registrado en los archivos de MCS Life.

- d. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, AAHS prestará al asegurado principal los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del servicio.

En caso de que el asegurado principal no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, ni MCS Life ni AAHS asumirán responsabilidad o gasto alguno relacionado con la no-prestación de los servicios relacionados con el servicio de asistencia en el hogar.

Sección 4: Servicios cubiertos por reembolso

Aplicará un costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza/este certificado para los siguientes servicios.

A. Servicios elegibles para reembolso en esta póliza/este certificado:

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. Una persona asegurada podrá solicitar cantidades asociadas con un código de procedimiento específico que le permitirá calcular el costo anticipado para servicios fuera de la red. MCS Life proveerá la cantidad permitida que reembolsará, junto con la explicación de la responsabilidad económica de la persona asegurada conforme la metodología antes provista. Cargos inadvertidos e involuntarios fuera de la red no están sujetos a cobro o factura más allá de la responsabilidad económica incurrida bajo los términos del contrato de servicio dentro de la red. Cualquier intento por parte del proveedor de cobrar o facturar deberá ser informado inmediatamente al Departamento de Servicio al Cliente al 787-281-2800 (Área Metro) ó al 1-888-758-1616 (Libre de Cargos) los siete (7) días de la semana de 7:30 am a 11:30 pm. Notificamos del derecho que le asiste a la persona asegurada a comunicarse con la OCS para informar o impugnar un cargo fuera de la red contratada llamando al (787)304-8686, por correo a 361 Calle Calaf, PO Box 195415, San Juan, PR 00919 o visitando la OCS en el Edificio World Plaza, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918.
Servicios de ambulancia terrestre en Puerto Rico y Estados Unidos	El servicio de ambulancia terrestre entre facilidades hospitalarias estará cubierto mediante reembolso a la persona asegurada. La cantidad máxima por reembolsar será de ochenta dólares (\$80) por viaje. Para los servicios de ambulancia terrestre por una emergencia, se pagará el costo total del servicio directamente al proveedor. Este beneficio será cubierto sujeto a que la entidad que provee los servicios esté debidamente autorizada por la Comisión de Servicio Público de Puerto Rico o cualquier agencia reguladora en el área geográfica donde se brinda el servicio. El servicio sólo tendrá cubierta si la persona asegurada cumple con los siguientes requisitos: • Fue transportada por un servicio de ambulancias según descrito en la Parte I de Definiciones bajo "Ambulancia".

	• Sufrió una enfermedad o lesión para la cual no se recomiendan otros tipos de transportación. • O sufrió una emergencia psiquiátrica conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008. • Y fue transportada: - o Desde la residencia o el lugar de la emergencia al hospital o institución de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). - o Entre hospital y hospital o institución de enfermería especializada cuando la institución que transfiere o autoriza el alta no es la apropiada para los servicios cubiertos. - o Desde el hospital a la residencia para pacientes cuya condición de salud no permite el uso de otros medios de transportación. - o Entre instituciones proveedoras de cuidado de salud, incluyendo ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008, según enmendada. Además, el servicio de ambulancia terrestre solo tendrá cubierta si: • 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 (<i>third party liability</i>).
Servicios de visión para adultos y niños (adicionales a visión pediátrica)	Si la persona asegurada incurre en gastos por servicios o suministros que hayan sido recetados por un optómetra y/u oftalmólogo calificado, MCS Life pagará dicha cantidad hasta el máximo de cien dólares (\$100) para los siguientes beneficios: A. Lentes • Visión sencilla • Bifocal • Trifocal • Lenticular B. Espejuelos (monturas) C. Lentes de contacto regulares o tóricos D. Las terapias ortópticas estarán cubiertas mediante reembolso al asegurado de acuerdo con la necesidad médica, hasta la cantidad estipulada en su cubierta. E. Opciones adicionales: • Tratamiento anti-reflectivo • Lente policarbón • Tratamiento para minimizar rayazos • Tratamiento para minimizar rayos ultravioletas • Progresivo trifocal • Progresivo bifocal • lente foto-sensitivo (de transición)

Pr-grama MCS Balance - Membresía de Gimnasio	Consiste en proveerle acceso a reembolso de treinta dólares (\$30) por mes para membresía de gimnasio que esté aprobado por el Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico, hasta un máximo de doce (12) meses. El asegurado deberá presentar evidencia de su <i>Health Risk Assessment</i> (HRA) con vigencia de doce (12) meses o menos al momento de solicitar el reembolso de este beneficio. En caso de que el HRA esté vencido, es requerido que el asegurado complete un nuevo HRA para solicitar el reembolso de este beneficio. Este programa está disponible para todos los asegurados de dieciocho (18) años en adelante. Ver parte III Sección 3.
Cannabis Medicinal	Luego de un periodo de espera de noventa (90) días, MCS Life reembolsará a la persona asegurada el cincuenta por ciento (50%) los siguientes: • Gasto incurrido de obtener su certificación o licencia para uso de cannabis medicinal, en conformidad con la Ley 42 de 2017 y sus reglamentos. • Gastos incurridos en medicamentos de cannabis medicinal. Están cubiertos los productos manufacturados derivados de la flor del cannabis y otros derivados como; concentrados, parchos, comestibles, cápsulas, tinturas, aceite y cremas. La cantidad máxima de este beneficio es de cuatrocientos cincuenta dólares (\$450) por año póliza. El reembolso solo estará disponible para aquellas compras realizadas en los dispensarios de Clínica Verde y sus dispensarios afiliados. Para efectos de esta póliza/este certificado, la flor de cannabis, según definida en esta póliza, queda excluida de este beneficio.

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/este certificado. 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:

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

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

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

Para reembolsos de medicamentos recetados (beneficio de farmacia), solo se considerarán reembolsos bajo las siguientes circunstancias:

- a. El asegurado no tenía la tarjeta del plan. Por ejemplo: la tarjeta nueva no le llegó a tiempo, no tenía su tarjeta al momento de la compra o perdió la tarjeta).
- b. Fue un suplido por concepto de vacaciones. Solo si fue adquirido en territorio de los EE. UU. y no solicitó a tiempo sus suplidos por concepto de viaje, ni visitó una farmacia de nuestra red).
- c. La reclamación fue rechazada por la farmacia. Por ejemplo: la farmacia tuvo problemas técnicos, procesó un NDC incorrecto, la información del paciente que tenía la farmacia no era igual a la que tenía el plan.
- d. Consideración del reclamo para la Coordinación de Beneficios (COB). Por ejemplo, la farmacia no procesó el COB electrónicamente y/o el paciente no informó que tenía más de un seguro médico.
- e. El asegurado compró el medicamento fuera de la red (en farmacia no contratada por MCS Life).

Sección 5: Trasplante de hueso, piel y córnea, órganos y médula ósea

Servicios de trasplante de hueso, piel y córnea

Los servicios de trasplante de hueso, piel y córnea estarán cubiertos sin periodo de espera. Requiere preautorización del departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life. Este servicio no está disponible a través de reembolso. Estos servicios estarán cubiertos solamente a través de facilidades contratadas por MCS Life. Este beneficio estará cubierto al cien por ciento (100%) en instituciones u hospitales pertenecientes a la red de proveedores o con un proveedor con el que MCS Life haya coordinado previamente este servicio para el paciente en particular, según los términos y condiciones que estipula la cubierta. La cubierta de servicios de trasplante de hueso, piel y córnea incluye el cuidado antes y después del procedimiento, incluyendo drogas inmunosupresoras según ordenadas por el médico.

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

Trasplante de órganos y médula ósea

Los servicios de trasplante de órganos y medula ósea estarán cubiertos según las tarifas negociadas con la red de proveedores de Puerto Rico y Estados Unidos hasta un millón de dólares (\$1,000,000) por vida del asegurado.

Este servicio no está disponible a través de reembolso. Para el beneficio de trasplante de órganos y medula ósea tendrá un periodo de espera de noventa (90) días periodo desde la fecha de vigencia de la póliza. Será cubierto siempre y cuando los procedimientos de trasplantes se efectúen en Puerto Rico (como primera opción) o en los Estados Unidos, en instituciones, hospitales o con un proveedor con el cual el departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life haya coordinado previamente el servicio para el asegurado en particular, según los términos

y condiciones que estipula la cubierta. La cubierta de servicios de trasplante de hueso, piel y córnea incluye el cuidado antes y después del procedimiento, incluso drogas inmunosupresoras según ordenadas por el médico.

Este beneficio requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life y está disponible para el asegurado principal, cónyuge del asegurado y los dependientes directos del asegurado.

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

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

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

Trasplante de órganos:

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

Órgano	Cantidad
Corazón	\$ 100,000
Corazón/Pulmón	\$ 125,000
Pulmón	\$ 75,000
Hígado	\$ 75,000
Intestino delgado	\$ 35,000
Páncreas	\$ 50,000
Riñón	\$ 25,000
Páncreas/Riñón	\$ 50,000
Médula ósea alogénica	\$ 100,000
Médula ósea autóloga	\$ 100,000

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

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

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

gastos incurridos por comidas y alojamiento se cubren hasta el beneficio máximo de cien dólares (\$100) diarios por persona. El límite máximo establecido para las comidas y alojamientos es de cinco mil dólares (\$5,000).

Trasplante de médula ósea:

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

Servicios cubiertos:

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

Sección 6: Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida

Aplicará un costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza/este certificado para los siguientes servicios.

El beneficio de tratamiento de la obesidad mórbida requiere un periodo de espera de los primeros doce (12) meses a partir de la fecha de efectividad de la póliza, a menos que un médico certifique que la vida de la persona está en riesgo inminente. Los servicios cubiertos incluyen: cirugía por *bypass* gástrico, banda ajustable o gastrectomía en manga (en procedimientos abiertos o cerrados a través de la laparoscopia). Otras metodologías de cirugías bariátricas están excluidas de esta póliza/este certificado. El asegurado será responsable del coaseguro aplicable a la cirugía además del copago por la admisión al hospital. La facilidad debe contar con la acreditación del *Joint Commission* y una de las siguientes dos entidades: el Colegio Americano de Cirugía o la Asociación Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

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

- Índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35).
- Plan de tratamiento dietético y de cambios de estilos de vida, supervisado por un médico cirujano o cirujano bariátrico previo a la cirugía. Además, el médico deberá indicar el plan dietético utilizado y las razones del fracaso de dicho plan.

- El médico deberá especificar si el paciente padece de condiciones que se agravan con la obesidad mórbida, por ejemplo: enfermedades cardiovasculares o cardiopulmonares, diabetes severa, artritis y apnea del sueño, conforme al Art. 3(c) de la Ley Núm. 212 del 9 de agosto de 2008.
- Una evaluación de especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra) que certifique que el asegurado entiende y está dispuesto a acomodar los cambios en estilos de vida necesarios para el éxito del procedimiento bariátrico.

Las cirugías para la remoción de la piel excesiva (comúnmente conocida como colgajos) no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo.

Sección 7: Programas incluidos como parte de sus beneficios

Aplicará un costo compartido según descrito en la Parte XII de esta póliza/este certificado para los siguientes servicios.

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 (<i>Pranic Healing</i>) 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. Está cubierto un máximo de diez (10) visitas por año póliza, por persona asegurada, con un máximo de dos (2) modalidades por visita. Aplica copago o coaseguro 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 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	Serie de iniciativas y programas que complementan los beneficios básicos de la cubierta. Estos programas están orientados a atender el bienestar general de la persona asegurada, desde la salud física hasta la salud emocional con el fin de ofrecer un plan de salud abarcador. Incluye charlas educativas, sesiones de ejercicios, y orientaciones clínicas, entre otros. Para información sobre los programas disponibles, el asegurado podrá comunicarse con el 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	El paciente deberá pagar el costo por servicio correspondiente a la visita cada vez que acceda a esta plataforma de servicios. La plataforma de MCS Life que ofrece el servicio de telemedicina es MCS Medilínea MD. Provee acceso a visitas virtuales con médicos primarios incluyendo médico de familia, generalista, internista y pediatra, a través de plataforma digital de MCS Medilínea MD. Menores de dieciocho (18) años deben estar acompañados por un adulto al momento de la consulta. Para acceder los servicios de MCS Medilínea MD favor ingresar al siguiente enlace: http://mcs.com.pr/es/Paginas/bienestar/programas-bienestar/MCS-Medilínea-MD.aspx 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 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 de divulgación de historial médico previo a hacer una cita o tener una consulta con un médico del proveedor de MCS Medilínea MD contratado. Niños menores de treinta y seis (36) meses que presenten fiebre deberán ser referidos a su pediatra, a un centro de urgencia o a sala de emergencias. En casos agudos y que el médico entienda que amerita uso de medicamentos de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, se coordinará 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, a un centro de urgencia o a su médico primario. El paciente es responsable de verificar sus documentos de descripción de beneficios y/o el formulario de medicamentos para determinar si MCS cubrirá ciertas recetas.

[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 anuales con cero dólares (\$0) de copago al [MCS Care Club] de preferencia del asegurado: - Primera visita: a. Cuando el <i>Health Risk Assessment</i> (HRA) del asegurado esté vencido o no lo haya completado, podrá completarlo y hacerse una evaluación inicial. El propósito del HRA es para poder identificar posibles condiciones del asegurado y poder continuar el desarrollo de programas de bienestar para la población. b. El médico le hará una serie de recomendaciones de servicios preventivos que estén disponibles en el centro, basadas en el resultado del HRA. Los servicios serán recomendados de acuerdo con los criterios de edad y género establecidos por el <i>United States Preventive Services Task Force</i> (USPSTF). - Segunda visita: El médico discutirá con el asegurado los resultados de pruebas realizadas, y el reporte de perfil personalizado. De ser necesario, el médico hará recomendaciones adicionales, o referidos a otros especialistas según aplique. [MCS Care Club] no se encargará del seguimiento al asegurado en caso de este ser referido a algún otro especialista. En el caso que el asegurado requiera pruebas adicionales debido a su condición o indicación clínica, el centro referirá al asegurado según aplique. Pudiesen aplicar copagos o coaseguros para pruebas o servicios adicionales que no sean parte de los servicios preventivos detallados en esta póliza/este certificado. Este programa está disponible para todos los asegurados de diez y ocho (18) años en adelante.								
Referencias al viajero	Como asegurado de nuestro plan, puede aprovechar los servicios de Referencias al Viajero desde cualquier parte del mundo, mientras viaja por negocios o por placer. Con solo una llamada, puede hablar con los expertos en asistencia las 24 horas del día, los 365 días del año. Los servicios de asistencia durante viaje se ofrecen a través de la compañía American Assist, el cual es administrado por la compañía Addiuvia Inc. Los servicios de referencias al viajero incluyen: <table border="1"> <tbody> <tr> <td> - Transmisión de mensajes de urgencia a través de sus médicos primarios para la creación y envío de recetas médicas. </td><td> - Asistencia en caso de pérdida o robo de documentos y coordinación de transferencias monetarias en caso de emergencia </td></tr> <tr> <td> - Recordatorio de medicamentos e información relevante a su salud </td><td> - En caso de hospitalización, coordinación de vuelos, hoteles y de lo necesario para el traslado de un familiar </td></tr> <tr> <td> - Coordinación de transporte médico por accidente o enfermedad </td><td> - Coordinación de viaje de regreso por fallecimiento de un familiar </td></tr> <tr> <td> - Coordinación de repatriación funeraria </td><td> - Orientación y coordinación de asistencia legal telefónica </td></tr> </tbody> </table>	Transmisión de mensajes de urgencia a través de sus médicos primarios para la creación y envío de recetas médicas.	Asistencia en caso de pérdida o robo de documentos y coordinación de transferencias monetarias en caso de emergencia	Recordatorio de medicamentos e información relevante a su salud	En caso de hospitalización, coordinación de vuelos, hoteles y de lo necesario para el traslado de un familiar	Coordinación de transporte médico por accidente o enfermedad	Coordinación de viaje de regreso por fallecimiento de un familiar	Coordinación de repatriación funeraria	Orientación y coordinación de asistencia legal telefónica
Transmisión de mensajes de urgencia a través de sus médicos primarios para la creación y envío de recetas médicas.	Asistencia en caso de pérdida o robo de documentos y coordinación de transferencias monetarias en caso de emergencia								
Recordatorio de medicamentos e información relevante a su salud	En caso de hospitalización, coordinación de vuelos, hoteles y de lo necesario para el traslado de un familiar								
Coordinación de transporte médico por accidente o enfermedad	Coordinación de viaje de regreso por fallecimiento de un familiar								
Coordinación de repatriación funeraria	Orientación y coordinación de asistencia legal telefónica								

• Orientación sobre la localización de equipaje, en caso de extravío.	• Coordinación de mensajes y conferencia telefónica en caso de emergencia
• Referencia y coordinación médica y odontológica	

Los servicios en caso de emergencia, anteriormente mencionados, solo se prestarán fuera del país de residencia habitual del asegurado. Asimismo, se excluye del servicio cualquier enfermedad, lesión o pérdida producida:

• después de los 120 días consecutivos del viaje	• por hechos y actos de terrorismo, guerra, guerrilla, motín o tumulto popular, etc.
• por un suicidio o intento de suicidio o cualquier lesión que haya sido intencionalmente autoinfligida;	• por hechos y actos de las fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad;
• por un acto de guerra declarado o no;	• por accidentes con energía nuclear radioactiva en el país a donde viaja;
• al participar o practicar en deportes extremos	• cuando el asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto
• por fenómenos naturales extraordinarios	• cuando la persona que solicita el servicio no se identifique como asegurado.

Mientras se encuentre de viaje, para comunicarse a American Assist al 787-705-6460, para solicitar los servicios de referencias al viajero.

PARTE IV: EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA

Sección I: Exclusiones de servicios médicos

Los siguientes servicios no están cubiertos bajo esta póliza/este certificado:

1. Servicios que se presten mientras el seguro de la persona no esté vigente.
2. Servicios que correspondan ser recibidos o cubiertos de acuerdo con las leyes de compensación por accidentes en el trabajo (cubiertos por la CFSE) de planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, por accidentes de automóvil (cubiertos por ACAA), u otra dependencia gubernamental en los Estados Unidos que provea cubierta similar a las provistas por la CFSE o la 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/este certificado.
4. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión de un delito, intento de perpetrar asalto o cualquier ofensa criminal, del incumplimiento de las leyes 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 recobrará a la Administración de Veteranos de los Estados Unidos.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos; o que la persona obtenga o tenga derecho a obtener sin cargos o bajo cualquier plan de gobierno.
6. Gastos o servicios de comodidad personal tales como: habitación privada, excepto en los casos donde el servicio es requerido debido a una necesidad médica según descritos en esta póliza/este certificado; teléfono; televisión; servicios de cuidado custodial; casa de descanso; casa de convalecencia o cuidado a domicilio, a menos que su póliza estipule lo contrario.
7. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina, dentistas o paramédicos, excepto los que estén especificados en su cubierta de beneficios.
8. Servicios que no estén enumerados en la Parte III de esta póliza/este certificado, o que no sean parte de los requisitos provistos en el CSSPR para planes de pequeñas y medianas empresas (PYMES), o no sean requeridos por la OCS, o cualquier otra agencia o entidad que regule la industria de seguros de salud de Puerto Rico, o que no sean requeridos por cualquier ley estatal o federal aplicable que requiera cubrir el servicio.
9. Gastos por servicios de exámenes físicos para fines de certificados médicos o algún otro propósito que no sea preventivo, excepto que de otro modo sean provistos por la Ley Núm. 296 del 1ro de septiembre de 2000.
10. Servicios que no sean médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la *U.S. Food & Drug Administration* (FDA), el *U.S. Department of Health and Human Services* (HHS), el Departamento de Salud de Puerto Rico, o que no estén de acuerdo con la política médica establecida por las entidades autorizadas sobre la salud para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
11. Medicamentos o tratamientos experimentales o drogas con la etiqueta de “Precaución: Limitado por las leyes federales para uso de investigación”. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, que no sean considerados experimentales o investigativos, excepto que sean requeridos por ley estatal o federal. No obstante lo dispuesto en los puntos 10 y 11, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar en un estudio de tratamiento autorizado, según las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a este un beneficio potencial y el médico que refiere al estudio entienda que la participación del paciente es apropiada, o el paciente provea a MCS Life evidencia de que su participación es apropiada, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. No serán gastos médicos rutinarios del paciente los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.
12. Gastos por operaciones, procedimientos, tratamientos o cuidados para corregir defectos de apariencia física y extracción de uñas, excepto una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por una

enfermedad o lesión corporal, un accidente o una cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido.

13. Mamoplastías o reconstrucción plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño, excepto la reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno.
14. Mastectomía subcutánea; incluyendo reconstrucción de areola y pezón, excepto por cáncer del seno, la cual está cubierta en la póliza.
15. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva (comúnmente conocida como colgajos) no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso debido a que afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo, conforme a la Ley Núm. 212 del 9 de agosto de 2008.
16. Tratamientos cosméticos o de embellecimiento, sin excepción.
17. Servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a tratamientos cosméticos o de embellecimiento, la blefaroplastia, 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, Ley para el tratamiento de la obesidad mórbida y el síndrome metabólico con la cirugía bariátrica y la Ley de los Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (*Women's Health and Cancer Rights Act*).
18. Cargos que resulten por alguna enfermedad o lesión corporal surgida de, o en el curso del empleo de la persona asegurada.
19. Cargos por rayos X dentales adicionales a los descritos en esta póliza/este certificado o en la cubierta opcional adquirida por el asegurado.
20. Servicios relacionados al síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
21. Cargos por cuidado dental que no esté incluido en esta póliza/este certificado. Información detallada disponible en la Sección 4: Exclusiones dentales.
22. Cargos por drogas o medicamentos suministrados en visitas médicas que no estén cubiertos en esta póliza/este certificado.
23. Cargos por servicios de termografía ofrecidos u ordenados por quiroprácticos y otros especialistas médicos.
24. Cargos por servicios de tratamientos para la infertilidad o relacionados con la concepción por medios artificiales, como por ejemplo servicios hospitalarios, médicos quirúrgicos y las complicaciones asociadas con estos; así como los medicamentos y hormonas, excepto laboratorios para propósitos diagnósticos.
25. Cargos por servicios de equipo auditivo y/o implante coclear, independientemente de si existe o no justificación médica.
26. Cargos por servicios de terapias ortópticas (terapias visuales), así como los aparatos y artefactos necesarios como parte de las terapias luego de agotar el máximo establecido en la cubierta de visión.
27. Cargos por servicios de plantillas ortopédicas.
28. Cargos por servicios prestados para abortos electivos, incluyendo todos los servicios relacionados.
29. Todo procedimiento cuyo propósito sea restablecer quirúrgicamente la habilidad de procrear o por algún procedimiento que no cubija la condición de infertilidad después que se usen para inducir el embarazo como, por ejemplo, la fertilización in vitro, inyecciones intracitoplásmicas de espermatozoides, transferencias de embriones, fertilización donante.
30. Cargos por pruebas psicométricas. Solo se cubrirán pruebas para condiciones bajo la Ley BIDA, Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012. Los tratamientos para las condiciones de autismo definidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales estarán cubiertos sin límites.
31. Terapias ambulatorias ocupacionales y del habla, y trabajador social, excepto para tratamientos de las condiciones de autismo, según definidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conforme a la Ley BIDA, Ley Núm. 220 aprobada el 4 de septiembre de 2012, mejor conocida como la ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo) y para asegurados con Síndrome Down conforme a la Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down (Ley Núm. 97 del 15 de mayo de 2018). Terapias ambulatorias ocupacionales y del habla también están cubiertas bajo servicios de cuidado de salud en el hogar.
32. Cargos por excesos de los límites establecidos en esta póliza/este certificado.

33. Gastos por vacunas y servicios relacionados que son requeridos por el patrono para obtener o mantener un empleo o seguro, o para un viaje.
34. Exámenes físicos y pruebas de laboratorio para certificados médicos que sean ordenados por el patrono o algún otro propósito que no sea preventivo.
35. Gastos por servicios provistos en clínicas de salud en masa que son ofrecidos y provistos por el patrono a sus empleados, o por terceros.
36. Los servicios de cuidado de la salud en el hogar no incluyen cuidado residencial o custodial, servicios suministrados para conveniencia personal o comodidad como, por ejemplo, tareas domésticas, cuidado de niños y servicio de fiambreras, independientemente de si fue recomendado por un nutricionista o un médico.
37. Servicios de diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios o en facilidades renales, servicios médico-quirúrgicos y complicaciones asociadas; luego de agotar el máximo de noventa (90) días indicados en esta póliza/este certificado.
38. Vacunas contra las alergias.
39. Monitor fetal en oficina médica (correas).
40. Cirugías orales, excepto aquellas que son resultado de un accidente o que estén cubiertas por una cubierta dental opcional.
41. Procedimientos excluidos por esta póliza/este certificado son:
 - pólipo fibro-epitelial
 - eliminación de los *Skin tags*
 - reparación de ptosis
 - *Lasik* y cirugías para corregir defectos refractivos.
 - reconstrucciones totales maxilares o mandibulares, incluyendo remoción de exostosis (mandibular o maxilar).
42. Servicios de anestesia intravenosa o anestesia mediante inhalación administrados por médicos o dentistas en oficina médica, excepto anestесias conforme a la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999.
43. La escisión de granulomas o quistes radiculares que se originen por la infección de la pulpa del diente.
44. Servicios de anestesia epidural durante el parto.
45. Servicios de asistencia quirúrgica en cirugías ambulatorias.
46. Servicios fuera de los Estados Unidos.
47. *Devices* (artefactos, aparatos o prótesis internas y externas), incluso cualquier tipo de implante y bandejas de cirugía que contenga algún componente clasificado bajo este término.
48. Servicios de hospicio.
49. Ambulancia aérea fuera de Puerto Rico.
50. Visitas médicas a domicilio que no sean parte del cuidado de salud en el hogar o tratamiento residencial según están descritos en esta póliza/este certificado.
51. Cámara hiperbárica, excepto para pacientes de autismo, conforme a la Ley Núm. 63 del 19 de julio de 2019.
52. Terapias cardíacas rehabilitativas.
53. Equipo médico duradero que no esté descrito en esta póliza/este certificado, incluso equipo médico hecho a la medida. Queda también excluido el servicio y equipo para Optune.
54. Inmunizaciones que no estén descritas en esta póliza/este certificado o que no sean parte de los requisitos provistos en el CSSPR para planes de pequeñas y medianas empresas (PYMES), o no sean requeridos por la OCS, o cualquier otra agencia o entidad que regule la industria de seguros de salud de Puerto Rico, o que no sean requeridos por cualquier ley federal o local que requiera cubrir el servicio.
55. 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/este certificado.
56. Servicios de *fetal non stress test*, ecocardiograma fetal, y amniocentesis de maduración fetal o genética.
57. Gastos por métodos anticonceptivos para el hombre que no sea vasectomía, según indica esta póliza/este certificado.

58. Servicios de escalenotomía, división del músculo escaleno anterior (anticus) sin resección de la costilla cervical.
59. Servicios de medicina complementaria que no sean brindados por proveedores contratados por el programa MCS Alivia.
60. Gastos después de los primeros treinta (30) días del parto de recién nacidos de las hijas dependientes del asegurado principal.
61. 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 aplicable.
62. Ambulancia marítima.
63. Gastos por tecnología, procedimientos o pruebas diagnósticas nuevas en el mercado durante el año calendario de vigencia de esta póliza/este certificado. El equipo de Asuntos Clínicos de MCS Life evaluará cada nueva tecnología, procedimiento o prueba disponible en el mercado y que será tarifada correctamente en el próximo año calendario, a menos que sean requeridos de inmediato por cualquier ley federal, ley local u ordenada por la OCS.
64. Nuevos beneficios requeridos por ley local aplicable que sean legislados durante el año calendario de vigencia de la póliza o posterior a la aprobación de las tarifas de dicha cubierta, a no ser que su cubierta sea expresamente requerida por la OCS o por la misma ley local, en cuyo caso será cubierta según se disponga por la OCS o la ley.
65. Servicios en Estados Unidos que no sean emergencias o estén disponibles en Puerto Rico. Los servicios no disponibles en Puerto Rico requieren ser coordinados por Asuntos Clínicos de MCS Life.
66. 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.
67. Hospitalización electiva para estudiantes en Estados Unidos o cualquier otro servicio en Estados Unidos que no esté descrito en esta póliza/este certificado.
68. Cubierta a residentes de Estados Unidos.
69. Hormonas de crecimiento.
70. Exclusiones al beneficio de Visión pediátrica :
 - a. Servicios de visión pediátrica para mayores de veintiún (21) años de edad.
 - b. Tintes o terminaciones para lentes, o lentes que no estén especificados en el beneficio de visión pediátrica.
 - c. Lentes de contacto, excepto los descritos en el beneficio.
 - d. Monturas para lentes de corrección visual (*frames*) que no sean parte de la colección contratada.
 - e. Servicios y materiales requeridos como resultado de una reclamación bajo una cubierta de seguro de incapacidad ocupacional (*worker's compensation*) o provista por el plan de seguro médico de la empresa en que trabaja el menor.
 - f. Cualquier servicio, lentes para corrección visual, lentes de contacto, o montura para lentes de corrección visual requerido por el patrono como condición de empleo.
 - g. Cualquier gasto por lentes para corrección visual, lentes de contacto, o montura para lentes de corrección visual fuera de la red de proveedores de visión de MCS Life.
71. Consultas a médicos especialistas o subespecialistas a través de los servicios de MCS Medilínea MD, excepto pediatras, médicos de familia e internistas.
72. Consultas de telemedicina fuera de la red o plataforma contratada a través del servicio de MCS Medilínea MD.
73. Medicamentos administrados por un proveedor en sus facilidades que no son despachados por una farmacia al detal, excepto quimioterapia, radioterapia y medicamentos utilizados para preparación de quimioterapia
74. MCS Life se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado para cubrir bajo el componente médico para quimioterapia, radioterapia y medicamentos utilizados para preparación de quimioterapia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta que

dicho medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacias y Terapéutica de MCS Life 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 *U.S. Food and Drug Administration* (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.

75. Servicios por reembolso que no estén expresamente indicados en la póliza como servicios que tienen derecho a reembolso.
76. Gastos por servicios de abuso de sustancias, hospitalización y ambulatorio, que resulten de la administración de un programa de detección de drogas de un patrono.
77. Gastos por concepto de servicios de medicina deportiva, medicina natural que no esté descrita en esta póliza/este certificado, música terapia, psicoanálisis y rehabilitación cardíaca.
78. Terapia de genes: Cualquier nueva tecnología, tratamiento, medicamento o dispositivo que altere los genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de y medicamentos categorizados como Terapia Celular y Genética.

Sección 2: Exclusiones de medicamentos recetados

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

1. Adquirir un medicamento recetado fuera de las farmacias de Puerto Rico (Internacionales) y farmacias en Estados Unidos.
2. Drogas o medicamentos que estén expresamente excluidos por esta póliza/este certificado.
3. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cubierta de farmacia, independientemente de que contengan la leyenda federal: «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*»:
 - a. Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto que tenga el mismo fin como, por ejemplo, agentes para alopecia o para tratar despigmentación de la piel: *hidroquinona*, *solución de minoxidil (Rogaine)*, *monobenzona*, *dihidroxiacetona*, *Onabotulinumtoxina A*, *eflornitina*, *baricitinib (Olumiant)*, entre otros, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
 - b. Productos de fluoruro para uso dental, excepto para menores hasta la edad de veintiún (21) años.
 - c. Medicamentos para condiciones dermatológicas como pediculosis y escabidas como, por ejemplo, *lindano*, *permetrina*, *crotamitón*, *malatión*, *ivermectina*, *ácido glicólico* y *spinosad*; productos para el tratamiento de la caspa, incluyendo champú (*piritionato de zinc 1%*, *sulfuro de selenio* y *sulfacetamida sódica*), lociones y jabones, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
 - d. Los siguientes medicamentos para el dolor y analgesia: *Nalpbuphine*, *Butorphanol* y *Stadol*, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
 - e. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados para dicho tratamiento como, por ejemplo: *benzfetamina*, *dietilpropión*, *lorcaserina*, *orlistat*, *fendimetrazina*, *fentermina*, *sibutramina*, *naltrexona-bupropión* y *mazindol*, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
 - f. Productos o suplementos dietéticos tales como *Foltx*, *Limbrel*, *Folbalin Plus*, *CH4* y *Cerefolin*, entre otros.
 - g. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad y la fertilidad en todas sus presentaciones tales como *folitropina*, *clomifeno*, *menotropinas*, *urofolitropina*, *ganirelix*, *acetato de cetorelix* e *implantes vaginales de progesterona*, entre otros, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
 - h. Medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil. impotencia tales como *tadalafilo*, *alprostadilo*, *vardefanilo*, *sildefanilo*, *yohimbina* y *avanafilo*, entre otros, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
 - i. Implantes como *goserelina (Zoladex)*, *implante nasal de furoato de mometasona (Sinuva)*, *buprenorfina subdermal (Probuphine)*, *implante intravítreo de dexametasona (Ozurdex)*, *implante intravítreo de fluocinolona acetona (Iluvien, Retisert, Yutiq)*, *implante de condrocitos autólogos cultivados*, *implante de testosterona (Aveed)*,

implante de estradiol (HRT-terapia de reemplazo hormonal), implante transdérmico de etonogestrel (Nexplanon) excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal y cualquier otro que sea aprobado por la FDA.

- j. *Implante intracraneal de carmustina Gliadel®, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal. Su versión inyectable se cubre bajo la cubierta básica.*
- k. *Implantes intratecales tales como poractante alfa (Curosurf®), baclofeno, pentetato de indio (In III Injection), ziconotida (Prialt®), calfactante (Infasurf®) y nusinersen (Spinraza), excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.*
- l. *Dispositivos con hialuronato de sodio, hialuronano e hilano, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.*
- m. *Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos: dara Acthrel Inj., Adenosine Inj., Chirhostim Sol., Cosyntropin Inj., Cushing Syndrome Kit Diag., Cysview Inj., Dipyridamole Inj., Gleolan Sol., Glutol Sol., Histatrol Inj., OC Green Inj., Indigo Carmi Inj., Indocyanine Inj., Isosulfan Inj. Blue, Kinevac Inj., Lexiscan Inj., Macrilen Pak., Metopirone Cap., Pos skin TST Sol Histamin, Pre-pen Inj., Provocholine Sol., R-gene 10 Inj., Secreflo Inj., Sermorelin Inj., Thyrogen Inj., Butorphanol Inj, Cortrosyn Inj., Ic Green Inj., sulfato de bario., diatrizoato., gadodiamida., Gadopentetato., kit de diagnóstico de glucagón., lidocaina., ioversol., manitol., iotalamato., Gadoterato de tecnecio., tirotropina., tropicamida., tuberculina y antígenos, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal. Estos están cubiertos por cubierta médica.*
- n. *Productos utilizados como vitaminas, multivitaminas y suplementos nutricionales para uso oral tales como Lyposyn, Fructosa, L-Carnitina, Triptófano, Cardiovid Plus, Glutamine; niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas c-n calcio,-com-lejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, c-mplejo vitamina B con vitamina C - ácido fólico, flavonoides bioflavonoides), excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal. Las prenatales e inyectables que están cubiertas, así como la dosis de ácido fólico cubierto por disposición de la Ley Federal ACA en la Parte III, sección 9 de Servicios Preventivos.*
- o. *Hormonas de crecimiento, tales como somatropina (Norditropin, Genotropin, Humatrope Nutroprin, Omnitrope, Saizen, Serostim, Zomacton, Tev-tropin), somatrem (Protoprin, Ritropin, etc.) y el acetato de tesamorelina (Egrifta), excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.*
- p. *Productos para el cuidado de heridas tales como: colágeno, silver pad, bálsamos, tribromofenato de bismuto (Xeroform), vendajes o limpiadores de heridas, dimenticona-alantoína, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.*
- q. *Agentes esclerosantes tales como el talco intrapleural (Sclerosal®, Sclerosol®, Steritalc®), etanolamina, polidocanol y tetradecil de sodio, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.*
- r. *Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina natural o alternativa tales como la raíz de valeriana, el muérdago europeo, glucosamina-condroitina-PABA-vit. E y ácido alfalipoico, coenzimas, así como los productos homeopáticos en todas sus presentaciones, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.*
- s. *Se excluyen los siguientes medicamentos especializados con su nombre de marca y genérico, respectivamente, excepto que la cubierta de estos sea requerida por la Ley 79-2020, Ley 275-2012 o alguna otra ley estatal, federal o expresamente requerida por la OCS: Ruconest (CI esterase inhibitor (recomb.) (para Angioedema hereditario, Ataques agudos), HP-Acthar (corticotropin), Darzalex (daratumumab) (para Espondilitis anquilosante, Trastorno del ojo, Eritema multiforme, Exacerbación de la esclerosis múltiple, Espasmo infantil, Síndrome nefrótico, Polimiositis, (Simponi) golimumab, Artritis psoriásica, Artritis reumatoide, Sarcoidosis, Síndrome de Stevens-Johnson, Lupus eritematoso sistémico, Reacción a la transfusión debido a una reacción a la proteína sérica), Emflaza (deflazacort) (para Distrofia muscular de Duchenne), Austedo (deutetranenazine)(para corea – Huntington), Keveyis (dichlorphenamide) (para glaucoma y parálisis periódica), Dupixent (dupilumab)(para Asma, Dermatitis atópica, Esofagitis eosinofílica, Sinusitis), Exondys (eteplirsén) (pdistrofia muscular de duchenne), Gilenya (fingolimod), (Rebif) Interferon Beta-1A (para esclerosis múltiple), Panhematin (hemin) (para porfiria intermitente aguda), Vimpat (lacosamide) (para convulsiones), Orkambi (lumacaftor-ivacaftor)(para fibrosis quística), Impavido (miltefosine)(leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucosa,*

leishmaniasis visceral), Spinraza (nusinersen)(atrofia muscular en la columna), Ocrevus (ocrelizumab)(para esclerosis múltiple), Signifor (pasireotide) (para síndrome de cushing), Cuprimine (penicillamine) (para reumatoide, enfermedad de wilson y cistinuria), Lucentis (ranibizumab intravitreal)(para edema macular por diabetes mellitus), Sandostatin LAR (octreotide)(para acromegalia, respuesta inadecuada o inelegible para cirugía, radiación o mesilato de bromocriptina, síndrome carcinoide, tumor secretor de péptido intestinal vasoactivo, diarrea asociada), Uptravi (selexipag), Sotatercept (para hipertensión arterial pulmonar), Odomzo (soniphosphate)(para hipertensión arterial pulmonar), Imlygic (talimogene laherparepvec) (enfermedad infecciosa bacteriana; Profilaxis: variante de leucemia linfocítica crónica de células B, dermatomiositis, hepatitis A, polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria, crónica, Kawasaki, sarampión; Profilaxis, Neuropatía motora con bloqueo de conducción múltiple, Púrpura trombocitopénica), Xuriden (uridine triacetate)(para Aciduria orótica hereditaria), Stelara (uste) (para enfermedad de crohn (moderada a grave), psoriasis en placas (moderada a grave), artritis psoriásica, activa, colitis ulcerosa (moderada a grave), Givlaari (givosiran) (para deficiencia de porfobilinógeno sintasa), Tepezza (teprotumumab-trbw) (para enfermedad ocular de la tiroides), Zolgensma (onasemnogene abeparvovec-xioi) (para atrofia muscular en la columna), Vyondys 53 (golodirsen)(pdistrofia muscular de duchenne), Abecma (idecabtagene vicleucel) (para mieloma múltiple), Aduhelm (aducanumab), (Leqembi) Lecanemab-irmb, (para enfermedad de alzheimer) , Amondys 45 (Casimersen), Viltistrofia muscular de duchenne), Berinert (human c1-esterase inhibitor) (para angioedema hereditario), Breyanzi (lisocabtagene maraleucel) (para linfoma de células B, grande, recidivante o refractario, después de 2 o más líneas de terapia sistémica), Cerdelga (eliglustat) (para enfermedad de gaucher no neuropática crónica), Cerezyme (imiglucerase) (para enfermedad de gaucher no neuropática, crónica, sintomática), Cynryze (C1 esterase inhibitor [human]) (para Angioedema hereditario, ataques abdominales, faciales o laríngeos, angioedema hereditario; Profilaxis), Elaprase (idursulfase) (para mucopolisacaridosis), Elelyso (taliglucerase alfa) (para enfermedad de Gaucher), Empaveli (pegcetacoplan) (para hemoglobinuria paroxística nocturna), Esbriet (pirfenidone) (para Fibrosis pulmonar idiopática), Evkeeza (evinacumab) (para Hipercolesterolemia familiar), Evrysdi (risdiplam) (para atrofia muscular espinal), Firazyr (icatibant acetate)(para angioedema hereditario), Gonadorelin HCL (gonadorelin) (para hipogonadismo; diagnóstico), Haegarda (c1 esterase inhibitor), C1 esterase inhibitor (Cinryze), ecallantide (Kalbitor) (para angioedema hereditario, ataques abdominales, faciales o laríngeos, angioedema hereditario; profilaxis), Ilaris (canakinumab) (para enfermedad de still de inicio en adultos, síndrome periódico asociado a rinopiririna, deficiencia de mevalonato quinasa, urticaria familiar por frío, fiebre mediterránea familiar, síndrome de fiebre periódica hiper-IgD (HIDS), síndrome de muckle-wells, síndrome de fiebre periódica asociada al receptor TNF (TRAPS) Artritis crónica juvenil de inicio sistémico), Immune globulin (immune globulin (IGIV) (intravenous) (para enfermedad bacteriana; Profilaxis - variante de leucemia linfocítica crónica de células B, Isturisa (osilodrostat) (para hipercortisolismo dependiente de la hipófisis, cuando la cirugía hipofisaria no es una opción o no ha sido curativa), Korsuva (difelikefalin) (prurito asociado a hemodiálisis (moderado a grave) Krystexxa (pegloticase) (para gota refractaria a la terapia convencional) , Laviv (azficel) (para cirugía estética del pliegue nasolabial), Ligelizumab, Livmarli (maralixibat chloride) (para prurito colestasis assoc), Lupkynis (voclosporin) (para nefritis lúpica), Luxturna (voretigene neparvovec-rzyl) (para retiniana) , Maci (product apply in the process of autologous cellularized scaffold) (para células utilizadas para regenerar nuevo cartílago para la articulación de la rodilla), Nexvazyme (avalglucosidase alfa) (para enfermedad de almacenamiento de glucógeno debido a la deficiencia de maltasa ácida, inicio tardío), Nulibry (fosdenopterin hydrobromide) (para deficiencia combinada de la enzima molibdoflavoproteína), Nusinersen (Nusinersen) (para atrofia muscular espinal), Ocaliva (obeticholic acid) (para colangitis biliar primaria), Ofev (nintedanib) (para Fibrosis pulmonar idiopática, Enfermedad pulmonar con esclerosis sistémica, PF-ILD-enfermedad pulmonar intersticial fibrosante progresiva), Orladeyo (berotralstat) (para angioedema hereditario; profilaxis), Oxbryta (voxelotor) (para anemia de células falciformes), Oxlumo (lumasiran) (para hiperoxaluria primaria, tipo I), Phentermine (phentermine) (para control de la obesidad), Ponvory (ponesimod) (para esclerosis múltiple), Rhophylac (Rho D immune globulin) (para Trombocitopenia inmune, isoinmunización de Rhesus que afecta el embarazo, reacción de incompatibilidad Rh), Ruxolitinib (Jakafi), ruxolitinib (Opzelura), (para dermatitis atópica, vitíligo, no ambiental), Ryplazim (plasminogen) (para hipoplasminogenemia), Scenesse (afamelanotide)

(para protoporfiria eritropoyética), Soliris (eculizumab) (para síndrome urémico hemolítico, Atípico, Miastenia gravis, anticuerpo del receptor de antiacetilcolina positivo, trastorno del espectro de neuromielitis óptica, Anticuerpo anticuaporina-4 (AQP4) positivo, hemoglobinuria paroxística nocturna) , Takhzyro (lanadelumab-flyo) (para angioedema hereditario; profilaxis) , Ultomiris (ravulizumab) (para síndrome urémico hemolítico, atípico, miastenia gravis, anticuerpo anti-acetilcolina receptor positivo, Hemoglobinuria paroxística nocturna), Uplizna Enspryng (inebilizumab) (para trastorno del espectro de la neuromielitis óptica) , Vpriv (velaglucerase alfa), alglucerase (Ceredase), Alpha-I proteinase inhibitor (Prolastin-c), (para enfermedad de Gaucher no neuropática crónica), Xyrem (sodium oxybate) (para cataplejía y narcolepsia, somnolencia excesiva), Yescarta (axicabtagene ciloleucel)(para linfoma de células B, linfoma folicular), Zavesca (miglustat) (para enfermedad de gaucher no neuropática crónica (leve a moderada), cabotegravir (Apretude) (Prep en HIV), excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.

4. Drogas o medicamentos que no requieran una receta del médico, excepto insulina, a menos que su cubierta incluya dichos servicios.
5. Agentes inmunizadores (vacunas, toxoides, toxinas) que no estén expresamente cubiertos en la póliza: *rabia, fiebre amarilla, cólera, enfermedad de Lyme, inmunoglobulinas, pagademasa bovina, vacuna estafilocócica (stephage lysate), inmunoglobulina Rho (D)* y sus combinaciones, así como las utilizadas para pruebas de alergia, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal. El asegurado debe referirse a la Parte III, sección 9 de Servicios Preventivos para conocer las inmunizaciones por vacunas que están incluidos en la cubierta médica.
6. Suero biológico, sangre o plasma o sus componentes (tales como *hetastarch 6%/nacl IV, rehomacrodex IV*, albúmina humana y fracciones de proteínas plasmáticas), excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
7. Artefactos o artículos terapéuticos, incluso agujas hipodérmicas (excepto para la administración de insulina), jeringuillas y vestimenta.
8. Drogas recetadas que pueden ser obtenidas libres de costo bajo programas locales, estatales o federales.
9. Drogas y/o tratamientos experimentales, o drogas con la leyenda: “Precaución – limitada por la Ley Federal para usos de investigación”, excepto en el caso de pacientes que padezcan de una condición que amenace su vida y para la cual no exista un tratamiento efectivo, cuando dicho paciente sea elegible para participar en un estudio de tratamiento clínico autorizado de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del paciente le ofrezca a este un beneficio potencial y cumpla con la condición de que el médico que refiera al paciente presente evidencia de que es apropiada su participación en el estudio, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios del paciente” los gastos relacionados con el estudio, o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.
10. Repeticiones de medicamentos que excedan el número especificado por el médico, que excedan el máximo de ciento ochenta (180) días de suplido por receta o despachos posteriores a la fecha de vigencia de la receta, conforme a la Ley de Farmacia de Puerto Rico.
11. Cualquier cantidad de drogas o medicamentos dispensados que excedan un suplido de quince (15) días para medicamentos agudos, o suplido de treinta (30) días para medicamentos de mantenimiento.
12. Drogas anabólicas.
13. Lancetas y tirillas en farmacias.
14. Se excluyen los medicamentos que la FDA ha determinado como uso contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.
15. Los siguientes medicamentos o servicios no estarán cubiertos:
 - a. Los medicamentos que se utilicen en pruebas de investigación y que tengan el patrocinio de los manufactureros o de una entidad gubernamental, así como;
 - b. los medicamentos o servicios suministrados durante pruebas de investigación si el patrocinador de dichas pruebas de investigación provee los medicamentos o servicios sin cobrarle nada a los participantes.

16. MCS Life se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado para incluirlos en su formulario de medicamentos. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta que dicho medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacias y Terapéutica de MCS Life 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 U.S. Food and Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés) en un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En ese término, MCS Life emitirá su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho medicamento nuevo. Incluso, medicamentos nuevos que estén dentro de clasificaciones terapéuticas (categorías) excluidas se considerarán como excluidos.
17. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
18. Anticonceptivos que no sean aprobados por la FDA. Además, no se cubrirán anticonceptivos aprobados por la FDA sin la receta del médico.
19. No están cubiertas recetas de repetición para medicamentos existentes a través del servicio de MCS Medilínea MD.
20. No están cubiertas recetas para mas de un suministro de treinta (30) días a través del servicio de MCS Medilínea MD.
21. No estan cubiertas recetas de medicamentos de mantenimiento y/o *refills* a través del servicio de MCS Medilínea MD.
22. A través del servicio de MCS Medilínea MD, no están cubiertas 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. Para obtener una lista actualizada de sustancias controladas por la DEA, visite: <http://www.dea diversion.usdoj.gov/schedules/>.
23. Terapia de genes: Cualquier nueva tecnología, tratamiento, medicamento o dispositivo que altere los genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de y medicamentos categorizados como Terapia Celular y Genética (ejemplos: brexucabtagene autoleucel (Tecartus), ciltacabtagene autoleucel (Carvykti), excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
24. Para la cubierta del medicamento combinado de *emtricitabina y fumarato de disoproxilo de tenofovir*, (conocido como PrEP), se excluye el medicamento de marca una vez exista un medicamento genérico en el mercado. En dicho caso, esta póliza/este certificado cubrirá el medicamento genérico disponible en el mercado.
25. Las mezclas de dos (2) o más medicamentos separados que se incorporan para hacer un solo producto ó las formulaciones extemporáneas, cuando sea requerido por la Ley 275-2012 y Ley79-2020.
26. Los productos experimentales e investigativos: limitada por la Ley Federal para usos de investigación, excepto el caso de pacientes que padezcan de una condición que amenace su vida. Además, los ensayos clínicos, aparatos, medicamentos experimentales y tratamientos investigativos.
27. Los tratamientos para trombocitopenia púrpura idiopática, Promacta, Nplate, Tavalisse, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
28. Los tratamientos para la esclerosis lateral amiotrófica, Radicava, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
29. Los tratamientos para amiloidosis, Vyndamax, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
30. Los tratamientos para fibrosis pulmonar idiopática, Ofev, Evrysdi, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
31. Los tratamientos para Trasplantes de órganos y tejidos, ciclosporina modificada, tacrolimus, sirolimus, ciclosporina, micofenolato sódico, everolimus, azatioprina, belatacept y basiliximab, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
32. Los compuestos de sangre y sus componentes
33. Los tratamientos para terapia de células, Células autólogas o células alogénicas, Allocord, Clevecord, Ducord, Gintuit, Hemacord, Kymriah, Provenge, StrataGraft, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.

34. Los tratamientos para Antihemofílicos, Advate, Adynovate, Afstyl, Alphanate, Alphanine SD, Alprolix, Benefix, Coagadex, Corifact, Eloctate, Esperoct, Feiba NF, Helixate FS, Hemlibra, Hemofil-M, Humate-P, Idelvion, Ixinity, Jivi, Koate, Kogenate FS, Kovaltry, Mononine, Novoeight, Nuwiq, Profilnine SD, Rebinyn, Recombinate, Rixubis, Sevenfact, Tretten, Vonvendi, Wilate, Xyntha, Solofuse, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal.
35. Los siguientes diagnósticos, tratamientos y medicamentos, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal:
- a. Tinturas histológicas
 - b. Convulsiones, triptanos
 - c. Pre-menopausia, deseo sexual hipoactivo, Addyi, VyleesiIntrahepática familiar progresiva, Bylvay
 - d. Espasmo infantil, Esclerosis Múltiple, Gota, Sarcoidosis, Polimiositis, Síndrome Nefrótico, Artritis, Espondilitis, Esquilosante, Desodenes Visuales y Esclerosis Lateral Amiotrófica, Gel de cortrofina
 - e. Psoriasis de placa/artritis, Cosentyx
 - f. Neuroblastoma, Danyelza
 - g. Diálisis peritoneal, Degarelix acetate Inj.
 - h. Hipercolesterolemia, Eckeeza
 - i. Anemia hemolítica autoinmune, Enjaymo
 - j. Tratamiento post operatorio de Ileus, Entereg
 - k. Proporfiria eritropoyética, Krystexxa, (Gota), artesunate (malaria) Uplinza, Enspryng, (neuromielitis óptica), Oxbryta (Sicle de anemia) Escina.
 - l. Tos crónica, Gefapixant
 - m. Hipercolesterolemia de baja intensidad (LDL-S), Leqvio
 - n. Conservación de órganos antes de trasplante, sodium morruate
 - o. Hematopoyéticos, Mozobil
 - p. Enfermedad de Fabry, Pegunigalsidasa
 - q. Anemia hemolítica, Pyrunkynd
 - r. Migraña, Qulipta
 - s. Infecciones, Recarbrio
 - t. Crohn's y Colitis Ulcerosa, Remicade (aplica a medicamento de marca y biosimilar)
 - u. Enfermedad de injerto contra huésped, Rezurock
 - v. CKD no dependientes (NDD-CKD) y pacientes en diálisis, Roxadustat
 - w. Síndrome Mielodisplásico Ligelizumab, Urticaria crónica, Sabatolimab HR-MDS
 - x. Lupus eritematoso sistémico, Saphnelo
 - y. Tratamiento digital para insomnio crónico, Somryst
 - z. Asma grave no controlada, Tezspire
 - aa. Psoriasis de Placa y psoriasis artrítica, Tremfya
 - bb. Tinturas histológicas
 - cc. Convulsiones, triptanos
 - dd. Edema macular y degeneración macular, Vabysmo
 - ee. Venas varicosas, Viaspan, sodio de tetradecil sulfato, polidicanol
 - ff. Presbicia, Vuity
 - gg. Myastemia Gravis generalizada, Vyvgart
 - hh. Síndrome de Hutchinson-Gilford, Zokinvy
 - ii. Tratamiento para dolor somático post operatorio, Zynrelef
36. Conforme el Artículo 4.070(J) del CSSPR, no se interpretará que bajo el procedimiento de solicitud de excepción médica se podrá solicitar cubierta para un medicamento de receta que esté excluido categóricamente de esta póliza/este certificado.
37. Para efectos de esta póliza/este certificado, la flor de cannabis, según definida en esta póliza/este certificado, no se considera un producto manufacturado derivado y queda excluida del beneficio de cannabis medicinal.

Sección 3: Exclusiones dentales

Los siguientes servicios son considerados como exclusiones generales:

1. Cargos por servicios preventivos y de diagnóstico (excepto los mencionados en esta póliza/este certificado), endodoncia, servicios restaurativos, cirugía oral, periodoncia, prostodoncia y ortodoncia.
2. Servicios provistos para fines estéticos.
3. Cierre de diastema por razones estéticas.
4. Servicios provistos para corregir la dimensión vertical u oclusión.
5. Implantes y prótesis relacionadas a los implantes.
6. Reconstrucciones totales maxilares o mandibulares, incluso la remoción de exostosis (mandibular o maxilar).
7. Puentes fijos junto a uno parcial en el mismo arco para sustituir dientes en áreas posteriores; se considera el parcial solamente.
8. Servicios relacionados al síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ), por sus siglas en inglés).
9. Anestesia intravenosa o anestesia mediante inhalación administrada en la oficina del dentista, excepto las anestесias conforme a la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999.
10. La escisión de granulomas o quistes radiculares que se originen por la infección de la pulpa del diente.
11. Prótesis con propósitos de ferulización permanente para dientes con problemas periodontales.
12. Servicios relacionados a accidentes o enfermedades cubiertas o relacionadas con el Fondo del Seguro del Estado, ACAA, Administración de Veterano, etc.
13. Instrucciones relacionadas a la higiene oral y dietas.
14. Sustituciones de puentes removibles por puentes fijos debido a razones de alergia.
15. Reemplazo de prótesis perdidas.
16. Servicios comenzados antes de que el paciente tuviera la cubierta dental.
17. Servicios de prótesis para sustituir piezas naturales perdidas antes de que el paciente tuviera la cubierta dental.
18. Cargos para corregir anomalías congénitas, excepto por la cubierta de niños recién nacidos, adoptados o colocados para adopción.
19. Cualquier otro servicio no incluido de forma expresa en la cubierta del asegurado.
20. Gastos en exceso a las tarifas contratadas con dentistas participantes de la red de proveedores de MCS Life, menos copago o coaseguro aplicable, para los reembolsos por servicios prestados en Puerto Rico por dentistas no participantes, excepto en casos de emergencia en Puerto Rico y los Estados Unidos, según descritos en la Parte III, Sección I de esta póliza/este certificado.

Sección 4: Exclusiones de visión

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

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

Los siguientes servicios estarán excluidos:

1. Cualquier servicio, tratamiento o procedimiento prestado o incurrido con anterioridad a la fecha de efectividad del acuerdo de la póliza y/o que no haya sido preautorizado por Asuntos Clínicos de MCS Life.
2. Servicios, tratamientos o procedimientos que sean responsabilidad primaria de Medicare.
3. Trasplantes experimentales o investigativos o que no sean de efectividad médica comprobada.
4. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos recibidos sin preautorización de MCS Life. Se excluye *Viaspan* (solución fría de almacenamiento para la conservación de órganos antes de un trasplante).
5. Compra de automóvil o cualquier método de transportación.
6. Alquiler de un automóvil cuando no sea de una compañía de renta de automóviles dedicada formalmente a este negocio. Gastos por gasolina, mantenimiento del automóvil y pagos de estacionamiento.
7. Bebidas alcohólicas, cigarrillos, gastos recreacionales y artículos que no sean alimentos.
8. Artículos personales y productos de limpieza.

Gastos por servicios de transportación, comida y alojamiento, según mencionados en la Parte III, Sección de Servicios Cubiertos, incisos cuatro (4) y cinco (5) de este documento, sin recibo de gastos y/o recibo de compra que especifiquen fecha, lugar de compra, nombre de los artículos.

9. los que compró y precio del artículo.
10. Cargos en exceso de las cantidades establecidas para los beneficios, según se expresan en la Parte III, Sección 4 de esta póliza/este certificado.

Sección 6: Exclusiones y limitaciones de cirugía bariátrica para el tratamiento de la obesidad mórbida

1. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva (comúnmente conocida como colgajos) no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso debido a que afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo.
2. Otras técnicas o metodologías de cirugía bariátrica diferentes al *bypass* gástrico, la banda ajustable o la gastrectomía en manga están excluidas del beneficio.
3. El beneficio de cirugía bariátrica está limitado a los límites territoriales de Puerto Rico. Se excluyen de la cubierta los procedimientos de cirugía bariátrica fuera de Puerto Rico.
4. La cirugía bariátrica está limitada a una (1) de por vida, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada.
5. Los servicios de cirugía bariátrica o de reconstrucción asociados a la cirugía bariátrica sin preautorización de MCS Life están excluidos del beneficio.

PARTE V: PREAUTORIZACIÓN DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICO-HOSPITALARIOS

Las solicitudes de preautorización deben ser gestionadas por un 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 lo establecido bajo la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000.

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

Se sugiere que las solicitudes para 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.

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 PPO]**.

Bajo este modelo el asegurado no necesita un referido de un médico primario para acceder a los servicios de otro médico especialista o subespecialista dentro de cualquiera de las redes aplicables a esta póliza/este certificado. El asegurado tiene acceso directo y libre selección tanto de su médico primario como de su especialista y subespecialista, incluyendo a ginecólogos y pediatras conforme a la ley Núm. 161 de 1 de noviembre de 2010.

Hospitales

Los hospitales contratados para este modelo están clasificados en dos categorías: Nivel 1 y Nivel 2. Cada nivel tiene un copago o coaseguro diferente. Los hospitales contratados están incluidos en el **[Directorio de Proveedores 8]** aplicable a esta póliza/este certificado. La categoría (nivel) para cada hospital contratado estará clasificada en el **[Directorio de Proveedores 8]**. Durante el año póliza, puede haber cambios en la composición de las categorías de hospitales, manteniendo la distinción entre Nivel 1 y Nivel 2. Para información sobre copagos o coaseguros para cada nivel, la Parte XII de esta póliza/este certificado provee los detalles.

Laboratorios

[Red Especial de Laboratorios]: Red de laboratorios clínicos contratados para proveer el beneficio de laboratorios de esta póliza/este certificado. Aplica copago o coaseguro correspondiente. El asegurado debe referirse a su **[Directorio de Proveedores 8]** para conocer los laboratorios de la red especial.

Farmacia

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

Visión pediátrica

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

Red contratada en Estados Unidos

[UnitedHealthcare]: Red de proveedores contratada para brindar servicios en los Estados Unidos. Para obtener detalles de los proveedores dentro de esta red, la persona asegurada deberá visitar **[www.welcometouhc.com/us1]** o llamar al Centro de Asistencia para localizar un Proveedor al **[1-877-563-9016]**.

PARTE XII: TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

[

	Cubierta Metálica: [BRONZE, SILVER, GOLD] Plan [6110, 6130, 7110, 7130, 8110, 8130]
Deducible y gasto máximo de bolsillo (MOOP)	
Deducible anual para beneficios médicos	
Individual	
Familiar	
Deducible anual para medicamentos recetados (farmacia)	
Individual	
Familiar	
Deducible anual para hospital	
Individual	
Familiar	
Gasto máximo del bolsillo (MOOP) para beneficios médicos y medicamentos recetados	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
Beneficios esenciales de salud	
Servicios de emergencia	
Accidente	
Enfermedad	
Servicios de urgencia	
Centro de urgencia	
Hospitalización	
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 1	
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 2	
Hospitalización parcial	
Facilidad de enfermería especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	
Asistencia quirúrgica en hospital	
Servicios ambulatorios	
Generalista, médico de familia, psiquiatras, psicólogos, pediatra y nutricionista (VIP)	
Generalista, médico de familia, psiquiatras, psicólogos, pediatra y nutricionista (PPO)	
Especialista (VIP) incluye:, podiatras, quiroprácticos (primera visita), audiólogos y optómetras	
Especialista (PPO) incluyendo: podiatras, quiroprácticos (primera visita), audiólogos y optómetras	
Subespecialista (VIP)	

Subespecialista (PPO)	
Doctores en Naturopatía	
Facilidad ambulatoria	
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina medica	
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	
Procedimientos endoscópicos	
Quimioterapia, radioterapia y medicamentos para preparación de quimioterapia	
Diálisis y hemodiálisis	
Servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico duradero	
Terapia física (incluye terapia respiratoria ambulatoria y manipulaciones de quiroprácticos)	
Cuidado de salud en el hogar (<i>Home Health Care</i>)	
Equipo médico duradero (DME)	
Salud mental	
Terapia de grupo	
Visitas colaterales	
Medicamentos recetados (Farmacia)	
Primer nivel de cubierta (cantidad para aplicar copagos o coaseguros de primer nivel)	
Segundo nivel de cubierta (luego de agotado el primer nivel de farmacia)	
Genérico preferido (primer nivel)	
Genérico no-preferido (primer nivel)	
Marca preferida (primer nivel)	
Marca no-preferida (primer nivel)	
Medicamentos especializados preferidos (primer nivel)	
Medicamentos no-preferidos especializados (primer nivel)	
Medicamentos fuera del recetario (<i>OTC</i>) – (primer nivel)	
Programa de medicamentos por correo	
Genérico preferido (primer nivel)	
Genérico no preferido (primer nivel)	
Marca preferida (primer nivel)	
Marca no preferida (primer nivel)	
Medicamentos a 90 días al detal (<i>Retail 90</i>)	
Genérico preferido (primer nivel)	
Genérico no preferido (primer nivel)	
Marca preferida (primer nivel)	
Marca no preferida (primer nivel)	
Servicios de laboratorios y rayos X	
Laboratorio	
Rayos X (incluye medicina nuclear, pruebas diagnósticas cardiacas (<i>Stress test, Echo Cardio</i> , y otras)	
Pruebas especializadas (<i>CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT</i>)	
Pruebas moleculares y/o genéticas	
Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas	

Servicios preventivos (incluyendo los de mujer y autismo)	
Inmunizaciones preventivas (vacunas)	
Inmunizaciones para Virus Respiratorio Sincitial (vacuna)	
Servicios de Dental y Visión Pediátrica	
Dental Pediátrico	
Visión Pediátrica (Lentes de corrección visual o monturas (frames) para lentes de corrección visual)	
Otros servicios cubiertos	
Examen de refracción (adultos y niños)	
Ambulancia aérea en Puerto Rico	
Servicios de emergencia en los EE.UU.	
Servicios y tratamientos preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en los EE.UU.)	
Estudiantes en Estados Unidos	
Autismo y Síndrome Down (tratamientos para las condiciones de autismo y síndrome Down)	
Exámenes neurológicos	
Exámenes neurológicos (<i>Pruebas especializadas: CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT</i>)	
Pruebas genéticas	
Terapia ocupacional/ Terapia del habla y lenguaje	
Visitas al psiquiatra y psicólogo (sólo para autismo) (VIP)	
Visitas al psiquiatra y psicólogo (sólo para autismo) (PPO)	
Trabajador social (sólo para autismo)	
Nutricionista (VIP)	
Nutricionista (PPO)	
Trabajador social (sólo para autismo) (VIP)	
Trabajador social (sólo para autismo) (PPO)	
Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida	
Procedimiento de cirugía bariátrica	
Programas incluidos como parte de sus beneficios	
MCS Alivia	
MCS Medilínea MD	
Cubierta dental (adicionales a Dental Pediátrico)	
Diagnóstico y preventivo	
Cubierta de visión (adicionales a Visión Pediátrica)	
[Cubierta de \$100 por año póliza por asegurado para servicios de visión]	

]

NOTIFICACIÓN ANTIFRAUDE

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

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



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

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