MCS LIFE INSURANCE COMPANY
San Juan, Puerto Rico

MCS Plaza
255 Avenida Ponce de León
Suite 105
San Juan, PR 00917-1919

ENDOSO A LA PÓLIZA MCS 08/15 REV. 09/16
Fecha de efectividad: 1 de septiembre de 2016
AUTORIDAD DE LOS PUERTOS DE PUERTO RICO
79-870121

Este endoso forma parte y se adhiere a la póliza grupal MCS y el mismo se emite en consideración al pago por adelantado de las primas correspondientes y está sujeto a los términos y condiciones de la póliza, que no estén en conflicto con los términos y condiciones del endoso.

Mediante este endoso se hace constar que la póliza grupal MCS 08/15 Rev. 09/16 permanece vigente por un año póliza adicional, con los siguientes cambios:

A. PARTE III – BENEFICIOS CUBIERTOS

SECCIÓN 1: BENEFICIOS DE HOSPITAL, SERVICIOS MÉDICOS EN EL HOSPITAL Y AMBULATORIOS

Se modifica los siguientes beneficios para que lean como sigue:

- **Tomografía Computadorizada (CT Scan)**-Cubierto hasta un (1) servicio de cada uno por año póliza, por asegurado. Aplica coaseguro correspondiente. No requiere pre certificación.

- **PET SCAN** –Cubierto. Requiere pre certificación de MCS. El asegurado será responsable por pagar la cantidad estipulada en la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles que se presenta en esta póliza.

- **Imagen de Resonancia Magnética (MRI)** -Cubierto hasta un (1) servicio de cada uno por año póliza, por asegurado. Aplica coaseguro correspondiente. No requiere pre certificación.

- **Angiograma de Resonancia Magnética (MRA)** -Cubierto hasta un (1) servicio de cada uno por año póliza, por asegurado. Aplica coaseguro correspondiente. No requiere pre certificación.

- **Sonogramas** -Cubierto hasta un (1) servicio por región anatómica, por año póliza, por asegurado. Aplica coaseguro correspondiente. No requiere pre certificación.

- **SPECT** -Cubierto hasta un (1) servicio por región anatómica, por año póliza, por asegurado. Aplica coaseguro correspondiente

- **Polisomnografía (Estudio del Sueño)**-MCS pagará la tarifa establecida con las facilidades contratadas que proveen estos servicios. El asegurado es responsable de pagar la cantidad estipulada en la "Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros" que se presenta en esta póliza. Los servicios están limitados a una (1) prueba de cada tipo de por vida.

- **Quimioterapia y Radioterapia**- Los servicios por procedimientos de quimioterapia y radioterapia administrados en la oficina médica o facilidad médica requieren copago o coaseguro correspondiente. Según las disposiciones de la ley Núm. 107 del año 2012, MCS Life cubrirá los medicamentos en contra del cáncer en sus varios métodos de administración: por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía intratecal; esto según la orden médica del especialista u oncólogo. Aplica copago o coaseguro de oficina médica o facilidad ambulatoria.

- **Litotricia** –Cubierto. Aplica coaseguro por Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos más el copago de cirugía ambulatoria. No requiere precertificación.

- **Ecocardiograma**- Cubierto. Aplica coaseguro correspondiente. No requiere preautorización.

- **Electrocardiograma**- Cubierto. Aplica coaseguro correspondiente. No requiere preautorización.

- **Electroencefalograma**- Cubierto. Aplica coaseguro correspondiente. No requiere preautorización.

- **Estudios Periféricos Cerebrovasculares**- Cubierto. Aplica coaseguro correspondiente. No requiere preautorización.

- **Holter**- Cubierto. Aplica coaseguro correspondiente. No requiere preautorización.

- **Medicina Nuclear**- Cubierto. Aplica coaseguro de rayos x. No requiere preautorización.

- **Mielografía**- Cubierto. Aplica coaseguro correspondiente. No requiere preautorización.

- **Pruebas Audiológicas**- Cubierto en oficina de audiólogo. Aplica coaseguro de laboratorios.

- **Stress Test**- Cubierto. Aplica coaseguro correspondiente. No requiere preautorización.

B. Farmacia

- Se elimina el límite en la cubierta de farmacia.

C. PARTE XII- TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Modelo de Acceso: Red de Proveedores Preferidos (PPO)

Fecha de Efectividad: 1 de septiembre hasta 30 de septiembre de 2016

BENEFICIOS	COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES
Servicios de Laboratorio	20%
Servicios de Rayos X	20%
Radioterapia	25%
Procedimientos Diagnósticos	
CT Scan	20%
PET SCAN	20%
MRI	20%
MRA	20%
Sonogramas	20%
SPECT	20%
Polisomnografía	20%
Litotricia	20%
Ecocardiograma	20%
Electrocardiograma	20%
Electroencefalograma	20%
Estudios Periféricos Cerebrovasculares	20%
Holter	20%
Medicina Nuclear	20%
Mielografía	20%
Pruebas Audiológicas	20%
Stress Test	20%
Otros Servicios:	
Servicios Endoscópicos	30%

A partir 1 de octubre de 2016:	
BENEFICIOS	**COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**
Hospitalización	$50.00
Facilidad de Cirugía Ambulatoria	$50.00
Servicios de Laboratorio	15%
Servicios de Rayos X	15%
Radioterapia	25%
Procedimientos Diagnósticos	
CT Scan	15%
PET SCAN	15%
MRI	15%
MRA	15%
Sonogramas	15%
SPECT	15%
Polisomnografía	15%
Litotricia	15%
Ecocardiograma	15%
Electrocardiograma	15%
Electroencefalograma	15%
Estudios Periféricos Cerebrovasculares	15%
Holter	15%
Medicina Nuclear	15%
Mielografía	15%
Pruebas Audiológicas	15%
Stress Test	15%
Otros Servicios:	
Servicios Endoscópicos	30%

Todos los demás beneficios, términos y condiciones permanecen inalterados.

MCS Life MCS LIFE INSURANCE COMPANY
San Juan, Puerto Rico
MCS Plaza 255 Avenida Ponce de León
San Juan, PR 00917-1919

Endoso Sistema de Querellas y Apelaciones

PLANES GRUPALES

12/2011, Rev. 5/2012, Rev. 9/2014

Este endoso sustituye cualquier endoso referente al sistema de querellas y apelaciones de MCS Life.

Este endoso forma parte de la póliza a la cual se adhiere y el mismo está sujeto a los términos y condiciones de la póliza, que no estén en conflicto con los términos y condiciones del endoso.

MCS implementará un sistema de querellas interno que provea procedimientos adecuados y razonables para la pronta resolución de querellas relacionadas con las determinaciones sobre cubiertas y reclamaciones de asegurados en cumplimiento con Acta de Protección y Cuidado Médico Asequible "Patient Protection and Affordable Care Act" (P.L. 111-148). En conformidad con la Ley se modifica el Sistema de Querellas y Apelaciones para las pólizas individuales según descrito en este endoso.

DEFINICIONES

Apelación: Solicitud de revisión del resultado de una determinación de beneficios adversa o del resultado de la investigación de una querella.

Apelación expedita: Solicitud de revisión del resultado de una determinación de beneficio adversa presentada por un asegurado o su médico cuando la espera por el proceso regular pueda poner en riesgo la vida, salud o la habilidad del asegurado para recuperarse al máximo.

Apelación interna: Solicitud de revisión de la determinación de beneficios adversa o del resultado de la investigación de una querella ante el Plan o la entidad aseguradora.

Apelación externa: Solicitud de revisión de una determinación de beneficio adversa o de la apelación interna ante una entidad externa e independiente que cumpla con los requisitos que el Comisionado de Seguros de Puerto Rico establezca y según dispuesto en la Sección 1001 *Patient Protection and Affordable Care Act 75 Fed. Reg. 43330-43364 (July 23, 2010).*

Determinación de beneficio adversa:

1. Una determinación hecha por una organización de seguros de salud o asegurador, o

una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa;

2. La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta o asegurado de participar en el plan médico; o

3. La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.

Necesidad Médica: Un cuidado, servicio o suministro que es ampliamente aceptado por la profesión médica como efectivo, apropiado y esencial para diagnosticar y tratar una enfermedad o lesión y que: (1) Está fundamentado en normas de cuidado de salud generalmente reconocidas o aceptadas y sean apropiados para los síntomas, diagnóstico y tratamientos de una lesión, condición o enfermedad y para el cuidado directo del paciente que padece de ellas, según la interpretación de la División de Asuntos Clínicos de MCS Life, (2) Se provee de acuerdo a los estándares de la buena práctica de la medicina y está ampliamente aceptado por la profesión médica como efectivo, apropiado y esencial en el diagnóstico de, o tratamiento de una enfermedad o lesión y (3) No se provee primordialmente por la conveniencia de la persona asegurada, médico o facilidad.

Queja: Planteamiento de insatisfacción presentado por un asegurado que se pueda resolver con una orientación, gestión o intervención corta, según corresponda.

Querella: Una queja escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por una persona cubierta o a nombre de éste, con respecto a: (1) La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización; (2) El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o (3) Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o asegurado y MCS Life.

Reclamaciones (apelaciones) preservicio urgentes: Reclamaciones (con excepción de las reclamaciones post servicio) para las cuales la aplicación de los periodos de tiempo para cuidados no urgentes podría poner en peligro la vida o la salud del paciente o la habilidad del paciente para recobrar la función máxima o, según el juicio del médico, sometería al paciente a un dolor severo que no puede ser manejado adecuadamente de otra manera.

Reclamaciones (apelaciones) preservicio no urgentes: Reclamaciones para la aprobación de un beneficio si se requiere que se obtenga la aprobación antes de que el paciente reciba el cuidado de salud (por ejemplo, las reclamaciones relacionadas a requisitos de pre autorización o referidos).

Reclamaciones (apelaciones) postservicio: son reclamaciones relacionadas al pago o reembolso de costos por cuidados de la salud que ya han sido prestados.

Organización de revisión independiente: significa la entidad que realiza una revisión externa independiente de una determinación adversa, hecha por MCS Life.

SISTEMA DE QUERELLAS Y APELACIONES

El asegurado tiene derecho a someter una querella y apelación de acuerdo a la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 161 de 1 de noviembre de 2010 para enmendar los Artículos 2 y 7 de la Ley 194 de 2000 y de acuerdo al *Patient Protection and Affordable Care Act 75 Fed. Reg. 43330-43364 (July 23, 2010).*

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

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

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

Además, los siguientes:

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

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

Procedimiento

Disponibilidad de asistencia para radicación de quejas, querellas, apelaciones y su proceso:

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

- Línea TTY/TDD: 1-866-627-8182
- Lenguaje de Señas y/o Intérpretes en Idiomas Extranjeros o Servicios de Traducción Escrita
- Cintas de Audio
- Braille

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

Radicación de Quejas

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

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

- Asuntos de Elegibilidad: preguntas relacionadas a la elegibilidad del asegurado en el plan. Incluye validaciones de los archivos electrónicos que se intercambian con los socios de negocio, tales como Administradores del Beneficio de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés), entre otros.
- Peticiones de estatus de solicitudes, tales como: pre autorizaciones, registro de

condiciones especiales, aprobaciones de medicamentos, entre otros.

- Orientaciones en general sobre el plan.
- Asistencia en coordinaciones de cita y búsqueda de proveedores participantes.

Radicación de Querellas

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

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

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

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

Investigación, Resolución y Notificación de la Querella

El asegurado tiene derecho a presentar a MCS Life una querella. MCS Life evaluará y resolverá la querella tan rápido como la condición médica del asegurado lo requiera, pero no excederá de treinta (30) días calendarios a partir del recibo de la querella.

El Especialista de Querellas y Apelaciones iniciará la investigación con las partes involucradas. Analizará toda la documentación del expediente. Se comunicará con las partes para escuchar ambos planteamientos y recopilará toda evidencia necesaria para tomar una determinación.

MCS le proveerá al asegurado dentro de tres días laborables del recibo de su querella el nombre, la dirección y el número telefónico de las personas designadas para realizar la revisión de su querella. El asegurado tiene derecho a presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella. Las personas designadas no serán las personas que manejaron al asunto objeto de la querella.

El Especialista de Querellas y Apelaciones emitirá la resolución escrita en o antes de treinta (30) días calendarios a partir del recibo de la querella. Dicha notificación incluirá:

- Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de la querella (los revisores);
- Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;
- La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica para que el asegurado pueda responder a los planteamientos de MCS Life;
- Referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación;
- Una notificación del derecho que asiste al asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.

Confidencialidad

Todos los documentos e información relacionada de los casos de querellas son considerados información protegida de salud y serán tratados de acuerdo a las regulaciones de HIPAA y otras leyes aplicables del Estado Libre Asociado de PR.

Radicación de Apelaciones

Apelaciones Internas

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

Una apelación puede ser radicada de forma escrita (o verbal si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente) a través de:

- Visita a los Centros de Servicios de MCS Life: El asegurado puede visitar el Centro de Servicios de MCS Life más cercano para presentar su caso mediante carta y/o

completando el Formulario de Apelación.

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

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

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

  - Oficina del Procurador de la Salud: El asegurado puede visitar las oficinas de servicio del Procurador de la Salud alrededor de la isla o su oficina central localizada 1215 Ave. Ponce de León, Parada 18, San Juan, Puerto Rico, llamando al 787 977-1100 o libre de costo al 1-800-981-0031 o por internet accediendo su página www.ops.pr.gov conforme a las disposiciones de la Carta de Derechos del Paciente y la Ley Núm. 161 del 1ro. de noviembre de 2010.
  - Oficina del Comisionado de Seguros: El asegurado puede contactar a la Oficina del Comisionado de Seguros por teléfono al 787-304-8686 y por facsímil al 787-273-6082; visitando sus oficinas localizadas en el Edificio Gam Tower, Calle Tabonuco, Suite 400, San Patricio, Guaynabo, Puerto Rico, o accediendo al portal cibernético de la OCS mediante el siguiente enlace: www.ocs.gobierno.pr.

Investigación, Resolución y Notificación de la Apelación

MCS Life evaluará y resolverá la apelación tan rápido como la condición médica del asegurado lo requiera tomando en consideración las exigencias médicas y conforme a al tipo de reclamación:

- Apelaciones relacionadas a reclamaciones de preservicio urgentes-MCS Life trabajará su apelación y deberá responder sus alegaciones en un término no mayor cuarenta y ocho (48) horas a partir del recibo de la apelación en situaciones expeditas.
- Apelaciones relacionadas a reclamaciones pre servicio no urgentes- MCS Life trabajará su apelación y deberá responder sus alegaciones en un término no mayor de quince (15) días calendario a partir del recibo de la apelación en situaciones estándar.
- Apelaciones relacionadas a reclamaciones post servicio- MCS Life trabajará su apelación en un periodo de tiemplo razonable apropiado para las circunstancias

médicas, pero nunca más tarde de treinta (30) días calendarios a partir del recibo de la apelación.

Al llevar a cabo una revisión, los revisores tomarán en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como cualquier información relacionada a la solicitud de revisión, independientemente de que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.

MCS Life designará uno o varios homólogos clínicos de la misma especialidad, o especialidad similar a los profesionales de la salud que, normalmente manejarían el caso para el cual se hizo dicha determinación adversa que no haya estado involucrado previamente en la toma de decisiones o nivel de revisión. Cuando la denegación inicial haya sido basada en falta de necesidad médica, la apelación será evaluada por un profesional de la salud con la experiencia clínica apropiada para tratar la condición o enfermedad del asegurado.

Una vez se haya evaluado los documentos recibidos con la petición, se determinará si se requiere información adicional. MCS Life proveerá al asegurado o a su representante personal la oportunidad razonable de someter evidencia y alegaciones de ley o de hecho, en persona como por escrito. En el caso de apelaciones expeditas, esta oportunidad estará limitada debido al tiempo de resolución disponible en este tipo de apelación (en o antes de veinte y cuatro (24) horas).

Si MCS entiende que la apelación no contiene toda la información necesaria para hacer una determinación, le indicará claramente al asegurado las razones por las cuales considera que no puede tramitar la apelación, indicando los documentos o información adicional que deberá someter.

El asegurado podrá antes y durante el proceso de investigación y resolución examinar el expediente de la apelación (expedientes médicos, nueva evidencia a considerar, identificación de expertos médicos y vocacionales consultados y cualquier otro documento relacionado a la reclamación), así como solicitar copia de estos documentos libre de costo, sujeto a aquellas excepciones o limitaciones impuestas bajo las leyes aplicables en torno a información confidencial o privilegiada.

El Especialista de Querellas y Apelaciones emitirá la resolución escrita en o antes de los términos establecidos de acuerdo a la categoría de la apelación. Dicha notificación incluirá:

- Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);
- Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la apelación;
- La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica para que el asegurado pueda responder a los planteamientos de MCS Life;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación;

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

  En el caso de que MCS Life, luego de realizar la revisión de apelación, resulte adversa, según definido en esta póliza y en las leyes y reglamentos aplicables la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible al asegurado:

- Las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas de la cubierta en las que se basa la determinación;
- Una declaración que haga mención del derecho que tiene la persona cubierta tiene derecho a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente. La determinación de si un documento, expediente y otra información es pertinente para la reclamación será tomada de acuerdo a la definición en la Ley ERISA (2560.503). Pertinente significa que: (a) Fueron usados en la determinación de beneficios; (b) Se presentaron, consideraron o generaron con relación a la determinación adversa, aunque la determinación del beneficio no dependiera de dichos documentos, registros u otra información; (c) Demuestran que al hacer la determinación, la organización de seguros de salud siguió, de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas cubiertas o asegurados en circunstancias similares; o (d) Constituyen declaraciones de política o directrices del plan médico relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.
- El derecho a solicitar de manera gratuita una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en el que fundamentó la decisión adversa, si aplica, y las instrucciones para solicitarlo;
- El derecho a solicitar de manera gratuita una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación adversa basada en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, si aplica, y las instrucciones para solicitarlo.
- Una declaración del derecho del empleado a entablar acción civil bajo la sección 502(a) de ERISA luego de una determinación adversa de beneficios bajo revisión.
- El derecho a buscar otras opciones voluntarias de resolución de disputas entre el asegurado y el plan, como lo es la mediación. Una de las maneras para identificar las opciones disponibles es comunicándose con el Departamento del trabajo de los Estados Unidos o con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

Continuidad de Servicios

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

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

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

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

Apelaciones Externas

De no estar conforme con una determinación de beneficio adversa o de la decisión sobre la apelación interna de MCS Life, o si MCS Life no provee una determinación dentro de los límites de tiempo establecidos para revisiones internas el asegurado podrá solicitar una revisión ante una organización externa e independiente que cumpla con los requisitos que el Comisionado de Seguros de Puerto Rico establezca y según dispuesto en la Sección 1001 de la ley PPACA. Las organizaciones de revisión independiente están certificadas por una organización acreditadora que garantiza que el personal que hace las revisiones tiene las cualificaciones necesarias y es independiente al plan.

El asegurado, su representante personal o su médico deberá presentar dicha solicitud ante MCS Life, a través de los medios mencionado en la Sección "Radicación de Apelaciones" dentro de ciento veinte (120) días de haber recibido la notificación de decisión adversa.

MCS Life tendrá un término de cinco (5) días a partir del recibo de una solicitud de revisión externa para completar una revisión preliminar de la solicitud antes de someterla a la organización de revisión independiente para determinar lo siguiente:

- Si el solicitante era una persona cubierta al momento de recibir los servicios;
- Si se pudiera entender que el servicio objeto de la determinación adversa es un servicio cubierto conforme el plan médico;
- Si el asegurado agotó el proceso interno de apelaciones

- Si la persona cubierta o asegurado ha provisto toda la información y los formularios requeridos.

Si el asegurado ha provisto toda la información requerida para el proceso de revisión externa, MCS Life procederá a a referir la solicitud a una de las tres la organizaciónes de revisión independiente contratadas. La designación de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente contratadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Si, de lo contrario, MCS Life determina que la solicitud de revisión externa no cumple con los requisitos de información requeridos, MCS Life procederá a notificar al asegurado o a su representante personal la improcedencia de dicha solicitud bajo una de las siguientes vertientes:

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

Las organizaciones de revisión independiente deberán presentar su determinación dentro de cuarenta y cinco (45) días después de haber recibido la solicitud de revisión y en setenta y dos (72) horas para las revisiones urgentes.

El asegurado o su representante podrán presentar una revisión urgente si recibe una determinación adversa y:

- El asegurado padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de su apelación pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena.

- El asegurado haya radicado una solicitud de apelación interna urgente para la cual se hizo una determinación adversa.

- El asegurado padece una condición de salud con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión externa ordinaria pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena.
- La determinación adversa final se relaciona con la admisión a una instalación de cuidado de la salud, la disponibilidad de un servicio o la estadía continuada en una instalación donde el asegurado recibió servicios de emergencia y éste aún

no ha sido dado de alta de la instalación donde recibió dichos servicios de emergencia.

MCS Life acatará la decisión de la organización de revisión independiente inmediatamente.

Ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que el asegurado haya agotado el proceso de apelaciones interno descrito en la sección que antecede. Se considerará que el asegurado ha agotado el proceso de apelación interno de MCS Life cuando el asegurado o su representante personal:

- Haya presentado un recurso de apelación interno y
- El asegurado o su representante personal no ha recibido notificación de la determinación por escrito de MCS Life dentro de los 30 días calendarios a partir del recibo del recurso de apelación sin que las partes hayan acordado la extensión del término para emitir la determinación.

Si MCS Life no cumple con los procesos requeridos para el manejo de las apelaciones (e.i. notificación de determinación dentro de los límites de tiempo establecidos), la apelación se considerará como denegada bajo la premisa de que el asegurado agotó los procesos internos de apelaciones y el asegurado tendrá el derecho de solicitar una revisión externa y presentar una reclamación judicial bajo la sección 502(a) de ERISA y otros foros estatales.

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

Para más detalles sobre su cubierta de beneficios favor de referirse a la póliza matriz.

MCS Life MCS LIFE INSURANCE COMPANY
San Juan, Puerto Rico
MCS Plaza 255 Avenida Ponce de León
San Juan, PR 00917-1919

Endoso para enmendar el beneficio de maternidad y atención al recién nacido para hijas dependientes

Este endoso aplica a Productos Grupales MCS Global y MCS Ideal
MCS Life Insurance Company

Este endoso enmienda el beneficio de maternidad y atención al recién nacido para las hijas dependientes y forma parte de la póliza a la cual se adhiere. El mismo está sujeto a los términos y condiciones de la póliza, que no estén en conflicto con los términos y condiciones del endoso.

Se incluye en la Sección "Servicios por Maternidad" de su póliza el siguiente lenguaje:

Beneficio de Maternidad

Esta póliza extenderá el beneficio de maternidad y atención al recién nacido, a las hijas dependientes, según dispone la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

Se elimina el siguiente lenguaje de la póliza MCS Global:

- Se elimina de la póliza MCS Global en la Sección 3. Servicios por Maternidad, la nota que lee de la siguiente forma "Nota: Las Hijas dependientes no tienen beneficios de maternidad".
- Se elimina la exclusión número, "25. Cargos por servicios de maternidad para hijas dependientes, incluyendo todos los beneficios descritos en la Sección 3 – Beneficios de Maternidad de la sección de exclusiones de la póliza MCS Global.

Se elimina el siguiente lenguaje de la póliza MCS Ideal:

- Se elimina de la póliza MCS Ideal en la Sección 4. Servicios por Maternidad, la nota que lee de la siguiente forma "Nota: Las Hijas dependientes no tienen beneficios de maternidad".
- Se elimina la exclusión número, "25. Cargos por servicios de maternidad para hijas dependientes, incluyendo todos los beneficios descritos en la Sección 3 – Beneficios de Maternidad de la sección de exclusiones de la póliza MCS Ideal.

Nota: Para más detalles sobre su cubierta de beneficios favor de referirse a la póliza matriz y a sus endosos correspondientes.

MCS Life

MCS LIFE INSURANCE COMPANY

San Juan, Puerto Rico

MCS Plaza
255 Avenida Ponce de León
San Juan, PR 00917-1919

Endoso para enmendar definición de cónyuge y matrimonio y extender el beneficio de cambio por matrimonio a parejas del mismo género

Este endoso aplica a Productos Grupales MCS Global y MCS Ideal
MCS Life Insurance Company

Este endoso enmienda las definiciones de cónyuge y matrimonio para extender el derecho de matrimonio a parejas del mismo género, según declarado por la corte suprema de los Estados Unidos el 26 de junio de 2015 (*Obergefell v. Hodges*).

Este endoso forma parte de la póliza a la cual se adhiere. El mismo está sujeto a los términos y condiciones de la póliza, que no estén en conflicto con los términos y condiciones del endoso.

A continuación las nuevas definiciones que enmendarán y reemplazaran las existentes en su póliza o certificado de beneficios:

Matrimonio	El matrimonio es una institución civil que origina con un contrato civil en el que las partes contratantes mutuamente acuerdan convertirse en cónyuges y descargar los deberes impuestos por las leyes, según aplicables a los Estados Unidos y a sus territorios. Solamente es válido cuando es contratado y solemnizado conforme a las disposiciones de ley, y puede ser disuelto antes de la muerte de cualquiera de los cónyuges únicamente en los casos expresamente dispuestos por ley.
Cónyuge	Persona con la cual la persona asegurada ha contraído matrimonio válido de conformidad a las leyes aplicables.

El proceso de elegibilidad para que el asegurado principal incluya al cónyuge en su contrato, será el mismo proceso descrito en la Parte II – Elegibilidad y Fecha de Vigencia del Seguro / Cambios / Para los Dependientes de su póliza o certificado de beneficios, además deberá incluir la documentación requerida.

Nota: Para más detalles sobre su cubierta de beneficios favor de referirse a la póliza matriz y a sus endosos correspondientes.

MCS Life

MCS LIFE INSURANCE COMPANY

San Juan, Puerto Rico
MCS Plaza 255 Avenida Ponce de León
San Juan, PR 00917-1919

Endoso Servicios Preventivos 2016, Planes Grupales (*Non-Grandfathered*) MCS Life Insurance Company, Rev. 1/2016

Este endoso aplica a los productos MCS Global y MCS Ideal

Este endoso sustituye cualquier otra cubierta de servicios preventivos notificadas antes del 1ero de enero de 2016 para todos los planes grupales clasificados como no protegidos (*non-grandfathered*), en cumplimiento con disposiciones del *Patient Protection and Affordable Care Act* (P.L. 111-148) y el *Health Care and Education Affordability Act of 2010* (P.L. 111-152), incluyendo los servicios preventivos de la mujer. El mismo se adhiere y se hace formar parte de la póliza y certificado de beneficios a la cual se adhiere, a los fines de cumplir con el Artículo 11.250 del Código de Seguros de Puerto Rico.

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

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

- Una (1) evaluación de un médico que sea apropiada para la edad y el género del asegurado.
- Consejería y tratamiento para identificar y reducir los Factores de Riesgo identificados.

Servicios Preventivos para Niños

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

- Historial
- Medidas
- Cernimiento Sensorial
- Evaluación del Desarrollo/Conducta
- Examen Físico
- Procedimientos específicos para pacientes con riesgo
- Guías Anticipatorias (como la consejería nutricional)
- Referidos Dentales

Servicio Preventivo	Indicación
Uso de Alcohol y drogas	Evaluación para identificar uso de alcohol y drogas.
Autismo	Cernimiento para niños entre 12 y 36 meses.
Evaluación de Salud Conductual	Niños de todas las edades, 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años 15 a 17 años.
Cernimiento de presión sanguínea	Niños de todas las edades, 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años 15 a 17 años.
Desplazamiento Cervical	Cernimiento para niñas sexualmente activas
Hippotiroidismo Congénito	Cernimiento para recién nacidos.
Depresión	Cernimiento para desórdenes de depresión en adolescentes de 12-18 años para establecer un sistema que pueda diagnosticar adecuadamente el tratamiento necesario, incluyendo sicoterapias y visitas de seguimiento.
Cernimiento de desarrollo	Cernimiento para niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
Dyslipidemia	Cernimiento para niños a riesgo de desórdenes de lípidos Edades: 1-4 años, 5 -10 años, 11-14 años, 15 – 17 años
Prevención de caries dentales	Cubierto para bebés y niños hasta la edad de 5 años. Aplicación de fluoruro a los dientes primarios de todos los bebés y niños que empiezan a la edad de erupción de los dientes primarios en las prácticas de atención primaria. Suplementos de fluoruro por vía oral a partir de la edad de 6 meses para los niños cuyo suministro de agua es deficiente.
Gonorrea	Medicamento preventivo para los ojos de los recién nacidos.
Cernimiento Auditivo	Cernimiento Auditivo Neonatal Universal.
Cernimiento de crecimiento de estatura, peso y masa de índice corporal	Cernimiento para los niños Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años 15-17 años.
Hematocritos o Hemoglobina	Cernimiento para niños.
Enfermedad de Células Falciforme	Cernimiento para recién nacidos.
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cernimiento para adolescentes de alto riesgo.
Suplementos de Hierro	Para niños en edades de 6 a 12 meses a riesgo de anemia.
Cernimiento de Plomo	Cernimiento a niños de 1 a 5 años con alta concentración de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo, y cernimiento a mujeres embarazadas.
Historial Médico	Para todos niño durante el desarrollo; edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.

Obesidad	Cernimiento de obesidad para niños de 6 años en adelante y consejería comprensiva, intervenciones intensas de comportamiento para promover mejoramiento en el peso del niño.
Salud Oral	Evaluación de riesgo para niños recién nacidos hasta 10 años de edad.
Fenilcatonuria (Phenylketonuria, PKU)	Cernimiento en recién nacidos para desordenes genéticos.
Enfermedad de Transmisión sexual	Consejería de prevención y cernimiento para adolescentes a riesgo.
Tuberculina	Prueba de tuberculina para niños a riesgos de tuberculosis de 0 a 17 años de edad.
Visión	Cernimiento de visión en todos los niños.
Cáncer de la Piel	Consejería a niños adolescentes y adultos jóvenes entre 10 a 24 años que tienen piel clara para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta y reducir el riesgo de cáncer de piel.

Servicios Preventivos para Adultos

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

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento para la aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para cernimiento para AAA en hombres de 65 a 75 años de edad que sean fumadores o hayan sido fumadores en algún momento.
Abuso del Alcohol	Cernimiento y consejería sobre abuso de alcohol.
Consejería y suplido de Aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares	Para los hombres entre las edades de 45 a 79 años o para mujeres entre las edades de 55 a 79 años.
Cernimiento de hipertensión (HBP)	Cernimiento de hipertensión para hombres y mujeres de 18 años en adelante.
Cernimiento Colesterol	Cernimiento de colesterol para hombres y mujeres, conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012.
Cernimiento de Cáncer Colorectal	Cernimiento de Cáncer Colorectal para hombres y mujeres, conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012.
Cernimiento de Cáncer de Pulmón	Cernimiento anual para el cáncer de pulmón con la tomografía computarizada de dosis baja en adultos de 55 a 80 años de edad que tienen antecedentes de fumar 30 paquetes año y en la actualidad fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años. El cernimiento debe interrumpirse una vez que una persona no ha fumado por 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.

Cernimiento de depresión	Evaluación para cernimiento de depresión. Aplica a hombres y mujeres que piensen que están deprimidos.
Cernimiento de Diabetes Tipo II	Para adultos con hipertensión y presión arterial mayor de 135/80 mm/Hg. Incluye consejería y prueba para identificar los niveles de azúcar en la sangre.
Dieta saludables y ejercicios para prevenir enfermedades cardiovasculares	Consejería para adultos con sobrepeso u obesos con factores de alto riesgo a desarrollar condiciones cardiovasculares. La orientación incluye buena alimentación y actividad física con el propósito de prevenir dichas condiciones.
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cernimiento de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para hombres y mujeres, conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012.
Obesidad	Consejería y cernimiento para todos los adultos. Los médicos podrán ofrecer o referir a pacientes a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes, a esos pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés), de 30kg/m2 o más.
Enfermedades de Transmisión sexual	Consejería conductual alta-intensa para prevenir enfermedades de transmisión sexual para adolescentes y adulos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades asociadas.
Uso de Tabaco	Cernimiento para todos los adultos e intervenciones para cesar el uso de tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Sífilis	Cernimiento de sífilis en adultos de alto riesgo.

Servicios Preventivos para Mujeres, incluyendo mujeres embarazadas

Servicio Preventivo	Indicación
Anemia	Cernimiento rutinario de deficiencia de hierro a mujeres embarazadas que muestren síntomas.
Bacteriuria (o infección en el tracto urinario)	Cernimiento para mujeres embarazadas que muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las 12 a 16 semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término de embarazo.
BRCA	Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determinará si la asegurada amerita hacerse una prueba de BRCA. Requiere pre autorización por Asuntos

	Clínicos. Se cubrirá la prueba con $0 copago o 0% coaseguro a aquellas aseguradas identificadas por su proveedor que cumplan criterio médico.
Medicamentos preventivos para cáncer de seno	Orientación clínica a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, que le permita decidir junto con su médico si la terapia de medicamentos es adecuada para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico podrá prescribir medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como *tamoxifen* o *raloxifen*, para las mujeres que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
Mamografía de Cernimiento de Cáncer de Seno	Cernimiento de uno (1) a dos (2) años para mujeres mayores de 40. Cernimiento cada dos (2) años para mujeres de 50 años de edad a 75 años de edad.
Discusión de medicación preventiva para cáncer de seno	Consejería para mujeres de alto riesgo
Lactancia	Apoyo y consejería a través de un proveedor adiestrado en lactancia (pediatra, ginecólogo/obstetra, médico de familia) durante el embarazo y/o en el periodo post parto. El equipo de lactancia está cubierto con orden médica luego del tercer trimestre de embarazo y hasta el primer año luego del parto. Suplidos adicionales para máquina de lactancia están cubiertos y equipo disponible a través de proveedores contratados.
Cernimiento de Cáncer Cervical	Cernimiento para mujeres que están sexualmente activas. Mujeres entre las edades de 21 y 65 años deben hacerse la prueba de Papanicolau cada tres (3) años o para mujeres entre las edades de 30 a 65 años que quieran hacerse la prueba menos frecuente en combinación con una prueba del virus de papiloma humano (HPV) cada cinco (5) años.
Cernimiento de infección de Clamidia	Cernimiento para mujeres de 24 años o menos de edad, o mujeres de 25 años o más de edad de alto riesgo y mujeres embarazadas.
Métodos Anticonceptivos	Orientación, consejería, y suplido de todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, según requerido por ley. Para estos métodos se aplicará cero ($0) dólares de copago o cero (0%) por ciento de coaseguro. Se cubrirán los siguientes métodos incluyendo la inserción y remoción de cualquier dispositivo: • Cirugía de esterilización • Esterilización quirúrgica de implantes para las mujeres • Varilla implantable • Dispositivo intrauterino de cobre • Dispositivo intrauterino con progesterona • Inyección

	• Diafragma • Esponja • Capuchón cervical • Condón femenino • Espermicida • Anticonceptivos orales (píldora combinada) • Anticonceptivos orales (progestina solamente) • Anticonceptivos orales de uso extendido / continuo ; • Parchos • Anillo anticonceptivo vaginal • Anticoncepción de emergencia (Plan B / Plan B One Step / Next Choice) Para conocer los medicamentos cubiertos ver más adelante Medicamentos Cubiertos por ley local y/o federal.
Visitas preventivas que incluya cuidado preconceptivo y prenatal	Cubierto una (1) visita con $0 copago o 0% coaseguro por año póliza
Cernimiento y consejería para la violencia doméstica e interpersonal	A través de la cubierta de salud mental. Uno (1) por año póliza.
Suplementos de ácido fólico	Mujeres que estén planificando o tengan la capacidad para quedar embarazadas. Se requiere orden médica.
Pruebas de Cernimiento de diabetes gestacional	Para embarazadas entre las semanas 24 y 28 de gestación y en la primera visita prenatal para mujeres identificadas con alto riesgo de diabetes.
Gonorrea	Cernimiento de infección de gonorrea para mujeres sexualmente activas, incluyendo mujeres embarazadas si contienen factores de riesgo de infección (por ejemplo si son jóvenes o si contienen Otros factores individuales o comunitarios de riesgo)
Virus de la Hepatitis B	Cernimiento para mujeres embarazadas
Consejería y cernimiento de detección para la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cubierto para toda mujer sexualmente activa. Uno (1) por año póliza. Según la orden administrativa Núm. 307 de 14 de agosto de 2013 del Departamento de Salud de Puerto Rico, se realizará la prueba a las mujeres embarazadas de la siguiente manera: • 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 28 y 34 semanas de embarazo).
Prueba de alto riesgo del virus del Papiloma Humano (*Human Papilloma*) (Prueba de DNA)	Aplica a mujeres con resultados normales de citología. Esta prueba de cernimiento debe realizarse a partir de los 30 años de edad, con una frecuencia de cada tres años.

Osteoporosis	Cernimiento de osteoporosis para mujeres, conforme a la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012.
Clasificación de Grupo Sanguíneo - Factor Rh(D)	Cernimiento del tipo de sangre Rh (D) y de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante la primera consulta prenatal. Asimismo, el USPSTF recomienda repetir la prueba de anticuerpos a mujeres embarazadas con pruebas RH (D) negativo no sensibilidad entre las semanas 24 a 28 de embarazo, a menos que el padre biológico es conocido por ser Rh (D) negativo.
Uso de Tabaco	Cernimiento e intervenciones para mujeres usuarias de tabaco e intervenciones extendidas para embarazadas que utilizan tabaco. Este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Enfermedades de Transmisión Sexual	Consejería anual para mujeres sexualmente activas.
Sífilis	Cernimiento para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con alto riesgo.
Visitas Preventivas de Mujeres	Visitas preventivas para obtener los servicios preventivos recomendados.
Suplemento de Aspirina como Prevención de Preclamsia	Cernimiento, consejería y suplido de una dosis baja aspirina como medicamento preventivo a mujeres embarazadas con alto riesgo de Preclamsia a partir de 12 semanas de gestación.
Esterilización	Cubierto para mujeres con capacidad reproductiva según ordenado por el médico.

Medicamentos Preventivos Cubiertos por ley local y/o federal

Estarán cubiertos los medicamentos de servicios preventivos requeridos por las leyes federales *PPACA, Public Law No. 111-148* (PPACA) y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)*, según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* y por el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico (CSSPR).

La persona asegurada no pagará copago ni coaseguro para los medicamentos requeridos por las leyes federales, incluyendo el suplemento de ácido fólico para aseguradas embarazadas, *tamoxifen o raloxifene* para las mujeres que están en mayor riesgo del cáncer del seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento, aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares, suplementos de hierro para evitar anemia en niños de seis (6) a doce (12) meses y suplemento de aspirina a mujeres embarazadas como prevención de preclamsia.

MCS Life cubrirá todos los métodos anticonceptivos aprobados por la *FDA*, en cumplimiento con la Reforma de Salud Federal (*ACA*, por sus siglas en inglés). La persona asegurada no pagará copago ni coaseguro para los siguientes métodos:

Medicamento	Método	Genérico o Marca	Requisitos
GIANVI TAB 3-0.02MG	Contraceptivo Oral	Genérico	Requiere receta médica.
LUTERA TAB	Contraceptivo Oral	Genérico	Requiere receta médica.
JOLIVETTE TAB 0.35MG	Contraceptivo Oral	Genérico	Requiere receta médica.
MICROGESTIN TAB FE 1.5/30	Contraceptivo Oral	Genérico	Requiere receta médica.
NECON TAB 1/35-28	Contraceptivo Oral	Genérico	Requiere receta médica.
TRI-SPRINTEC TAB	Contraceptivo Oral	Genérico	Requiere receta médica.
NORGEST/ETHI TAB 0.25/35	Contraceptivo Oral	Genérico	Requiere receta médica.
GILDESS 24 TAB FE 1/20	Contraceptivo Oral	Genérico	Requiere receta médica.
TRINESSA TAB	Contraceptivo Oral	Genérico	Requiere receta médica.
TRIVORA-28 TAB	Contraceptivo Oral	Genérico	Requiere receta médica.
NEXT CHOICE ONE DOSE	Contraceptivo de Emergencia	Genérico	Requiere receta médica.
LEVONORGESTREL	Contraceptivo de Emergencia	Genérico	Requiere receta médica.
MEDROXYPROGESTERONE INJ	Inyección de 4 meses	Genérico	Requiere receta médica.
XULANE PATCH	Contraceptivo de Parcho	Genérico	Requiere receta médica.
NUVARING	Anillo Vaginal	Marca	Requiere receta médica.

Inmunizaciones

Las inmunizaciones, consejería y administración sobre vacunas recomendadas por el *United States Preventive Services Task Force* estarán cubiertos para Niños, Adolescentes y Adultos de acuerdo a lo especificado en los itinerarios de vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico y el *Center for Disease Control* (CDC por sus siglas en Inglés), incluyendo las vacunas de seguimiento. Las Inmunizaciones estarán cubiertos con $0 copago ó 0% coaseguro. Los servicios de cuidado preventivo a los que se aplican estas condiciones están definidos y descritos en el siguiente enlace: https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits.

Inmunización para Niños de acuerdo al Itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico	
Hepatitis (Hep B)	Según indicado en el Itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico del año vigente de esta póliza. El Itinerario vigente estará disponible en el portal www.mcs.com.pr o por teléfono 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	
Inactivated Poliovirus (IPV)	
Haemophilus Influenzae, Tipo B (Hib)	

Neumococo (PCV) and (PPV)	
Sarampión, Papera y Rubeola (MMR)	
Varicela (Var)	
Hepatitis A (Hep A)	
Meningococo (MCV) and (MPS)**	
Influenza	
Human Papillomavirus (HPV)- vacuna para prevenir cáncer cervical	

Itinerario de Vacunación del *Center for Disease Control* (CDC por sus siglas en Inglés) para Niños, Adolescentes y Adultos	
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Itinerario de Vacunación del *Center for Disease Control* (CDC por sus siglas en Inglés) del año vigente de esta póliza. El Itinerario vigente estará disponible en el portal www.mcs.com.pr o por teléfono Centro de llamadas de Servicio al Cliente de MCS Life al (787) 281-2800.
Human Papillomavirus (HPV) – vacuna para prevenir cáncer cervical	
Varicela	
Zoster	
Sarampión, Papera y Rubeola (MMR)	
Influenza	
Neumococo	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Meningococo**	

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

Para más detalles sobre su cubierta de beneficios favor de referirse a la póliza descrita al principio de este endoso según aplique.