



Certificado de Beneficios

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

CUBIERTA MÉDICA:	MCS Life Insurance Company
PLAN:	PREMIUM
NÚMERO DE GRUPO:	79-750096
FECHA DE EFECTIVIDAD:	I ^{ERO} DE ENERO DE 2025
AÑO PÓLIZA:	I ^{ERO} DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO
CUBIERTA DE FARMACIA:	MC-Rx
PLAN:	PREMIUM
NÚMERO DE GRUPO:	5613
FECHA DE EFECTIVIDAD:	I ^{ERO} DE ENERO DE 2025
AÑO PÓLIZA:	I ^{ERO} DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO
CUBIERTA DENTAL:	Delta Dental
PLAN:	PREMIUM
NÚMERO DE GRUPO:	82425-00001
FECHA DE EFECTIVIDAD:	I ^{ERO} DE ENERO DE 2025
AÑO PÓLIZA:	I ^{ERO} DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO



Endoso de cubierta Elevidys

Efectivo 8 de marzo de 2024

Este Endoso es efectivo en marzo 8, 2024 y forma parte de la póliza o certificado de beneficios al que se adhiere y está sujeto a los términos y condiciones de la póliza que no entran en conflicto con los términos y condiciones del endoso. El medicamento Elevidys cubrirá la cobertura médica descrita en este endoso.

Elevidys está aprobado y es médicaamente necesario para el tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne (DMD) en pacientes que cumplen con todos los criterios siguientes:

- Diagnóstico de distrofia muscular de Duchenne realizado por, o en consulta con, un especialista neuromuscular pediátrico con experiencia en el diagnóstico de DMD; y
- Envío de registros médicos (por ejemplo, notas de gráficos, valores de laboratorio) que confirmen ambos de los siguientes:
 1. Una mutación en el gen DMD; y
 2. La mutación no es una eliminación en el exón 8 o el exón 9; y
- El paciente tiene 4 o 5 años de edad; y
- Presentación de registros médicos (p. ej., notas de la historia clínica) que confirmen que el paciente puede caminar sin necesidad de un dispositivo de asistencia (p. ej., sin asistencia de lado a lado, bastón, andador, silla de ruedas, etc.); y
- El paciente no tiene un título elevado de anticuerpos de unión total anti-AAVrh74 $\geq 1:400$; y
- El paciente recibirá un régimen de corticosteroides antes y después de recibir Elevidys de acuerdo con la etiqueta de Elevidys aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA); y
- Elevidys es recetado por un especialista neuromuscular pediátrico con experiencia en el tratamiento de la DMD, o en consulta con él; y
- La dosificación de Elevidys está de acuerdo con el etiquetado aprobado por la FDA; y
- El paciente no recibirá terapias de omisión de exón para la DMD [p. ej., Amondys (casimersen), Exondys 51 (eteplirsen), Viltepso (viltolarsen), Vyondys 53 (golodirsen)] de forma concomitante o después del tratamiento con Elevidys; y
- El paciente nunca ha recibido tratamiento con Elevidys en su vida; y
- La autorización se emitirá para no más de un tratamiento de por vida y por no más de 45 días desde la aprobación o hasta los 6 años de edad, lo que ocurra primero.

La determinación de la preautorización se gestionará dentro del plazo de quince (15) días desde su recepción. En caso de que la solicitud inicial esté incompleta, se notificará al proveedor del médico dentro de un período de cinco (5) días a partir de la fecha de recepción. El período inicial podrá ampliarse por quince (15) días adicionales, siempre que el período de extensión sea para atender situaciones fuera del control de MCS Life o cuando no exista información suficiente para tomar una determinación. En cualquiera de los casos, se notificará al asegurado o al proveedor que presente la solicitud el motivo de la información específica necesaria para la evaluación. Si la extensión se debe a que no se ha proporcionado la información necesaria para que MCS Life



Endoso de cubierta Elevidys

Efectivo 8 de marzo de 2024

tome una determinación, se le dará al asegurado un período de al menos cuarenta y cinco (45) días a partir de la fecha en que se reciba el aviso de extensión para proporcionar la extensión adicional especificada. información. Las prórrogas se notificarán durante los primeros quince (15) días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

Si se deniega el servicio, se enviará una carta explicando el motivo de la denegación de servicios, incluyendo las referencias de respaldo utilizadas, si corresponde, así como información sobre el derecho a apelar la denegación y el procedimiento correspondiente.

Los números de teléfono de fax de MCS Life para solicitud de preautorización son los siguientes: 787-622-2436 o 787-622-2434, o puede llamar a la línea dedicada para Asociados de Walmart al 787-945-1348 o 1-855-830-9887

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: BENEFICIOS MÉDICOS.....	3
PARTE I: DEFINICIONES.....	5
PARTE II: BENEFICIOS CUBIERTOS	15
<i>Sección 1: Beneficios Esenciales de Salud</i>	<i>15</i>
<i>Sección 2: Otros servicios cubiertos</i>	<i>45</i>
<i>Sección 3: Servicios cubiertos por reembolso</i>	<i>50</i>
<i>Sección 4: Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida.....</i>	<i>52</i>
<i>Sección 5: Programas incluidos en sus beneficios</i>	<i>53</i>
PARTE III: EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA	57
<i>Sección 1: Exclusiones de la cubierta.....</i>	<i>57</i>
<i>Sección 2: Exclusiones de visión</i>	<i>60</i>
<i>Sección 3: Exclusiones y limitaciones de cirugía bariátrica para el tratamiento de la obesidad mórbida</i>	<i>60</i>
PARTE IV: PRE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS, ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS	60
PARTE V: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB).....	62
PARTE VI: SISTEMA DE QUERELLAS	66
PARTE VII: MODELO DE ACCESO A LOS SERVICIOS	73
PARTE VIII: TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES.....	75
CAPÍTULO II: ENDOSO DE FARMACIA.....	77
CAPÍTULO III: ENDOSO DENTAL	88

CAPÍTULO I: BENEFICIOS MÉDICOS

Por favor, lea detenidamente.

Este documento no es un contrato complementario de *Medicare*. Si Walmart tiene asegurados que son elegibles para *Medicare*, por favor, revisa la “Guía de seguro de salud para personas con *Medicare*”.

MCS Life Insurance Company será llamada de aquí en adelante “MCS Life”.

En la eventualidad de que haya conflicto entre el Certificado de Beneficios y el Manual de Beneficios del Asociado de 2025 unido con el Resumen de Modificaciones Sustanciales de 2023, prevalecerá el Manual de Beneficios del Asociado de 2025.

¡BIENVENIDO A MCS!

Estimado asegurado:

Bienvenido a la gran familia de MCS Life Insurance Company. A continuación encontrarás un desglose de los beneficios que incluye esta cubierta de servicios. Para poderte brindar el mejor servicio, te recomendamos que leas este documento detenidamente.

De tener alguna duda o pregunta relacionada con tus beneficios, puedes comunicarte con nuestro Centro de Servicio al Cliente al 787-945-1348 o libre de costo al 1-855-830-9887 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. Te invitamos también a visitar nuestra página de internet www.mcs.com.pr donde podrás tener acceso a los directorios y formularios a los que se hace referencia en este certificado, conectándote a la herramienta My MCS.

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

Cordialmente,

Roberto Pando
Presidente
MCS Life Insurance Company

PARTE I: DEFINICIONES

A continuación se detallan las definiciones que corresponden a los términos utilizados en este certificado.

Acceso	Disponibilidad de todos los servicios de salud incluidos en el plan, de forma tal que pueda cumplirse con las necesidades médicas de los asegurados, de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos por MCS Life.
Accidente	Situación que surge debido a causas externas violentas, repentinhas o fortuitas, lejos del control del asegurado, que ocurre mientras el seguro de la persona está en vigencia bajo este certificado. No se consideran los servicios por accidentes que correspondan ser recibidos de acuerdo con las leyes de compensación por accidentes del trabajo (CFSE), que sean responsabilidad del asegurado, accidentes de automóvil (ACAA) y otros servicios disponibles a través de leyes estatales o federales.
Administrador de beneficios de salud	Entidad designada por el patrono Walmart Inc. para administrar este Certificado. Para efectos de este Certificado de Beneficios la entidad designada es MCS Life Insurance Company.
Affordable Care Act (ACA)	Ley de Reforma de Salud Federal promulgada en marzo de 2010. La ley fue promulgada en dos partes: la Ley de Protección y Cuidado Médico Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés) que se convirtió en ley el 23 de marzo de 2010, y fue modificada por la Ley de Reconciliación de Educación y Cuidado de la Salud el 30 de marzo de 2010, según enmendada. El nombre de <i>Affordable Care Act</i> o Ley de Cuidado Médico Asequible se utiliza para referirse a la versión final de la ley.
Ambulancia	Vehículo que tiene licencia debidamente otorgada por las entidades gubernamentales para operar como un vehículo de servicios de transporte de pacientes.
Ambulatorio intensivo (Intensive Outpatient Programs o IOP)	Programa que de manera intensiva, provee tratamiento y apoyo para tratar algunas condiciones como trastornos de depresión, ansiedad y dependencia de sustancias que no requieran desintoxicación.
Anestesia epidural	Anestesia local en el espacio epidural, bloqueando así, las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal.
Año póliza	El período de doce (12) meses consecutivos, que comienza el 1 ^{ro} de enero hasta el 31 de diciembre de cada año.
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 puede poner en riesgo la vida, salud o la habilidad del asegurado para recuperarse al máximo.
Apelación externa	Solicitud de revisión de una determinación de beneficio adversa o de la apelación interna ante una entidad externa e independiente que cumple con los requisitos que el Comisionado de Seguros de Puerto Rico establezca y según dispuesto en la Sec. 1001 de la <i>Patient Protection and Affordable Care Act</i> , 75 Fed. Reg. 43330-43364 (July 23, 2010).

Apelación interna	Solicitud de revisión de la determinación de beneficios adversa o del resultado de la investigación de una querella ante el administrador de beneficios de salud.
Área de servicio	Área geográfica dentro de la cual se espera que el asegurado reciba la mayoría de los servicios médico-hospitalarios, dentro de los setenta y ocho (78) municipios de Puerto Rico.
Asegurado (a)	Persona asegurada bajo la cubierta del plan auto-asegurado denominado <i>Walmart Inc. Associates' Health and Welfare Plan</i> auspiciado por el patrono Walmart.
Asegurador	En este certificado, asegurador se refiere a <i>Walmart Inc. Associates' Health and Welfare Plan</i> .
Asistencia quirúrgica	Médico licenciado que asiste activamente al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico cubierto, que por su complejidad, justifica la necesidad de la asistencia.
Asociado	Persona empleada por el patrono Walmart Inc. y que, como empleado goza de los beneficios del plan auto-asegurado denominado <i>Walmart Inc. Associates' Health and Welfare Plan</i> , a título de asegurado principal.
Asuntos Clínicos de MCS Life	Es el departamento que agrupa las unidades de pre autorización, Revisión Hospitalaria, Educación y Bienestar, Manejo de Cuidado y Transición de Cuidado.
Beneficiario de Medicare	Cualquier persona de sesenta y cinco (65) años o más de edad, o menor de sesenta y cinco (65) años de edad con ciertos impedimentos, o con fallo renal permanente, que requiere diálisis o un trasplante de riñón, que sea elegible al programa federal de Medicare bajo sus cubiertas de Parte A, B, C o D.
Beneficios esenciales de salud (essential health benefits)	El Affordable Care Act garantiza que a partir de 2014, todos los planes médicos no protegidos o <i>non-grandfathered</i> incluyen una cubierta comprensiva de servicios, conocida como beneficios esenciales de salud. Estos beneficios incluyen artículos y servicios dentro de diez (10) categorías definidas por ley: 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 y habilitación y los dispositivos; servicios de laboratorio; servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluyendo cuidado de la visión.
Cargos usuales y acostumbrados	El costo usual de un servicio médico específico basado en el área geográfica fuera de Puerto Rico donde el asegurado recibe el servicio.
Casa de convalecencia	Hogar donde se brinda una serie de servicios de salud diseñados para ayudar a las personas a recuperarse de una enfermedad grave, cirugía o lesión. Estos servicios pueden consistir en medicina, enfermería, atención especializada o terapia. Estos se pueden proveer en una variedad de entornos, incluyendo hospitales de rehabilitación, centros de tratamiento ambulatorio, centros de enfermería especializada, y los hogares de los pacientes.
Casa de descanso	Residencia donde se provee vivienda, alimentos y cuidado personal a individuos que necesitan asistencia y supervisión, y que no pueden vivir de manera independiente, pero que no necesitan cuidado de enfermería.

Cirugía bariátrica	Procedimiento quirúrgico para tratar la obesidad mórbida, incluyendo pero no limitado a las siguientes técnicas: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bypass gástrico</i> - Cirugía bariátrica donde se reduce el estómago de quince (15) a treinta (30) ml, se conecta directamente al intestino delgado y la comida pasa directamente a él. Disminuye un gran segmento del intestino y la absorción calórica. • <i>Cirugía de banda ajustable</i> - Cirugía bariátrica que consiste en rodear la parte alta del estómago con una especie de cinturón que divide el estómago y deja un pequeño paso al resto del estómago. • <i>Gastrectomía en manga</i> - Cirugía bariátrica que consiste en extirpar en forma vertical la porción izquierda del estómago y especialmente el fondo gástrico, donde se produce una sustancia que estimula el apetito.
Cirugía electiva	Procedimiento quirúrgico que, aunque médica mente necesario y ordenado por un médico, no necesita ser realizado inmediatamente porque no existe un riesgo inminente a la vida del asegurado, ni existe un riesgo de daño permanente a un órgano vital o de que se sufra una incapacidad permanente.
Coaseguro	Cantidad de dinero expresado en por ciento, que le corresponde pagar al asegurado al momento de recibir ciertos servicios. Esta cantidad de dinero varía de acuerdo con el costo de los servicios y a las tarifas contratadas por MCS Life.
Cónyuge	Persona con la cual el Asociado de Walmart Inc. ha contraído matrimonio válido de conformidad a las leyes aplicables.
Copagos	Cantidad fija de dinero que le corresponde pagar el asegurado de este certificado al proveedor al momento de recibir ciertos servicios.
Costo compartido	Es una porción del costo del servicio que tiene que pagar al asegurado al momento de recibirla. Términos relacionados: deducible, copago y coaseguro.
Credencialización	Proceso inicial mediante el cual se verifica la documentación sometida por el proveedor que evidencie sus calificaciones para ejercer su profesión en Puerto Rico, los privilegios de hospital, su experiencia profesional y cualquier otro criterio relevante que establezca MCS Life periódicamente. Término relacionado: Proveedor.
Criterios de revisión clínica	Los procedimientos escritos para la evaluación, resumen de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que utiliza el administrador de beneficios de salud para determinar la necesidad médica e idoneidad de los servicios de cuidado de salud.
Cubierta de cuidado de salud	Servicios de salud que se incluyen en este certificado.
Cuidado custodial, a domicilio o residencial	Es el cuidado que no requiere servicios continuos de personal experto, médicos o personal aliado a la salud. Incluye cuidado que mantiene o sirve principalmente para apoyar la higiene personal, nutrición u otras formas de autocuidado. Provee servicios socialmente necesarios en forma de mantenimiento y requiere la adherencia a un itinerario de medicamentos prescritos. El cuidado custodial es usualmente necesario por razones de enfermedad para personas que no pueden cuidarse adecuadamente pero que no requieren los servicios de una enfermera práctica registrada o graduada.
Cuidado de hospicio	Es una forma especial para cuidar personas con enfermedades terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Este cuidado incluye cuidado físico y consejería. El hospicio aplica por un período de tiempo durante el cual el médico haya

	manifestado que el asegurado cualifica para ese tipo de cuidado y lo necesita.
Cuidado de salud en el hogar (Home Health Care)	Servicios médicos y otros servicios relacionados tales como terapias físicas, cuidado de enfermería, consejería y servicios sociales que son ofrecidos en el hogar del paciente por un proveedor. Incluye el cuidado y la asistencia provista en el hogar.
Deductible	Cantidad pagada por el asegurado, antes de comenzar a recibir servicios cubiertos.
Determinación adversa de beneficio	<p>1. Una determinación hecha por un administrador de beneficios de salud, 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;</p> <p>2. La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte del administrador de beneficios de salud o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad del asegurado cubierto; o</p> <p>3. La determinación que resulte de una revisión prospectiva o retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.</p>
Devices (artefactos, aparatos, prótesis interna o externa)	<p>Un instrumento, aparato, máquina, implante interno o externo, u otro similar o un artículo relacionado, incluyendo una parte o un accesorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que es reconocido por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) cuyo uso intencional es para el diagnóstico de enfermedades u otras afecciones, o para la cura, mitigación, tratamiento o prevención de una enfermedad en el ser humano; • Cuyo uso tiene la intención de afectar la estructura o cualquier función del cuerpo humano; • No depende de ser metabolizado para el logro de cualquiera de sus propósitos.
Diagnóstico	Determinación de una enfermedad por los signos y síntomas que le son propicios establecidos por un doctor en medicina u otros profesionales de la salud.
Emergencia médica	Condición en la cual los síntomas presentados son lo suficientemente severos para que una persona pueda razonablemente concluir que la ausencia de atención médica inmediata resultaría en: poner en riesgo inmediato su salud o la salud de un bebé que está por nacer, un impedimento serio de las funciones corporales o una disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo.
Emergencia psiquiátrica	Cuando un paciente tiene una enfermedad mental que puede resultar en un riesgo inmediato de daño a sí mismo, a otros o a la propiedad.
Enfermedad	Cuando la condición y función social, física, emocional o intelectual de una persona se ven disminuidos o deteriorados.
Enfermedad terminal	Una enfermedad o condición que es incurable o irreversible, diagnosticada por un médico y que a su mejor juicio, entiende que resultará en la muerte del paciente dentro de los próximos seis (6) meses.
Equipo médico duradero (DME,	Equipo necesario por razones médicas, que puede ser utilizado varias veces sin deteriorarse. El equipo puede ser utilizado en el hogar.

por sus siglas en inglés)	
Facilidades de cuidado residencial	Aquellas facilidades que proveen cuidado especializado no hospitalario para el manejo diario de enfermedades mediante intervenciones estructuradas.
Facilidades de enfermería diestra (skilled nursing facility)	Es una institución legalmente autorizada y acreditada para recibir el pago de los beneficios del Programa Medicare o que cumple con los requisitos mínimos para otorgársele dicha acreditación. Su propósito principal es brindar cuidados de salud ofrecidos por enfermeros(as) diestros(as), a los que debe supervisar un médico con licencia, además de ofrecer habitación y dietas. Este tipo de institución cuenta con servicios para el cuidado de la salud veinticuatro (24) horas al día e instalaciones para tratamiento y rehabilitación de personas lesionadas, enfermas o incapacitadas.
Fecha de efectividad	Fecha en la que la cubierta entra en vigor para recibir los servicios descritos en este certificado.
Desembolso máximo (Maximum Out-of-Pocket o MOOP)	La cantidad máxima de dinero que un asegurado tendrá que pagar en el año póliza, antes que la compañía aseguradora pague al cien por ciento (100%) los servicios cubiertos.
Habitación semiprivada	Habitación cubierta bajo el beneficio de hospital.
Health and Human Services (HHS)	Departamento de Salud y Servicios Humanos del gobierno federal responsable por administrar programas relacionados con la salud y el bienestar humano.
Health Risk Assessment (HRA)	<p>El estimado de riesgos de salud es un cuestionario que facilita que el asegurado obtenga un perfil de su estado de salud actual y conozca los riesgos asociados con el desarrollo de condiciones crónicas. A través del perfil de salud MCS tiene la oportunidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar a los asegurados sobre como su estilo de vida podrían afectar su salud y bienestar • Diseñar intervenciones de promoción de salud y bienestar basadas en las necesidades identificadas • Seguimiento del progreso de un asegurado o grupo para medir la efectividad de una intervención <p>También es una herramienta esencial para promover la participación en un programa de bienestar y alentar a los participantes a tomar un papel activo en su salud.</p>
Homólogo clínico	Un médico u otro profesional de la salud que tiene una licencia sin restricciones en los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa por MCS Life en una reclamación o apelación.
Hospital	Institución acreditada que provee servicios de tratamiento y diagnóstico médico o quirúrgico a pacientes hospitalizados; incluyendo hospitales generales y especializados.
Hospitalización completa	Admisión de un asegurado a un hospital donde su estadía es más de veinticuatro (24) horas hasta el día en que el asegurado es dado de alta.

Hospitalización intensiva	Ingreso de un asegurado con condiciones críticas de salud y que necesitan soporte vital de sus funciones orgánicas, además de supervisión médica especializada y monitoreo constante.
Hospitalización parcial (salud mental)	Se refiere a los servicios organizados para el cuidado de pacientes con condiciones mentales o abuso de sustancias, que requieren atención hospitalaria a través de programas diurnos o nocturnos, los cuales cubren períodos diarios menores de veinticuatro (24) horas.
Laboratorio clínico	Facilidad autorizada por las autoridades correspondientes para prestar servicios de laboratorio en Puerto Rico.
Lesiones	Cualquier daño accidental o trauma que sufra el asegurado, que no se deba a un accidente automovilístico o del trabajo, y que requiera tratamiento médico y servicios de hospital.
Ley COBRA	<i>Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act de 1985 (COBRA)</i> es una ley que requiere que el patrono le provea al asociado, cónyuge del asociado y sus dependientes elegibles, la oportunidad de continuar su cubierta.
Manejo de casos	Conjunto de actividades coordinadas establecidas por el administrador de beneficios de salud, para el manejo individual de las condiciones del asegurado, sean complejas, prolongadas o de otro tipo.
Medicamento, medicina o fármaco	Sustancia con propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en los seres humanos.
Medicare	Programa federal de seguros de salud para personas de sesenta y cinco (65) años de edad o más, personas de cualquier edad con problemas renales permanentes y ciertas personas incapacitadas dentro de los resultados del Título XVIII de la Ley del Seguro Social. Medicare tiene las cubiertas Parte A, B y C, y la Parte D para medicamentos recetados.
Médico	Profesional autorizado a practicar la medicina en el estado que provee servicios. Tiene que poseer y tener actualizadas las licencias que le permiten ofrecer los beneficios del plan.
Necesidad médica	Un cuidado, servicio o suministro aceptado por la profesión médica como efectivo, apropiado y esencial para diagnosticar y tratar una enfermedad o lesión: <ul style="list-style-type: none"> • Está fundamentado en normas de cuidado de salud generalmente reconocidas o aceptadas y apropiados para los síntomas, diagnóstico y tratamiento. • Se provee de acuerdo con los estándares de la buena práctica de la medicina. • No se provee primordialmente por la conveniencia del asegurado, el médico o la facilidad.
Obesidad mórbida	Exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35).
Organización de revisión de utilización	Entidad contratada por el administrador de beneficios de salud para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea el mismo quien hace la revisión de su propio plan médico.

Organización de revisión independiente	Entidad que realiza una revisión externa independiente de una determinación adversa, hecha por el administrados de beneficios de salud, o la organización de revisión de utilización designada.
Parejas de hecho	<p>Aquellas parejas compuestas por dos personas, y que en este certificado se refiere a tu pareja, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Estén en una relación continua, exclusiva y comprometida similar a la de un matrimonio durante un mínimo de doce (12) meses y tengan la intención de seguirla indefinidamente. — No estén casados entre sí ni con ninguna otra persona. — Cumplan con la edad mínima para el matrimonio en el estado en que residen y cuenten con la competencia mental para participar en un contrato. — No estén emparentados de forma que prohibiría un matrimonio legal en el estado en que residen y; — No estén en la relación únicamente para fines de recibir los beneficios.
Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)	Ver Affordable Care Act (ACA).
Plan de tratamiento	Un informe detallado de los procedimientos recomendados por el médico u otros profesionales de la salud, para el tratamiento de las necesidades médicas del asegurado.
PPO o Preferred Provider Organization	Modelo de acceso a servicios de salud que consiste de un grupo de hospitales, médicos y otros proveedores quienes contratan con un el administrador de beneficios de salud.
Pre autorización	Autorización previa otorgada al asegurado para recibir beneficios según establece este certificado.
Procedimiento reconstructivo	Procedimiento que pudiera restaurar una función o estructura del cuerpo.
Procedimientos cosméticos (cirugía estética)	Cualquier procedimiento o medicamento cuyo único fin es mejorar la apariencia de una parte del cuerpo.
Profesionales de la salud	Profesional autorizado a ejercer en Puerto Rico en las ramas del campo de la salud y el cuidado médico, tales como, médicos, podiatras, doctores en naturopatía, quiroprácticos, optómetras, psicólogos clínicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras y tecnólogos médicos.
Proveedor	Término que se utiliza para médicos, hospitales y otras facilidades que han sido autorizadas o certificadas para proveer servicios de cuidado de la salud.
Proveedor participante	Proveedor de servicios de salud contratado por MCS Life para ofrecer los servicios cubiertos en este certificado.
Queja	Planteamiento de insatisfacción presentado por un asegurado que se pueda resolver con una orientación, gestión o intervención corta.
Querella	<p>Un planteamiento escrito o verbal, si conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por un asegurado o a nombre de este, con respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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;

	<ul style="list-style-type: none"> • El pago, manejo de reclamaciones o reembolso. • Asuntos relacionados con la relación contractual entre el asegurado y MCS Life.
Red de proveedores	Médico, hospital, facilidad de enfermería especializada u otros, relacionados con la prestación de servicios de cuidado de la salud o anciliares contratados por el administrador de beneficios de salud.
Red de visión	Red contratada para proveer el beneficio de visión.
Representación falsa o fraudulenta	Manifestación por medio de palabras, conducta o declaración que la persona hace sabiendo que no es correcta y con la intención de defraudar.
Representante autorizado	<p>Puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una persona a quien el asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente al solicitar una excepción médica; • una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución del asegurado; • un miembro de la familia inmediata -miembro de la familia hasta el segundo grado de consanguinidad o segundo de afinidad, entiéndase padre, madre, hijo(s) y cónyuge del asegurado, o el profesional de la salud que la atiende, cuando esta no tenga la capacidad de dar su consentimiento; • el profesional de la salud que trata o suministra medicamentos al asegurado, a los fines de solicitar una excepción médica a nombre de esta.
Revisión acelerada	Cuando el asegurado padece de una condición de salud y el tiempo requerido para una revisión de primer nivel de la querella pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena. La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará al asegurado o a su representante autorizado con la premura que requiera la condición médica del asegurado. En ningún caso excederá más de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la solicitud.
Revisión de utilización	Procesos establecidos para supervisar el cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar su necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia. Podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.
Revisión prospectiva	Evaluación previa realizada por el administrador de beneficios de salud antes de que se preste el servicio o el tratamiento al asegurado, para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.
Revisión retrospectiva	Evaluación a un servicio ya prestado.
Revisiones concurrentes	Evaluación realizada durante la estadía del asegurado en una instalación de cuidado de la salud, o durante el tratamiento en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios a los asegurados recluidos o ambulatorios.
Servicios cubiertos	Evaluaciones, procedimientos y tratamientos que un proveedor brinda a un asegurado, sujeto a las especificaciones contenidas en su cubierta.

Servicios de emergencia	Asistencia de cuidado de salud requerida para tratar una condición o trauma en una situación de emergencia médica.
Servicios de habilitación	Terapias (físicas, del habla y ocupacionales) que se ofrecen con el propósito de corregir defectos en el desarrollo normal del asegurado.
Servicios de rehabilitación	Restauración de habilidades en un asegurado que ha tenido una enfermedad o daño corporal, que le permite recobrar autosuficiencia y función máxima en una manera normal o lo más cercano a lo normal posible.
Servicios experimentales o investigativos	<p>Tratamientos médicos rigurosamente controlados en humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para determinar si es seguro o efectivo para el manejo de una condición de salud Que no tienen la aprobación final de la entidad reguladora correspondiente -por ejemplo, la <i>Food Drug Administration</i> (FDA), el <i>Department of Health and Human Services</i> (DHHS) o el Departamento de Salud de Puerto Rico; o no están de acuerdo con la política médica establecida por MCS Life para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan; o Cuya evidencia científica no permite llegar a conclusiones sobre el efecto de la tecnología en los resultados médicos que se obtienen; o Cuyos resultados no sobrepasan los efectos negativos del tratamiento; o Cuyo tratamiento no es más beneficioso que otros tratamientos alternos ya establecidos; o Cuya mejoría del tratamiento no puede obtenerse fuera de la fase de investigación.
Servicios médicamente necesarios	Aquellos provistos por un proveedor participante para mantener o restablecer la salud del asegurado, según el estándar de la buena práctica de la medicina.
Servicios no cubiertos o excluidos	<p>Aquellos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> Están expresamente excluidos de la cubierta. Son prestados por profesionales cuya especialización carece del adiestramiento requerido o contratación para ofrecer dichos servicios. Son considerados de naturaleza experimental o investigativa, a menos que se disponga de otra manera por ley. No son médicamente necesarios.
Servicios preventivos	Exámenes y servicios disponibles para ayudar a los asegurados en la prevención y detección de enfermedades según requeridos por el <i>Affordable Care Act</i> (ACA).
Solicitud de cuidado urgente	<p>Petición de servicio o tratamiento en el cual el tiempo establecido:</p> <ul style="list-style-type: none"> Podría poner en peligro la vida o la salud del asegurado o su recuperación plena; o En la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica del asegurado, lo expondría a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado. <p>Al determinar si se tratará la petición como una de cuidado urgente, la persona que representa al administrador de beneficios de salud ejercerá el juicio prudente basado en su conocimiento de la salud y medicina.</p>
Telemedicina	El diagnóstico y tratamiento de pacientes a distancia mediante el uso de las tecnologías de telecomunicación.

Terapia de grupo	Modalidad de tratamiento para el cuidado psiquiátrico que se enfoca en un grupo de pacientes que reciben tratamiento en conjunto. Está dirigido por un profesional licenciado, tiene un plan de tratamiento establecido y unas metas particulares de mejoramiento.
Trasplante	Transferencia de un órgano o tejido a un área del mismo cuerpo o a otro individuo.
Tratamiento residencial	Tratamiento ofrecido en una facilidad de cuidado de la salud que provee terapia, en un ambiente de vivienda temporera, para aquellos pacientes con trastornos de comportamiento o abuso de sustancias que requieran medicamentos, supervisión continua o alivio de estresores ambientales.
Visitas colaterales	Modalidad para el cuidado de salud mental con el propósito de recolectar información e implementar los objetivos del tratamiento. Una persona participante es generalmente los padres, cónyuge, pareja de hecho o hermanos. Otras personas también pueden tener derecho a visitas colaterales siempre que se pueda demostrar que el individuo es una persona importante en la vida del asegurado.

PARTE II: BENEFICIOS CUBIERTOS

Los beneficios aquí incluidos aplicarán solamente cuando un asegurado tiene cubierta bajo este certificado y deberá cumplir con el programa de pre autorización para aquellos procedimientos y servicios solicitados que lo requieran. Además, tendrá que reembolsar cualquier reclamación pagada por MCS Life como resultado de cargos incurridos después de que se haya cancelado la cubierta.

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

Esta cubierta de beneficios de salud es un plan no protegido o *non-grandfathered* según definido por el Affordable Care Act (ACA). 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 el asegurado, cuyos beneficios esenciales son 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 cuidado de la visión.

El máximo que aplica a este certificado será equivalente al máximo establecido por el Departamento de Rentas Internas Federal (IRS, por sus siglas en inglés) y representa la suma de gastos de bolsillo del asociado, entiéndase deducible inicial, copagos y/o coaseguros establecidos para cubierta médica y medicamentos recetados (combinado). Cuando el asegurado alcance el máximo de gastos del bolsillo, *Walmart Inc. Associates' Health and Welfare Plan* cubrirá los beneficios esenciales de salud al cien por ciento (100%). Para el año calendario 2025, la cantidad máxima de gastos del bolsillo establecida para los beneficios de salud por *Walmart Inc. Associates' Health and Welfare Plan* es mil seiscientos dólares (\$1,600) para individuos y tres mil doscientos dólares (\$3,200) para familias. No se incluirá para el cálculo del MOOP los siguientes servicios y sus costos compartidos:

- MCS Alivia
- MCS MediLínea MD
- Costos compartidos pagados por un tercero

Sección I: Beneficios Esenciales de Salud

A algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Parte VIII de este capítulo.

I. Servicios de emergencia y urgencia

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

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

Beneficio	Descripción	Copago/Coaseguro
MCS Life cubre servicios en la sala de emergencia y el asegurado deberá pagar la cantidad del copago correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma o enfermedad • Medicamentos, materiales y equipo • Laboratorios y rayos x • Terapia respiratoria sin límite • Condiciones auto infligidas (intentos de suicidio) • Pruebas de diagnósticos especializadas 	Enfermedad: \$50 Accidente y Trauma: \$0

Los servicios dentro de los Estados Unidos en caso de emergencia estarán cubiertos como cualquier emergencia a través de la red contratada (Ver Parte VII: Modelo de Acceso a los Servicios). El asegurado debe presentar su tarjeta del plan para que la facilidad pueda verificar su elegibilidad con MCS Life.

Beneficio	Descripción	Copago/Coaseguro
MCS Life cubre servicios en un centro o facilidad de urgencia y el asegurado deberá pagar el copago correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma o enfermedad • Medicamentos, materiales y equipo • Terapia respiratoria sin límite • Condiciones autoinfligidas (intentos de suicidio) 	\$10

2. Servicios de Hospital

A algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles en la Parte VIII al final de este capítulo.

Beneficio	Descripción	Copago/Coaseguro
Servicios de hospitalización: Todos los servicios de hospitalización cubiertos se pagarán de acuerdo con las tarifas contratadas por MCS Life con los hospitales participantes de la red. Aplica copago correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye habitación semi-privada. En aquellos casos que el asegurado solicite una habitación privada, será responsable del pago de la diferencia de la tarifa, siempre y cuando no exista necesidad médica de aislamiento, según requerido por la Carta Normativa Núm. N-AV-12-111-99 de 20 de diciembre de 1999. Además, se cubrirán 	\$50

<p>los servicios de hospitalización y anestesia general por razón de edad, impedimento o incapacidad, según requeridos por la Ley Núm. 352 de 22 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 y cirugías electivas, y procedimientos que comúnmente se realizan en facilidades ambulatorias, pero requieren que se realicen en un hospital, requerirán pre autorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de cuidado intensivo, coronario, intensivo de pediatría e intensivo de neonatología. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación auditiva neonatal universal, conforme a lo establecido por la Ley Núm. 311 de 19 de diciembre de 2003, según enmendada y las evaluaciones de audiológia a través de otorrinolaringólogos y audiólogos. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación para defectos cardíacos congénitos críticos mediante la oximetría de pulso conforme a la Ley Núm. 192 de 20 de noviembre de 2014. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Telemetría 	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de enfermería y otros profesionales aliados a la salud 	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de nutrición ofrecidos en el hospital, incluyendo hiperalimentación. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios clínicos y pruebas radiológicas 	
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y estudios diagnósticos 	
<ul style="list-style-type: none"> • Terapias respiratorias y físicas 	
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas Médicas 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre, plasma y plaquetas 	
<ul style="list-style-type: none"> • Suplidos y medicamentos 	

	<ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia, radioterapia (incluyendo cobalto) y medicamentos por componente médico si la condición del asegurado requiere dichos tratamientos durante su estadía en el hospital conforme a las disposiciones de la Ley Núm. 107 de 2012 según enmendada. MCS Life cubrirá los medicamentos para tratamientos del cáncer por vía intravenosa, vía inyectable o vía intratecal, según la orden médica del especialista u oncólogo). 	
	<ul style="list-style-type: none"> Diálisis y hemodiálisis - Walmart es primario durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare, luego Medicare es primario y Walmart es secundario, desde el primer tratamiento, relacionado con la misma condición clínica. No aplica copago. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Otras facilidades, servicios, equipos y materiales que el hospital usualmente provea, segun ordenados por el médico y no hayan sido expresamente excluidos del contrato. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalizaciones por enfermedades mentales y abuso de sustancias estarán cubiertas de acuerdo con los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, incluyendo el Tratamiento de Salud Conductual. 	\$50

Otros servicios institucionales		
Beneficio	Descripción	Copago/Coaseguro
Facilidades de enfermería diestra (<i>skilled nursing facilities</i>)	No aplica copago. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Se cubrirán estos servicios si comienzan dentro de los catorce (14) días siguientes a la fecha en que el asegurado 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.	\$0
Asistencia quirúrgica en hospital	No aplica copago. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.	\$0
Hospicio	Cubierto sin ningún copago o coaseguro, para asegurados en etapa terminal con pronóstico de	0%

	<p>seis meses de vida o menos. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos sociales • Cuidado de enfermera • Equipo médico duradero • Suplidos médicos • Medicamentos para el dolor • Psicólogos • Consejería para el asegurado y su familia <p>Nota: Todos estos servicios deberán estar relacionados al diagnóstico por el cual el asegurado es admitido al hospicio y ser ofrecidos por personal autorizado y <u>preautorizados por MCS Life</u>. Se excluyen los tratamientos y medicamentos para enfermedades terminales y servicios que no sean preautorizados.</p>	
Anestesia en hospital	Servicio cubierto. No aplica copago.	\$0
Cirugías en hospital	Usualmente se realizan en una facilidad ambulatoria y si necesitan realizarse en el hospital, requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Esto aplica solo cuando el procedimiento es la razón de la admisión. La cirugía reconstructiva sólo se ofrecerá cuando sea para restaurar tejidos dañados por enfermedad o por lesión corporal, un accidente o para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido y que no esté relacionada 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 la póliza. Aplica coaseguro de procedimiento y copago de facilidad.	\$50 Procedimiento: 25%
Hospitalización por salud mental o por abuso de sustancias controladas y/o alcohol (parciales y completas)	Aplica copago de hospitalización. Terapias electro convulsivas requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.	\$50

3. Servicios Ambulatorios

Beneficio	Descripción	Copago/Coaseguro
Visitas a médicos o profesionales de la salud	De acuerdo con la especialidad médica aplica copago o coaseguro. Estas incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Médicos generalistas • Especialistas • Sub especialistas 	\$10 \$10 \$15
Visitas médicas a domicilio	Aplica copago correspondiente.	\$15
Optómetra	Aplica copago de especialista. Cubierto conforme a la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002.	\$10
Psicólogo clínico	Aplica copago de especialista. Cubierto conforme a la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002, según enmendada, y de acuerdo con la Ley Núm. 239 de 2012.	\$10
Audiólogo	Aplica copago de especialista. Cubierto conforme a la Ley Núm. 127 de 27 de septiembre de 2007, según enmendada.	\$10
Quiropráctico	Para la visita inicial al quiropráctico, el asegurado pagará la cantidad correspondiente a la visita de especialista. Subsiguientemente aplicará la cantidad correspondiente para manipulaciones. Cubierto conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, según enmendada por la Ley Núm. 150 de 8 de agosto de 2006.	\$10 Manipulaciones: \$7
Servicios podiátricos	Cubre el cuidado rutinario del pie y los procedimientos quirúrgicos podiátricos. Aplica copago de especialista por visita médica. En procedimientos quirúrgicos podiátricos aplicará coaseguro de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica, en facilidad ambulatoria u hospitalización según corresponda, más copago de facilidad. Procedimientos quirúrgicos podiátricos realizados en hospital requieren preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Cubierto conforme a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, según enmendada por la Ley Núm. 148 de 9 de agosto de 2002.	Visita médica: \$10 Facilidad: \$25 Hospital: \$50 Procedimiento: 25%
Doctores en naturopatía	Aplica copago de especialista. Cubierto conforme a la Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007.	\$10

Nutricionista	Aplica copago de especialista. Cubierto sin límite de visitas por año póliza.	\$10
Facilidades ambulatorias	El uso de facilidad de cirugía ambulatoria estará cubierto y el asegurado será responsable por el copago del uso de la facilidad. Aquellos procedimientos que comúnmente son realizados en una oficina médica y requieran ser realizados en una facilidad ambulatoria están sujetos a una pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.	\$25
Exámenes de pre-admisión	Aplica copago / coaseguro de los exámenes o laboratorios.	25% Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	El asegurado será responsable de pagar el coaseguro por procedimientos más el copago por la visita médica.	25% Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	El asegurado será responsable de pagar el coaseguro de procedimientos más el copago aplicable a la facilidad ambulatoria. Aquellos procedimientos que, por lo general, se realizan en oficina médica y requieran utilizar el centro de cirugía ambulatoria requieren pre autorización de MCS Life. Para pruebas moleculares o genéticas, refiérete a la Parte III, inciso 8. Servicios de laboratorios y rayos X.	25% Facilidad: \$25
Inyección intra-articular	Aplica copago de visita médica. No requiere pre autorización.	Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15
Terapia de inyecciones esclerosantes (Venas)	Oficina médica: Aplica copago de visita médica.	Especialista: \$10 Subespecialista: \$15
	Facilidad ambulatoria: Aplica copago de facilidad ambulatoria. Servicios ofrecidos por Cirujano General y Escleroterapia Periferal.	\$25
Terapia respiratoria ambulatoria	Aplica copago de terapia.	\$7
Circuncisión	• Oficina médica: Aplica copago de visita médica.	Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15
	• Facilidad ambulatoria: Aplica copago de facilidad.	\$25

Vasectomía en oficina médica	Aplica copago de visita médica. Cubre una (1) vasectomía por vida, por asegurado. No aplica coaseguro por procedimiento en oficina médica.	Especialista: \$10 Subespecialista: \$15
Vasectomía en facilidad ambulatoria	Cubre una (1) vasectomía por vida, por asegurado. Vasectomías en facilidad ambulatoria requieren pre autorización y les aplica copago correspondiente.	\$25
Endoscopias en oficina médica	Aplica copago de visita médica. No aplica coaseguro de procedimientos de diagnóstico y quirúrgicos en oficina médica.	Especialista: \$10 Subespecialista: \$15
Endoscopias en facilidad ambulatoria	Aplica copago de facilidad ambulatoria. No aplica coaseguro de procedimientos de diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life.	\$25
Quimioterapia y radioterapia (incluyendo cobalto) Medicamentos por componente médico	Conforme a las disposiciones de la Ley Núm. 107 de 2012, se cubre medicamentos de cáncer en sus varios métodos de administración, por vía intravenosa, vía inyectable o vía intratecal, según la orden médica del especialista u oncólogo. Aplica copago de oficina médica o facilidad ambulatoria.	Especialista: \$10 Subespecialista: \$15 Facilidad: \$25
Diálisis y hemodiálisis	Walmart es primario durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare, luego Medicare es primario y Walmart es secundario, desde el primer tratamiento, relacionado con la misma condición clínica. No aplica copago.	\$0
Litotricia	Aplica copago de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.	\$25
Cirugía ortognática	Aplica copago de facilidad ambulatoria o de visita médica. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.	Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15 Facilidad: \$25
Servicios para el tratamiento de Queratocono (Keratoconus)	Aplica copago de visita médica más un copago de \$250 por cada par de lentes.	Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15 Tratamiento: \$250
Criocirugía cervical	• Oficina médica: aplica copago de visita médica. Máximo de un (1) procedimiento por año póliza por asegurado.	Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15

	<ul style="list-style-type: none"> Facilidad ambulatoria: aplica copago de facilidad ambulatoria. Máximo de un (1) procedimiento por año póliza por asegurado. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life por uso de facilidad. 	\$25
<i>Thin Prep Pap</i>	Servicio cubierto en su totalidad.	\$0
Prueba de velocidad de conducción nerviosa	Aplica coaseguro de laboratorio. Dos (2) procedimientos por año póliza por asegurado.	25%
Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivos y no invasivos	Aplica coaseguro por prueba correspondiente más copago de oficina médica o facilidad ambulatoria.	25% Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15 Facilidad: \$25
Septoplastías, rinoseptoplastía y Rinoplastías postrauma o por necesidad médica	Aplica copago de facilidad ambulatoria. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. No puede estar relacionada con la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) o con la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) y haber ocurrido durante la efectividad de este certificado.	\$25
Pruebas y procedimientos neurológicos	Aplica coaseguro de rayos X.	25%
Escalenotomía	Aplica copago de facilidad ambulatoria.	\$25
Pruebas audiológicas	Aplica coaseguro de laboratorio, hasta un máximo de una prueba (1) por año póliza.	25%
Cirugías reconstructivas	Aplica copago de facilidad u hospital, según corresponda. Requiere pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS. Sólo se ofrecerá cuando sea una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por enfermedad, lesión corporal o accidente (postrauma) y cuando sea una cirugía para corregir una anomalía congénita incluyendo un defecto oral de un recién nacido. No puede estar relacionada con la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) o con la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE).	Facilidad: \$25 Hospital: \$50
Cateterismo cardiaco	Aplica coaseguro de rayos X, más copago de facilidad ambulatoria.	25% Facilidad: \$25

4. Maternidad y atención al recién nacido

Los servicios de maternidad y atención al recién nacido están disponibles para la asegurada.

A algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles en la Parte VIII al final de este capítulo.

Beneficio	Descripción	Copago/Coaseguro
Servicios de maternidad	Cuidado prenatal y postnatal con copago correspondiente.	\$8
	Si la asegurada se suscribe al programa de Madres y Bebés Saludables durante los primeros tres (3) meses de embarazo, no aplicará copago en los servicios de cuidado prenatal y postnatal. Para más detalles sobre este programa, favor ver la Sección 7 – Programas incluidos en sus beneficios.	\$0
Cubierta de cuidado en hospital para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s)	Aplica copago de hospital. Tiene cubierta mínima de cuarenta y ocho (48) horas de cuidado hospitalario para la madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) por parto natural. Si el parto requiere cesárea, tiene cubierta mínima de noventa y seis (96) horas. Cubierto conforme a la Ley Núm. 248 del 15 de agosto de 1999. Una vez inscrita en el programa Madres y Bebés Saludables, podrá beneficiarse al momento del parto de no tener que asumir el copago de admisión al hospital.	\$50
Otros servicios de maternidad	<p>Aplica copago o coaseguro para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de obstetricia en hospital y ambulatorio. • Sonogramas obstétricos hasta tres (3) por embarazo y para embarazos de alto riesgo máximo de seis (6), adicionales requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica coaseguro de rayos X. Perinatólogos no requieren pre autorización. • Perfil biofísico, limitado a uno (1) por embarazo, adicionales requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica coaseguro de rayos X. 	<p>Hospital: \$50 Facilidad: \$25</p> <p>25%</p> <p>25%</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fetal Non Stress Test</i> hasta uno (1) por embarazo, adicionales requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. Perinatólogos no requieren pre autorización. Aplica coaseguro de rayos X. • Ecocardiograma fetal el cual deberá ser pre autorizado por Asuntos Clínicos de MCS Life. Aplica coaseguro de rayos X. • Amniocentesis (genética) sin límites. • Amniocentesis (maduración fetal) sin límites. Sujeto a evaluación y pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. 	25% 25% 25% 25%
	<p>No aplica copago o coaseguro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fetal Monitor Contraction Stress Test</i> hasta tres (3) por embarazo, adicionales requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. • Monitoría fetal por embarazo (correas – producción e interpretación) en hospital, estarán cubiertos hasta tres (3) sin pre autorización, adicionales requieren pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. 	\$0
Visita de seguimiento luego del parto	Aplica copago de visita médica. Incluye cualquier tratamiento y pruebas médicas requeridas tanto para el infante como para la madre.	\$10
Atención del recién nacido en el hospital (durante la estadía por nacimiento)	<p>No aplica copago. Los siguientes beneficios están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, incluye el cuidado y tratamientos de defectos y anormalidades congénitas diagnosticadas. 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 • Evaluación para defectos cardíacos congénitos críticos mediante la oximetría de pulso conforme a la Ley Núm. 192 de 20 de noviembre de 2014; • Circuncisión del recién nacido 	\$0
Atención del recién nacido (servicios ambulatorios)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplica copago de visita médica, para visitas rutinarias del bebé (<i>Well Baby Care</i>). 	Generalista: \$10 Especialista: \$10

	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamientos de defectos y anormalidades congénitas diagnosticadas. • Evaluación auditiva neonatal universal 	Subespecialista: \$15
Pruebas de evaluación al recién nacido	Pruebas preventivas requeridas por PPACA y establecidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico y según el Título XIX del Programa de Medicaid, Título V del Programa para Madres, Niños y Adolescentes, y de la Academia Americana de Pediatría, según requerido por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, según enmendada. Para información sobre evaluaciones que aplican, referirse al inciso 8, Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas.	\$0

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

Los servicios de salud mental, abuso de sustancias y tratamiento de salud conductual se ofrecen directamente con el proveedor o mediante su participación voluntaria en el programa MCS Solutions que ofrece servicios 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 el asegurado reciba el servicio 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, podrá acceder servicio inmediato y directo en una sala de emergencia.

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

A algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles en la Parte VIII al final de este capítulo.

Beneficio	Descripción	Copago/Coaseguro
Salud mental y abuso de sustancias; tratamiento a nivel ambulatorio incluye, pero no se limita a:	• Visitas ilimitadas a psiquiatras y psicólogos clínicos, aplicando el copago correspondiente	\$10
	• Unidades de estabilización de veintitrés (23) horas, luego de las veinticuatro (24) horas, se considera una hospitalización	\$50

	<ul style="list-style-type: none"> Aplica el copago de hospitalización para tratamiento ambulatorio intensivo (<i>Intensive Outpatient, IOP</i>). Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life 	\$50
	<ul style="list-style-type: none"> Visitas de terapias grupales y visitas colaterales aplicando el copago correspondiente 	\$10
	<ul style="list-style-type: none"> Aplica copago de hospitalización, parcial, completa o intensiva; Hospitalización parcial requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life 	\$50
	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de casos intensivos 	\$50
Abuso de sustancias:	<p>Los siguientes servicios están cubiertos para trastorno por dependencia o abuso de sustancias controladas o alcohol sin límites, conforme a la Ley de Salud Mental, según enmendada y conforme a PPACA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manejo de casos intensivos Psiquiatra Psicólogos clínicos Visitas colaterales Terapias grupales (por psicólogos clínicos) Traslado de ambulancia entre instituciones 	
Tratamiento residencial para trastorno por dependencia o abuso de sustancias controladas y alcohol	Cubierto por MCS Solutions o proveedores contratados en Puerto Rico. No aplica copago. Este beneficio incluye desintoxicación por razón de dependencia o abuso de sustancias controladas en facilidades disponibles dentro de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 408 de 2000, según enmendada. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.	\$0
Pruebas psicológicas	Aplica copago de especialista. Para menores de veintiún (21) años, se cubrirá aquellas pruebas psicológicas determinadas por el Departamento de Salud en colaboración con el Departamento de Educación sujeto a las condiciones y limitaciones impuestas por las referidas agencias o leyes especiales aplicables, en conformidad a la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, según enmendada.	\$10
Programa de Asistencia al Empleado (PAE)	Ocho (8) visitas al psicólogo o trabajador social por asegurado por año póliza, sin copago. Si el asegurado excede las ocho visitas, deberá pagar el copago de especialista.	\$0

- | | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Consultoría legal • Consultoría financiera • Manejo de crisis • Consejería matrimonial | |
|--|---|--|
- Consultoría legal
 - Consultoría financiera
 - Manejo de crisis
 - Consejería matrimonial

6. Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero

A algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles en la Parte VIII al final de este capítulo.

Beneficio	Descripción	Copago/Coaseguro
Terapia física rehabilitativa ambulatoria	Aplica copago correspondiente. Cubierto hasta veinte (20) terapias físicas por año póliza por asegurado. Terapias adicionales requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Según la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo) Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, no aplicarán límites a los tratamientos para las condiciones de autismo.	\$7
Terapia física habilitativa ambulatoria	Aplica copago correspondiente. Cubierto hasta veinte (20) terapias físicas por año póliza por asegurado. Terapias adicionales requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Según la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo) Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, no aplicarán límites a los tratamientos para las condiciones de autismo.	\$7
Terapias ocupacionales (ambulatoria)	Aplica copago de terapia física. Estos servicios ambulatorios serán cubiertos solamente para tratamientos para las condiciones de autismo, según la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo) Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012.	\$7
Terapias del habla y lenguaje, rehabilitativas o no rehabilitativas (ambulatoria)	Aplica copago de terapia física. Estos servicios ambulatorios serán cubiertos solamente para tratamientos para las condiciones de autismo, según la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo) Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012.	\$7
Manipulaciones de quiropráctico	<p>Aplica copago correspondiente. Cubierto hasta quince (15) manipulaciones por año póliza por asegurado. Terapias adicionales requieren pre autorización. Según la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo) Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012, no aplicarán límites a los tratamientos para las condiciones de autismo.</p> <p>Otros servicios quiroprácticos:</p> <p>Pueden incluir servicios de radiología y terapia física, siempre y cuando estén contratados con el proveedor participante.</p>	\$7

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	<p>Aplica coaseguro correspondiente. Requieren pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Estarán cubiertos a través de proveedores contratados. Entre los equipos más comunes se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camas de posición • Silla de ruedas • Oxígeno y equipo necesario para su administración • Suplidos de ostomía • Zapatos para diabéticos, cubiertos con preautorización. • Bomba de insulina incluyendo su mantenimiento, sin límite de edad y que sea ordenado por un médico especialista. • Suplidos para la bomba de insulina. <p>Asociados que se inscriban en el Programa Vida no le aplicará coaseguro para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glucómetro y monitor de presión arterial – Cada dos (2) años sin límite de edad y ordenado por cualquier especialidad médica. • Lancetas y Tirillas – hasta un máximo de cien (100) para treinta (30) días de suprido de cada uno. Para menores de veintiún (21) años no aplican límites de cantidad. • Suplidos para la bomba de insulina. • Jeringuillas – Refiérase a su Cubierta de Farmacia MC 21, Capítulo 2. • Zapatos para Diabéticos <p>Para los asegurados que no participen del Programa Vida se cubrirán el glucómetro, lancetas, tirillas, jeringuillas y el monitor de presión arterial a través de la cubierta de farmacia (ver Capítulo 2).</p>	25%
Servicios de equipo tecnológico	Aplica coaseguro de Equipo Médico Duradero. Además, se cubre un (1) turno diario de ocho (8) horas por asegurado de servicios de enfermeras diestras o especialistas en terapia respiratoria. Se incluyen los suministros para el manejo del equipo técnico, terapia física y ocupacional necesaria según la Ley Núm. 125 de 21 de septiembre de 2007 y la Ley Núm. 62 de 4 de mayo de 2015.	25%
Respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria	Aplica coaseguro correspondiente. Incluye pruebas y equipo para asegurados que requieran el uso de un ventilador mecánico.	0%
Aparatos ortóticos	Aplica coaseguro correspondiente. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Incluye abrazadera ortopédica y sostén requeridos luego de una mastectomía.	25%
Devices (aparatos o	Aplica coaseguro correspondiente a equipo médico	25%

artefactos)	duradero. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.	
Implantes, prótesis interna y externa	Aplica coaseguro correspondiente. Aparatos prostéticos limitados a uno (1) por extremidad por vida por asegurado. Se excluyen reemplazos. Para prótesis externa se requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.	25%
Bandejas de implantes y otras bandejas quirúrgicas	Aplica copago correspondiente. Cubierto para reemplazar órganos, partes del cuerpo o ayudar en su funcionamiento. Ejemplos: prótesis, marcapasos y válvulas, entre otros. Se excluyen reemplazos.	\$300
Cuidado de salud en el hogar	<p>Cubierto. No aplica copago. El cuidado combinado será cubierto hasta sesenta (60) días en el hogar por año póliza por asegurado. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.</p> <p>Los servicios estarán cubiertos por las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si comienzan dentro de los catorce (14) días siguientes a la fecha en que el asegurado fue dado de alta después de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma condición o por alguna situación relacionada a la condición por la cual fue hospitalizado • Continuidad del tratamiento por las mismas causas que estén relacionadas a la condición o diagnóstico de ingreso que provocaron la estadía en un hospital • Como alternativa a una hospitalización <p>Los servicios brindados bajo cuidado de salud en el hogar incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia del habla rehabilitativa (postrauma, accidente o cirugía) • Terapia física • Terapia ocupacional • Terapia respiratoria • Terapia cardiovascular rehabilitativa • Alimentación enteral • Cuidado de Enfermera 	\$0

7. Servicios de Laboratorio y Rayos X

MCS Life pagará la cantidad negociada y contratada en la Red de Proveedores para la producción e interpretación de procedimientos de laboratorio y rayos x, siempre y cuando sean:

- Ordenados por un médico
- Necesarios para el diagnóstico de alguna enfermedad o lesión
- Médicamente necesarios
- Practicados por un laboratorio o radiólogo

Beneficio	Descripción	Copago/Coaseguro
Laboratorios	Aplica coaseguro.	25%
Rayos X	Aplica coaseguro.	25%
PET CT	Aplica coaseguro de rayos X. También conocido como Pet Scan. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Cubierto hasta uno (1) por región anatómica (cabeza, cuello, pecho, abdomen, pelvis, extremidades genitales, tórax, columna vertebral y cuerpo (pecho y abdomen), por año póliza.	25%
Pruebas moleculares o genéticas	Aplica coaseguro de pruebas moleculares o genéticas, excepto pruebas requeridas por ley como servicio preventivo, solamente en proveedores contratados por MCS Life. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life. Estas pruebas solo serán cubiertas cuando estén referidas según las políticas médicas establecidas.	25%
Medicina nuclear	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Polisomnografía (estudio del sueño)	Aplica coaseguro de rayos X. Cubierto sin límite. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.	25%
CT Scan	Aplica coaseguro de rayos x. Cubierto hasta uno (1) por región anatómica (cabeza, cuello, pecho, abdomen, pelvis, extremidades genitales, tórax, columna vertebral y cuerpo (pecho y abdomen), por año póliza.	25%
Densitometría ósea	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Doppler Echocardiography Color Flow	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Ecocardiograma	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Electrocardiograma	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Electroencefalograma	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Electromiograma	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Angiografía	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Holter	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Estudios cerebrovasculares periféricos no invasivos	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Mielografía	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
MRA	Aplica coaseguro de rayos x. Cubierto hasta uno (1) por región anatómica (cabeza, cuello, pecho, abdomen, pelvis, extremidades genitales, tórax,	25%

	columna vertebral y cuerpo (pecho y abdomen), por año póliza.	
MRI	Aplica coaseguro de rayos x. Cubierto hasta uno (1) por región anatómica (cabeza, cuello, pecho, abdomen, pelvis, extremidades genitales, tórax, columna vertebral y cuerpo (pecho y abdomen), por año póliza.	25%
Sonogramas	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
SPECT	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Prueba de esfuerzo (stress test)	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Prueba de esfuerzo (stress test) con sestamibi, persatine o talio	Aplica coaseguro de rayos x.	25%
Pruebas de alergia / Pruebas de provocación	Aplica coaseguro de laboratorio. Cubierto sin límites.	25%

8. 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 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 veintiún (21) años, es la recomendación la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP).
Concentración de bilirrubina	Evaluación para recién nacidos.
Presión sanguínea	Evaluación para niños de las edades: cero (0) a once (11) meses, uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, once (11) a catorce (14) años y quince (15) a diecisiete (17) años.
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.
Profilaxis ocular para oftalmía gonocócica neonatorum (Gonorrea)	Medicación tópica ocular profiláctica para todos los recién nacidos para prevenir la oftalmía gonocócica neonatorum (Gonorrea).
Evaluación auditiva	Evaluación 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 los niños, Edades: cero (0) a once (11) meses, uno (1) a cuatro (4) años, cinco (5) a diez (10) años, once (11) a catorce (14) años 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 de 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.
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 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 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	Evaluación para identificar el uso de tabaco, alcohol y drogas en menores de

drogas	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 de sesenta y cinco (65) a los setenta y cinco (75) años de edad que hayan sido fumadores en algún momento.
Evaluación para desorden de ansiedad	Evaluación para desorden de ansiedad de adultos de sesenta y cuatro (64) años de edad o menos, incluidas las personas embarazadas y postparto.
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 colonoscopía, 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. Esta es una prueba de detección, por lo que los asegurados no tendrán que pagar nada de su bolsillo.
Evaluación de depresión y riesgo de suicidio para adultos	Evaluación de depresión para población de adultos, incluyendo personas embarazadas o postparto, y adultos mayores de sesenta y cinco (65) años en adelante.
Prevención de caídas en adultos mayores	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	Evaluación para la detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en

del virus de la hepatitis C (HCV)	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 – (Preexposure prophylaxis 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, referidas por su médico a usar estos medicamentos y reducir el riesgo de contagio con VIH. Visite el siguiente enlace para conocer las consideraciones clínicas; https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prevention-of-human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-pre-exposure-prophylaxis#bootstrap-panel--7 . 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. La Evaluación debe interrumpirse una vez que una persona no ha fumado por quince (15) años o desarrolla un problema de salud que limita considerablemente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación de pulmón curativa.
Detección de la	Exámenes de detección de LTBI en poblaciones con mayor riesgo. Consulte la

infección tuberculosa latente	sección "Assessment of Risk" en el siguiente enlace, https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/latent-tuberculosis-infection-screening para obtener información adicional sobre los adultos con mayor riesgo.
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.
Uso de 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 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 <i>tamoxifeno</i> , <i>raloxifeno</i> o inhibidores de la aromatasa, para las mujeres que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad 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	<p>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.</p> <p>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</p> <p>El equipo de lactancia está cubierto con orden médica luego del tercer trimestre de embarazo y por la duración de la lactancia. Suplidos adicionales para máquina de lactancia están cubiertos y el equipo está disponible a través de proveedores contratados.</p>
Evaluación de cáncer cervical	Evaluación de cáncer de cuello uterino cada tres (3) años solo con citología cervical en mujeres de veintiún (21) a veintinueve (29) años. Para las mujeres de treinta (30) a sesenta y cinco (65) años, se recomienda realizar una evaluación cada tres (3) años solo con citología cervical, cada cinco (5) años solo con 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 clamidía a toda mujer sexualmente activa,	Evaluación de infección por clamidía en todas las mujeres sexualmente activas de veinticuatro (24) años de edad o menores, y en las mujeres de veinticinco (25) años o más.

incluyendo personas embarazadas	años o más que tienen un mayor riesgo de infección.
Métodos anticonceptivos	<p>Todo método anticonceptivo aprobado, asignado o autorizado por la FDA, así como procedimientos de esterilización, exámenes de detección, educación de pacientes, asesoramiento y suministro de anticonceptivos (incluso en el período posparto inmediato) para todas las mujeres con capacidad reproductiva según requerido están cubiertos sin costo compartido. La atención de los anticonceptivos también incluye la atención y seguimiento.</p> <p>Los siguientes métodos se cubrirán a través de su cubierta médica como servicio ambulatorio, incluyendo inserción y remoción para los dispositivos que aplique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de esterilización 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 <p>Los siguientes métodos se cubrirán por su cubierta de farmacia. El Formulario de Medicamentos aplicable a esta póliza/este certificado, provee los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos orales (píldora combinada) • Anticonceptivos orales (progesterona 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. Cualquier inserción y extracción de dispositivos de métodos anticonceptivos está cubierta. El CSSPR, ni la ley federal aplicable establecieron ninguna diferencia en los niveles de anticonceptivos. Si el formulario incluye el anticonceptivo, no se puede aplicar ningún costo compartido, independientemente del nivel específico.
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 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	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.

de adultos vulnerables: Evaluación a mujeres en edad reproductiva	
Suplementos de ácido fólico para prevenir los defectos del tubo neural: Medicamentos Preventivos	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) mujeres embarazadas después de las veinticuatro (24) semanas de gestación, 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: <ul style="list-style-type: none"> • Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal • Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación, entre las veintiocho (28) y treinta y cuatro (34) semanas de embarazo • Durante el parto si la embarazada nunca se ha realizado su prueba y se desconoce su estatus de VIH Según 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	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-

mediana edad	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 a las mujeres embarazadas o en estado de postparto que estén en riesgo incrementado 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.
Trastornos hipertensivos del embarazo personas embarazadas asintomáticas	Evaluación de trastornos hipertensivos en personas embarazadas con mediciones de presión arterial durante todo 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 anualmente de incontinencia urinaria. Factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluye aumento de la paridad, edad avanzada y obesidad; sin embargo, estos factores no deben usarse para limitar la detección.
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 y reducir el riesgo de contagio con VIH. Visite el siguiente enlace para conocer las consideraciones clínicas; https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prevention-of-human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-pre-exposure-prophylaxis#bootstrap-panel--7 . 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>.

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)	
<i>Haemophilus influenzae</i> , tipo B (Hib)	
Neumococo (PCV) y (PPV)	
Sarampión, papera y rubeola (MMR)	
Varicela (Var)	
Hepatitis A (Hep A)	
Meningococo (MCV)**	
Influenza	
Human papillomavirus (HPV)*- 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 CDC 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****	
Viruela símica*****	
Virus respiratorio sincitial (RSV) (conocida como la vacuna Synagis®) *****	

- * 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 infantes y niños de 6 meses a 12 años y adolescentes de 13 a 18 años, adolescentes mayores de diecinueve (19) 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)*.
- ***** Se recomienda vacunación de Viruela símica para cualquier persona en riesgo de infección.
- ***** Se recomienda vacuna para personas durante el embarazo y adultos mayores de 60 años, de acuerdo con las recomendaciones del CDC.

Inmunizaciones adicionales

Virus respiratorio sincitial (RSV) (conocida como la vacuna Synagis)	Requiere pre autorización a través del Departamento de Farmacia de MCS. No aplica ningún copago por la vacuna. Aplica copago por la visita médica. Esta vacuna estará cubierta en las dosis sugeridas conforme a la Ley Núm. 165 de 30 de agosto de 2006.	\$0 Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15
Vacunas para Viajeros	Requiere pre autorización. Se cubrirán para los asociados con asignaciones especiales autorizadas por escrito por el Departamento de Beneficios de la Oficina Central de Walmart Puerto Rico.	\$0
Vacuna Pediarix	Cubierto. No aplica ningún copago por la vacuna. Aplica copago por la visita médica. Cubierto para niños y en las dosis correspondientes según edad, sexo, estado de salud y las condiciones establecidas por MCS para estos servicios.	\$0 Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15
Vacuna Prevnar	Cubierto. No aplica ningún copago por la vacuna. Aplica copago por la visita médica. Cubierto para niños y en las dosis correspondientes según edad, sexo, estado de salud y las condiciones establecidas por MCS para estos servicios.	\$0 Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15

Sección 2: Otros servicios cubiertos

Algunos de estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Parte VIII de este capítulo.

Beneficio	Descripción	Copago/Coaseguro
Servicios de visión	<p>Este servicio incluye un (1) examen de refracción por año póliza. Aplica copago.</p> <p>Se cubrirá hasta un máximo de ciento treinta dólares (\$130.00) por asegurado por año póliza (enero a diciembre).</p> <p>Estos servicios estarán cubiertos a través de proveedores contratados por MCS Life o por reembolso si los servicios son provistos por un proveedor no contratado. Si el asegurado incurre en gastos por servicios o suministros que hayan sido recetados por un optómetra o un oftalmólogo, MCS Life pagará dicha cantidad hasta el máximo establecido que podrá ser utilizado para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Lentes de visión sencilla, bifocal, trifocal o lenticular. B. Espejuelos (monturas). C. Lentes de contacto regulares o tóricos. D. Terapias ortópticas estarán cubiertas hasta treinta (30) terapias por vida. E. Opciones adicionales como lente anti-reflectivo, policarbonato, rayos ultravioletas, entre otros. 	\$4
Mastectomía y mamoplastía reconstructiva	No aplica copago para los servicios relacionados con una mastectomía relacionada a cáncer de seno para hombres y mujeres, incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre los senos, prótesis y complicaciones. Requiere preautorización a través de Asuntos Clínicos de MCS Life. Conforme a la Ley de los Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (<i>Women's Health and Cancer Rights Act</i> del 1998).	\$0
	Para cualquier otra condición: Está cubierto con copago de hospitalización. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS life.	\$50
Terapia por Linfedema (post-mastectomía relacionada a cáncer de seno)	Aplica copago de terapia física. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.	\$7

Ginecomastia	No aplica copago por procedimiento. Aplica copago de facilidad ambulatoria. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos MCS Life.	\$25
Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ)	Servicios de osteotomía mandibular y maxilofacial debido a atrofia. Aplica copago de hospitalización y requiere pre autorización a través de Asuntos Clínicos de MCS Life.	\$50
Servicios de ambulancia aérea en Puerto Rico	Aplica coaseguro correspondiente. Un (1) viaje por año póliza. Cubierto de acuerdo con la necesidad médica, a través de proveedores contratados y conforme al protocolo establecido para este servicio.	20%
Examen físico anual	Se cubre un (1) examen físico anual, siempre que sea para propósitos preventivos de acuerdo con la edad, sexo y condición de salud del asegurado. Se excluyen los exámenes físicos y pruebas de laboratorios para certificados médicos que sean ordenados por el patrono o algún otro propósito que no sea preventivo.	0%
Autismo	Los tratamientos para las condiciones de autismo, definidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, estarán cubiertos sin límites luego que la necesidad médica haya sido establecida. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: genética, neurología, inmunología, gastroenterología, nutrición, terapias del habla, lenguaje y no rehabilitativa, psicológicas, ocupacionales y físicas, e incluirá visitas médicas y pruebas médica mente necesarias. Cubierto según la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo) Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012.	
Cámara hiperbárica	No aplica copago ni coaseguro. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life.	0%
Carta de derechos de pacientes con cáncer y sobrevivientes de cáncer	Se cubre conforme a la Ley Núm. 275 de 27 de septiembre de 2012, de Pacientes Diagnosticados con Cáncer y Sobrevivientes.	
Servicios de emergencia recibidos en los Estados Unidos	Dentro de la Red UnitedHealthcare: Estarán cubiertos como cualquier emergencia a través de la Red UnitedHealthcare. Aplica copago de servicios de emergencia. Puedes acceder el directorio de proveedores de servicios de UnitedHealthcare a través: https://us1.welcometouhc.com o al 1-877-563-9016. Los servicios de emergencias no requieren	Accidente y Trauma: \$0 Enfermedad: \$50

	<p>preautorización por parte de MCS Life, pero podrá corroborar la razón y necesidad médica.</p> <p>Fuera de la Red UnitedHealthcare: Los servicios de emergencia en Estados Unidos fuera de la Red de UnitedHealthcare serán reembolsados basados en los gastos usuales y acostumbrados del área donde fueron prestados los servicios, descontando el copago aplicable.</p>	
Segunda Opinión Médica en Puerto Rico	Segunda Opinión Médica en Puerto Rico, aplica copago de visita médica.	Generalista: \$10 Especialista: \$10 Subespecialista: \$15
Zapatos Ortopédicos	<p>Cubierto sólo para asegurados con diagnóstico de diabetes. Aplica coaseguro correspondiente. Requiere preautorización de Asuntos Clínicos de MCS.</p> <p>Asociados que se inscriban en el Programa Vida no le aplicará coaseguro.</p>	25%
Disforia de Género	<p>Aplica para adolescentes y adultos desde los doce (12) años de edad que cumplan con los criterios establecidos por la Guía Clínica de Reasignación de Género de MCS Life.</p> <p>Incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia conductual • Psicoterapia • Pruebas de diagnóstico • Pruebas especializadas (MRI, CT Scan, Pet Scan, Pet CT, MRA, SPECT). Pet Scan y Pet CT requieren pre autorización. Cirugía para la reasignación de sexo, que puede incluir cirugía de reconstrucción genital y de mama y cirugía toráxica. Este beneficio estará cubierto si el asegurado cumple con los criterios descritos en la Guía Clínica de Reasignación de Género de MCS Life. <p>Todo procedimiento relacionado a este diagnóstico requiere preautorización.</p> <p>Los servicios prestados en PR aplicará el copago o coaseguro según los servicios recibidos. Servicios no disponibles en PR estarán cubiertos con pre autorización de Asuntos Clínicos y aplicará el copago o coaseguro de acuerdo a los servicios recibidos.</p>	

<p>Cirugía para la reasignación de sexo</p>	<p>Aplica para asegurados de dieciocho (18) años o más de edad diagnosticados con disforia de género, debidamente documentado mediante dos (2) cartas de referido por profesionales de la salud mental cualificados. El asegurado debe haber recibido doce (12) meses de terapia hormonal continua (a menos que el asegurado tenga una contraindicación médica o no pueda o no quiera tomar hormonas). Para conocer los requisitos de la carta, refiérete a la Guía Clínica de Reasignación de Género de MCS Life.</p> <p>Para el paciente con cambio de género femenino a masculino, los procedimientos quirúrgicos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mastectomía • Histerectomía • Ooforectomía • Vaginectomía • Vulvectomía • Escrotoplastia • Uretroplastia • Colocación de prótesis testicular o de pene • Faloplastia o metoidioplastia (alternativa a la faloplastia) <p>Para el paciente con cambio de género masculino a femenino, los procedimientos quirúrgicos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penectomía • Vaginoplastia • Clitoroplastia • Labioplastia • Orquiectomía • Uretroplastia <p>Todo procedimiento relacionado a este diagnóstico requiere preautorización.</p>	
<p>Equipo auditivo</p>	<p>Cubierto con copago correspondiente por oído cada 24 meses.</p>	<p>\$250</p>
<p>Elevidys</p>	<p>Elevidys está aprobado y es médica mente necesario para el tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne (DMD) en pacientes que cumplen con todos los criterios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de distrofia muscular de Duchenne realizado 	

- por, o en consulta con, un especialista neuromuscular pediátrico con experiencia en el diagnóstico de DMD; y
- Envío de registros médicos (por ejemplo, notas de gráficos, valores de laboratorio) que confirmen ambos de los siguientes:
 1. Una mutación en el gen DMD; y
 2. La mutación no es una eliminación en el exón 8 o el exón 9; y
 - El paciente tiene 4 o 5 años de edad; y
 - Presentación de registros médicos (p. ej., notas de la historia clínica) que confirmen que el paciente puede caminar sin necesidad de un dispositivo de asistencia (p. ej., sin asistencia de lado a lado, bastón, andador, silla de ruedas, etc.); y
 - El paciente no tiene un título elevado de anticuerpos de unión total anti-AAVrh74 $\geq 1:400$; y
 - El paciente recibirá un régimen de corticosteroides antes y después de recibir Elevidys de acuerdo con la etiqueta de Elevidys aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA); y
 - Elevidys es recetado por un especialista neuromuscular pediátrico con experiencia en el tratamiento de la DMD, o en consulta con él; y
 - La dosificación de Elevidys está de acuerdo con el etiquetado aprobado por la FDA; y
 - El paciente no recibirá terapias de omisión de exón para la DMD [p. ej., Amondys (casimersen), Exondys 51 (eteplirsen), Viltepso (viltolarsen), Vyondys 53 (golodirsen)] de forma concomitante o después del tratamiento con Elevidys; y
 - El paciente nunca ha recibido tratamiento con Elevidys en su vida; y
 - La autorización se emitirá para no más de un tratamiento de por vida y por no más de 45 días desde la aprobación o hasta los 6 años de edad, lo que ocurra primero.

La determinación de la preautorización se gestionará dentro del plazo de quince (15) días desde su recepción. En caso de que la solicitud inicial esté incompleta, se notificará al proveedor del médico dentro de un período de cinco (5) días a partir de la fecha de recepción. El período inicial podrá ampliarse por quince (15) días adicionales, siempre que el período de extensión sea para atender situaciones fuera del control de MCS Life o cuando no exista información suficiente para tomar una determinación. En cualquiera de los casos, se notificará al asegurado o al proveedor que presente la solicitud el motivo de la información específica necesaria para la evaluación. Si la extensión se debe a que no se ha proporcionado la información necesaria para que MCS Life tome una determinación, se le dará al asegurado un período de al menos cuarenta y cinco (45) días a partir de la fecha en que se reciba el aviso de extensión para proporcionar la extensión adicional especificada. información. Las prórrogas se notificarán durante los primeros quince (15) días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

Si se deniega el servicio, se enviará una carta explicando el motivo de la denegación de servicios, incluyendo las

	<p>referencias de respaldo utilizadas, si corresponde, así como información sobre el derecho a apelar la denegación y el procedimiento correspondiente.</p> <p>Los números de teléfono de fax de MCS Life para solicitud de preautorización son los siguientes: 787-622-2436 o 787-622-2434, o puede llamar a la línea dedicada para Asociados de Walmart al 787-945-1348 o 1-855-830-9887</p>	
--	--	--

Sección 3: Servicios cubiertos por reembolso

A estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Parte VIII de este capítulo.

A. Servicios elegibles para reembolso:

Beneficio	Descripción	Reembolso
Proveedores no participantes en Puerto Rico	<p>Se le reembolsará al asegurado los servicios cubiertos que sean prestados por médicos o proveedores no participantes a base de la cantidad que resulte menor entre el gasto incurrido y el honorario que se hubiese pagado a un proveedor participante, descontando el copago o coaseguro correspondiente.</p>	
Servicios de ambulancia terrestre en Puerto Rico	<p>La cantidad máxima a reembolsar será de setenta y cinco (\$75) por viaje, sin límite de viajes por año póliza. Este beneficio será cubierto sujeto a que la entidad que provee los servicios esté debidamente autorizada por la Comisión de Servicio Público de Puerto Rico o cualquier agencia regulatoria en el área geográfica donde se brinda el servicio.</p> <p>El servicio sólo tendrá cubierta si el asegurado cumple con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sufrió una enfermedad o lesión para la cual no se recomienda otro tipo de transportación o es una emergencia psiquiátrica conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008 • Fue transportado: <ul style="list-style-type: none"> • Desde el lugar de la emergencia al hospital • Entre hospitales cuando la institución que transfiere o autoriza el alta no es la apropiada para los servicios cubiertos • Desde el hospital a la residencia, para pacientes cuya condición de salud no permite el uso de otros medios de transportación • Entre instituciones proveedoras de 	\$75

	<p>cuidado de salud</p> <p>Además, el servicio de ambulancia terrestre sólo tendrá cubierta si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La solicitud de reembolso por el servicio incluye el certificado del transporte, el lugar de recogido y el destino • No está 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>). 	
Máquina de Terapia Respiratoria	Cubierto hasta una (1) cada cinco (5) años hasta un máximo de cien dólares (\$100) por asegurado por reembolso.	\$100
	Aero Chamber – Cubierto hasta uno (1) cada dos (2) años, hasta un máximo de cincuenta dólares (\$50), por asegurado por reembolso.	\$50
Anestesia epidural durante el parto	Hasta un máximo de ciento setenta y cinco dólares (\$175) por reembolso.	\$175
Trabajador social	Estos servicios serán reembolsados solamente para tratamientos relacionados a las condiciones de autismo conforme a la Ley BIDA (Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo) Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012.	
Servicios de visión para adultos y niños (adicionales a visión pediátrica)	<p>Si el asegurado incurre en gastos por servicios que hayan sido recetados por un optómetra u oftalmólogo, MCS Life pagará hasta el máximo de ciento treinta dólares (\$130) para los siguientes beneficios:</p> <p>A. Lentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visión sencilla • Bifocal • Trifocal • Lenticular <p>B. Espejuelos (monturas)</p> <p>C. Lentes de contacto regulares o tóricos</p> <p>D. Terapias ortópticas estarán cubiertas mediante reembolso de acuerdo con la necesidad médica, hasta treinta (30) terapias por vida.</p> <p>E. Opciones adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento anti-reflectivo • Lente policarbón • Tratamiento anti-rayado • Tratamiento anti-UV 	\$130

	<ul style="list-style-type: none"> • Progresivo trifocal • Progresivo bifocal • Lente foto-sensitivo (de transición) 	
Preparado de aminoácidos libre de fenilalanina	Se reembolsa el costo total del preparado para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU), sin exclusiones de edad del asegurado y para otros fines, conforme a la Ley Núm. Ley 139 del 8 de agosto de 2016.	0%
Terapia Cardiovascular Rehabilitativa	Estos servicios se reembolsan de acuerdo con las tarifas de MCS y el copago correspondiente. Requiere pre autorización de Asuntos Clínicos. El reembolso será cubierto cuando lo preste un fisiatra con conocimiento en rehabilitación y fisiología del ejercicio. Su propósito es minimizar la incapacidad física y psicológica que puede surgir como resultado de una enfermedad cardiovascular.	\$10

B. Proceso para solicitar un reembolso

El asegurado deberá completar el formulario de reembolso luego de recibir el servicio y tendrá doce (12) meses desde la fecha del servicio para ser sometido para pago. El asegurado podrá solicitar copia del formulario en los centros de servicio al cliente de MCS Life o llamar al Departamento de Servicio al Cliente.

El asegurado deberá entregar el formulario de reembolso y el recibo original y cumplir con los siguientes requisitos:

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

Sección 4: Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida

Los servicios cubiertos incluyen: cirugía por *bypass* gástrico, banda ajustable y gastrectomía en manga (en procedimientos abiertos o cerrados). Otras metodologías de cirugía bariátrica están excluidas. El asegurado será responsable del coaseguro aplicable a la cirugía además del copago por la admisión al hospital.

La cubierta está sujeta a la pre autorización por Asuntos Clínicos de MCS Life. La cirugía bariátrica está limitada a un (1) procedimiento de por vida por asegurado. Para comenzar el proceso de preautorización, 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) kg/m² con comorbilidades (diabetes tipo II con tratamiento de medicamentos, hipertensión con tratamiento de medicamentos, enfermedad coronaria establecida, apnea del sueño moderada o grave o hipertensión pulmonar secundaria a la obesidad mórbida) y documentada en el historial médico del paciente durante un período de tres años o más; o un IMC mayor o igual a cuarenta (40); o cien (100) libras de sobrepeso sobre su peso ideal.
- Plan de tratamiento dietético y de cambio de estilos de vida de al menos seis (6) meses, supervisado por un médico o cirujano bariátrico previo a la cirugía. Además, el médico deberá indicar el plan dietético utilizado y las razones del fracaso de dicho plan.
- El médico deberá especificar si el asegurado padece de condiciones que se agravan con la obesidad mórbida, por ejemplo: enfermedades cardiovasculares o cardiopulmonares, diabetes severa, artritis y apnea del sueño conforme al Art. 3(c) de la Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008.
- Una evaluación de especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra) que certifique que el asegurado entiende y está dispuesto a acomodar los cambios en estilos de vida necesarios para el éxito del procedimiento bariátrico.

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

Sección 5: Programas incluidos en sus beneficios

A estos servicios les aplica el costo compartido según descrito en la Parte VIII de este capítulo.

Beneficio	Descripción	Copago/Coaseguro
MCS Alivia	<p>Aplica copago correspondiente. Está cubierto hasta un máximo de diez (10) visitas por año póliza por asegurado, con un máximo de dos (2) modalidades por visita.</p> <p>MCS Alivia es un modelo de terapias y tratamientos alternativos y complementarios, integrados a los sistemas convencionales de salud.</p> <p>Algunos de los servicios disponibles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud integral y complementaria • Medicina tradicional china • Acupuntura médica • Masaje terapéutico • Homeopatía ofrecida por médicos certificados • Medicina bioenergética (<i>Pranic healing</i>) <p>Para obtener acceso a estos beneficios y garantizar la coordinación apropiada de los servicios necesarios, se requiere que el asegurado coordine una cita. Durante la cita será evaluado por el médico generalista, quien determinará las modalidades correspondientes.</p>	\$15
MCS Solutions (FHC)	Incluye hasta un máximo de ocho (8) visitas por asegurado por año póliza libres de copago. MCS Solutions integra el cuidado de salud mental y el tratamiento para el abuso de sustancias controladas. Los servicios se ofrecen las	\$0

	<p>veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, totalmente confidencial.</p> <p>Un coordinador del programa le proveerá al asegurado servicios de consejería, educación en salud y referidos de manera confidencial. En situaciones de emergencia, el asegurado debe ir directamente al hospital y solicitar el servicio.</p> <p>Para información adicional, puedes llamar al 1-866-627-4327.</p>	
Programas e iniciativas de bienestar	<p>Atienden desde la salud física hasta la salud emocional de los asegurados y satisfacen las expectativas de un plan de salud comprensivo. Incluyen charlas educativas, sesiones de ejercicios, orientaciones clínicas, entre otros.</p> <p>Para más información sobre los programas disponibles, los asegurados pueden comunicarse a la línea dedicada para los asociados de Walmart al 787-945-1348 o al 1-855-830-9887, lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) podrán llamar al 1-866-627-8182.</p>	\$0
Madres y Bebés Saludables	<p>Es un beneficioso programa educativo orientado al cuidado de la salud de la futura madre y de su bebé. Tiene el propósito de brindar a las mujeres embarazadas orientación y educación sobre el cuidado prenatal adecuado, manejo del embarazo, proceso del parto y comienzo de una lactancia exitosa. Al ser parte de este programa la asegurada, excepto hijas dependientes, tendrá el beneficio de participar del taller presencial <i>Preparación para el parto y Lactancia Materna</i>, recibir una "Guía para el Embarazo y el Parto". Deberá registrarse dentro de los primeros tres (3) meses de embarazo para tener \$0 copago en las visitas prenatales y postnatales (de lo contrario, aplicará \$8.00 de copago por visita prenatal y postnatal). Una vez inscrita en el programa podrá beneficiarse de tener cero (\$0) copago en las visitas al obstetra y al momento del parto no tendrá que asumir el copago de admisión al hospital.</p> <p>¿Cómo funciona el Programa?</p> <p>Tan pronto el médico confirme el embarazo, la asegurada puede inscribirse comunicándose a la línea dedicada para los asociados de Walmart al 787-945-1348 o al 1-855-830-9887 o accediendo a la página de internet de internet de MCS: www.mcs.com.pr.</p>	\$0
MCS Medilínea MD	Aplica copago correspondiente a MCS Medilínea MD. Acceso a visitas virtuales con médicos primarios incluyendo médico de familia, generalista, internista y pediatra, a través de plataforma digital de MCS Medilínea MD. Niños menores de dieciocho (18) años tienen que estar acompañados por un	\$0

	<p>adulto al momento de la consulta.</p> <p>Algunas condiciones apropiadas para consultar a través de este servicio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alergias • estreñimiento • tos • diarrea • problemas del oído • fiebre • gripe • dolor de cabeza • picadas de insectos • náusea • conjuntivitis • erupción de piel • dolor de garganta • problemas urinarios/ITU • vómitos <p>Se requerirá que los padres o tutores de niños menores de treinta y seis (36) meses, completen un formulario aparte de divulgación de historial médico previo a hacer una cita o tener una consulta con un médico del proveedor de MCS Medilínea MD contratado. Niños menores de treinta y seis (36) meses que presenten fiebre deberán ser referidos a su pediatra, a un centro de urgencia o a sala de emergencias.</p> <p>En casos agudos y que el médico entienda que amerita uso de medicamentos de acuerdo al cuadro clínico del paciente, se coordinará el envío de la receta directamente a la farmacia de preferencia del asegurado.</p> <p>Si el médico determina que la condición por la cual el paciente accede a consulta no puede ser atendida por medio de esta plataforma, el asegurado será referido a una sala de emergencia, a un centro de urgencia o a su médico primario. El paciente es responsable de verificar sus documentos de descripción de beneficios y/o su cubierta de farmacia a través de MC-Rx para determinar si los medicamentos están cubiertos. El paciente deberá pagar el copago correspondiente a la visita, cada vez que acceda a esta plataforma de servicios.</p>	
MCS Care Clubs	<p>Es un programa voluntario y forma parte de la cubierta básica, sin ningún costo adicional. Consiste en dos (2) visitas libres de copago al MCS Care Club de preferencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera visita: <ul style="list-style-type: none"> a. El asegurado deberá completar un <i>Health Risk Assesment</i> (HRA, por sus siglas en inglés) y 	\$0

	<p>hacerse una evaluación inicial. El propósito del HRA es identificar posibles condiciones y poder continuar desarrollando programas de bienestar para la población en general.</p> <p>b. El médico le hará una serie de recomendaciones de servicios preventivos que estén disponibles en el Care Club, basadas en el resultado del HRA. Los servicios serán recomendados de acuerdo a los criterios de edad y género establecidos por el <i>United States Preventive Services Task Force</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segunda visita: <ul style="list-style-type: none"> a. El médico discutirá con el asegurado los resultados de las pruebas realizadas y el reporte de perfil personalizado. De ser necesario hará recomendaciones adicionales o referidos a otros especialistas, según aplique. <p>En el caso que el asegurado requiera pruebas adicionales debido a su condición o indicación clínica, será referido a buscar los servicios que sean necesarios. Este programa está disponible para todos los asegurados de dieciocho (18) años en adelante.</p>	
Programa Vida	<p>Cubierto solo para Asociados de Walmart con un diagnóstico confirmado de Diabetes o Hipertensión. Programa Vida brinda a sus participantes intervenciones educativas y clínicas para educar a sus participantes con hipertensión y diabetes. A través del programa, los participantes tendrán una visita de gestión clínica trimestral para evaluación y seguimiento a través de MCS Care Clubs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los participantes tendrán un plan de intervenciones individualizadas por parte del personal clínico y recibirán asistencia en la coordinación de los servicios. • Intervenciones trimestrales a través de los Centros de Excelencia MCS. • El protocolo incluye, entre otros, laboratorios, rayos X sin copago ni coaseguro. <p>Los servicios provistos no incluidos en este protocolo, se aplicarán copagos y coaseguros.</p>	\$0
Transcita	<p>Cubierto hasta un máximo de dos (2) viajes (one way) por asociado por año póliza (sólo para Asociados). Debe ser coordinado a través de Transcita, 1-866-769-2482 en horario de lunes a viernes de 5:00 am – 10:00 pm y sábados de 5:00 am – 8:00 pm.</p>	\$0

PARTE III: EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA

Sección I: Exclusiones de la cubierta

Los siguientes servicios no están cubiertos:

1. Servicios prestados al asegurado, si el seguro no está vigente.
2. Servicios correspondientes a las leyes de compensación por accidentes en el trabajo (CFSE), accidentes de automóvil (ACAA) y otros servicios disponibles con arreglo a leyes estatales o federales. Están excluidos dichos servicios cuando estos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes debido a incumplimiento o violación de las disposiciones legales antes mencionadas, o cualquier otra ley, aun cuando 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.
4. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión o intento de comisión de un delito o cualquier acto de naturaleza criminal, como resultado del incumplimiento de las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquier otro país cometidos por el asegurado. Además, aquellos servicios que surjan debido a la guerra, declarada o no, actos de terrorismo o cualquier acto incidental o participación en una revuelta, un motín o desorden civil, excepto si la lesión surge como resultado de un acto de violencia doméstica o una condición médica. También en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras el asegurado estuvo activo en el ejército (*service connected*), en cuyo caso MCS Life recobrará de la Administración de Veteranos.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos o que el asegurado obtenga o tenga derecho a obtener sin cargos o bajo cualquier plan del gobierno.
6. Gastos y servicios de comodidad personal, tales como: habitación privada (excepto en los casos donde el servicio es requerido debido a una necesidad médica), teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia (exento en instalaciones de enfermería diestra) o cuidado a domicilio.
7. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores debidamente licenciados o paramédicos, excepto los que estén especificados en la cubierta de beneficios.
8. Servicios que no estén enumerados en la Parte II de este certificado, o que no sean requeridos por cualquier ley federal o local que requiere cubrir el servicio.
9. Gastos por servicios de exámenes físicos para fines de certificados médicos o algún otro propósito que no sea preventivo, excepto que de otro modo sean provistos conforme a la Ley Núm. 296 de I^{ro} de septiembre de 2000, según enmendada.
10. Servicios que no sean médicamente necesarios, experimentales o investigativos, según lo define la *Food & Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud, o que no estén de acuerdo con la política médica establecida por las entidades autorizadas sobre la salud para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
11. Medicamentos o tratamientos experimentales con la etiqueta “Precaución: Limitado por las leyes federales para uso de investigación”. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, que no sean considerados experimentales o investigativos, excepto que sean requeridos por una ley estatal o federal. No obstante lo dispuesto en los puntos 9 y 10, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida, para la cual no existe un tratamiento efectivo, aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, y sea elegible para participar en un estudio de tratamiento autorizado, según el protocolo del estudio de dicho tratamiento, MCS Life costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. Los gastos serán cubiertos si la participación del asegurado en el estudio le ofrece un

beneficio potencial y el médico que refiere al estudio entiende que la participación del asegurado es apropiada o cuando provea a MCS Life evidencia. No serán gastos médicos rutinarios del asegurado los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.

12. Gastos por operaciones, procedimientos, tratamientos o cuidados para corregir defectos de apariencia física, excepto una intervención reconstructiva para restaurar tejidos dañados por una enfermedad o lesión corporal, un accidente o una cirugía para corregir una anomalía congénita, incluyendo un defecto oral de un recién nacido. 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 la Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008.
13. Tratamientos cosméticos.
14. Los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a tratamientos cosméticos, independientemente de si existe justificación médica para el procedimiento, excepto conforme la Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008.
15. Cargos que resulten por alguna enfermedad o lesión corporal surgida o en el curso del empleo del asegurado.
16. Cargos por medicamentos suministrados en visitas médicas.
17. Cargos por servicios de termografía ofrecidos u ordenados por quioprácticos y otros especialistas médicos.
18. Cargos por servicios de tratamientos para la infertilidad o relacionados con la concepción por medios artificiales, excepto laboratorios para propósitos diagnósticos.
19. 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.
20. Cargos por servicios de plantillas ortopédicas.
21. Cargos por reemplazo de prótesis.
22. Cargos por medias de soporte, bastón o muletas.
23. Cargos por servicios prestados para abortos selectivos incluyendo todos los servicios relacionados.
24. Cargos por pruebas psicométricas sin justificación clínica. No obstante, estarán cubiertas sin límites para los tratamientos o condiciones de autismo definidas en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés)* y conforme la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012 (Ley BIDA).
25. Cualquier procedimiento o medicamento cuyo propósito sea restablecer la habilidad de procrear – tales como los procedimientos de vasovasostomía y tuboplastía – o algún procedimiento que no cobija la condición de infertilidad, con el fin de inducir el embarazo como, por ejemplo, la fertilización in vitro.
26. Terapias ambulatorias ocupacionales, del habla y trabajador social, excepto para tratamientos de las condiciones de autismo, según definidas en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, conforme a la Ley Núm. 220 del 4 de septiembre de 2012 (Ley BIDA). Terapias ocupacionales y del habla están cubiertas bajo servicios de cuidado de salud en el hogar.
27. Gastos por vacunas y servicios relacionados que son requeridos por Walmart para obtener o mantener un empleo.
28. Gastos por vacuna Rhogam (ver Capítulo 2: Cubierta de Farmacia).
29. Los servicios de cuidado de la salud en el hogar no incluyen cuidado residencial o custodial, servicios suministrados para conveniencia personal o comodidad como por ejemplo, tareas domésticas, cuido de niños y servicio de fiambres, independientemente de si fue recomendado por un nutricionista o un médico.
30. Servicios de diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios o en instalaciones renales, servicios médico quirúrgicos y complicaciones asociadas luego de agotar el máximo de los primeros treinta (30) meses de elegibilidad para Medicare.

31. Monitor fetal en oficina médica (correas).
32. Procedimientos de *Lasik* y cirugías para corregir defectos refractivos.
33. Procedimiento de implante coclear.
34. Servicios de Programa Especial de Bienestar (*Special Wellness Program*).
35. Servicios de Terapia Visual Rehabilitativa.
36. Servicios de Trasplante de Órganos.
37. Servicios de analgesia intravenosa o analgesia administradas mediante inhalación, por el médico o dentista, excepto las anestesias conforme a la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999.
38. Servicios de asistencia quirúrgica en cirugías ambulatorias.
39. Equipo médico duradero que no esté descrito en este certificado, incluso equipo médico hecho a la medida. También se excluye el servicio y equipo para Optune.
40. Todo servicio que no haya sido pre autorizado y que requiera pre autorización de Asuntos Clínicos de MCS Life, según descrito en los beneficios de este certificado.
41. Gastos por métodos anticonceptivos no sea esterilización o vasectomía (ver Capítulo 2: Cubierta de Farmacia).
42. Servicios de medicina complementaria que no sean brindados por proveedores contratados por el programa MCS Alivia.
43. Gastos por servicios de medicina deportiva.
44. Gastos por servicios de quimioterapia oral (ver Capítulo II: Beneficio de Farmacia – Parte X: Limitaciones).
45. Gastos por servicios de maternidad a hijas dependientes.
46. Gastos en NICU por bebés de hijas dependientes.
47. Ambulancia marítima.
48. Hormonas de crecimiento.
49. Vacunas de alergia.
50. Consultas a médicos especialistas o sub especialistas a través del servicios de MCS Medilínea MD, excepto médico de familia, internista y pediatra.
51. Consultas de telemedicina fuera de la red o plataforma contratada a través del servicio de MCS Medilínea MD.
52. Cubierta a residentes de Estados Unidos.
53. Acumulación de gastos pagados por un programa de asistencia o por un tercero para la cantidad de gasto máximo del bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés).
54. Servicios en Estados Unidos que no sean emergencias.
55. Servicios fuera de los Estados Unidos.
56. Los siguientes servicios estarán excluidos de la cubierta básica: Farmacia, Dental, Ortodoncia y Seguro de Vida.
57. Se excluyen de la cubierta médica básica los servicios bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores descritos en la de la Parte III, Sección 6, de este Capítulo.
58. Walmart 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 sus políticas y procedimientos aplicables. El Comité de Farmacia y Terapéutica realiza la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la U.S. Food & 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 realizará recomendación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho medicamento nuevo siguiendo la determinación de Walmart. Incluso, medicamentos nuevos que estén dentro de clasificaciones terapéuticas (categorías) excluidas se considerarán como excluidos. Excepto que sean requeridos por una ley estatal o federal.

59. Gastos o servicios por tratamientos o medicamentos nuevos con un mínimo de 12 meses en el mercado, medicamentos aprobados por la FDA mediante el Programa de Aprobación Acelerada (“Accelerated Approval”), designación por vía rápida (“Fast Track Designation”), designación de Terapia Innovadora (“Breakthrough Therapy”), y/o medicamentos aprobados por la FDA que no cuenten con evidencia de efectividad clínica, excepto en el caso de medicamentos cuya cubierta sea requerida por una ley estatal o federal aplicable. Por lo tanto, aquellos medicamentos aprobados por la FDA que están dentro de las categorías establecidas anteriormente no están cubiertos.
60. Tampoco se cubrirán medicamentos nuevos dentro de una clase terapéutica que esté excluida. No se cubrirán tratamientos para enfermedades raras (“rare diseases”) y/o de administración compleja, o terapias que requieran administración y evaluación especializada.
61. Terapia de genes, con excepción de Elevidys: Cualquier nueva tecnología, tratamiento, medicamento o dispositivos que altere los genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de, y medicamentos categorizados como Terapia Celular y Genética. Por ejemplo, brexucabtagene autoleucel (Tecartus), Ciltacabtagene autoleucel (Carvykti), casimersen (Amondys45); excepto cuando sea requerido por ley estatal o federal.

Sección 2: Exclusiones de visión

1. Sea resultado de cualquier enfermedad o daño corporal que surge de o durante el curso del empleo del asegurado.
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.

Sección 3: Exclusiones y limitaciones de cirugía bariátrica para el tratamiento de la obesidad mórbida

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

PARTE IV: PRE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS, ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS

Las solicitudes de pre autorización deben ser gestionadas por el médico o proveedor. Esta solicitud debe ser firmada y enviada vía fax junto a una orden médica al Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life. MCS

Life no será responsable por el pago de servicios recibidos o prestados sin pre autorización, excepto en casos de emergencia, conforme a la Ley Núm.194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada.

Los números de fax de MCS Life disponibles para envío de solicitudes son los siguientes: 787-622-2436 o 787-622-2434, o puedes comunicarte a la línea dedicada para los asociados de Walmart al 787-945-1348 o al 1-855-830-9887.

Se sugiere que las solicitudes para pre autorizaciones de servicios, estudios 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.

Procedimiento para la pre autorización ordinaria

La determinación de pre autorización se manejará dentro del periodo de quince (15) días de recibida. En caso de que la solicitud inicial esté incompleta, se le notificará al proveedor o médico dentro del periodo de cinco (5) días a partir de la fecha de recibo. El plazo inicial se pudiera extender por quince (15) días adicionales siempre y cuando la extensión sea para manejar situaciones fuera del control de MCS Life o no haya información suficiente para hacer la determinación. En ambas circunstancias se notificará al asegurado o al proveedor que somete la solicitud, la razón o la información específica de la extensión necesaria para evaluarla. Si la extensión se debe a que no se ha provisto la información suficiente para que MCS Life pueda tomar una determinación, el asegurado tendrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de extensión, para proveer la información adicional especificada. Las extensiones serán informadas durante los primeros quince (15) días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

Procedimiento para la pre autorización acelerada

El proveedor puede solicitar una pre autorización acelerada o urgente. MCS Life tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente, siempre y cuando la misma sea requerida porque pone en peligro la vida, la salud o la recuperación plena del asegurado o porque lo expondría a dolor que no puede manejar adecuadamente sin el servicio o tratamiento solicitado. En caso de que la presentación de una solicitud y la documentación requerida por el proceso urgente o acelerado llegue incompleta, MCS Life notificará la deficiencia del documento dentro del periodo de veinticuatro (24) horas a partir del recibo de la misma. Una vez recibida la solicitud completa, MCS Life notificará la determinación en un período no mayor de veinticuatro (24) horas, a partir de la fecha en que se recibe.

En el caso de solicitudes de revisión concurrente de cuidado urgente, en las que el asegurado solicite una extensión de tratamiento, MCS hará su determinación respecto a la solicitud y notificará al asegurado dentro de veinticuatro (24) horas previo al vencimiento del plazo original.

Si la radicación está completa, pero la información clínica sometida no es suficiente para hacer la determinación, MCS Life notificará la deficiencia del documento en o antes de las veinticuatro (24) horas a partir de recibo de la solicitud. El asegurado tiene hasta catorce (14) días para someter información clínica adicional. En caso de que no se reciba la información adicional en el término estipulado, se procederá a denegar la misma por falta de información.

Cuando el servicio requerido cumple con todos los criterios establecidos, el proveedor será autorizado e informado del número de autorización. Además, una carta de aprobación será enviada tanto al proveedor que solicita la pre autorización como al asegurado. La pre autorización será efectiva durante treinta (30) días calendarios.

Cuando el servicio es denegado, se enviará una carta explicando la razón de la denegación, incluyendo las referencias utilizadas, si aplica. Se informa además el derecho de apelar esta denegación y el proceso correspondiente.

No se requiere pre autorización para casos de emergencia.

PARTE V: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

La disposición de Coordinación de Beneficios (*Coordination of Benefits* o COB) es el método utilizado para determinar el pago de una reclamación cuando existe más de un plan médico en el núcleo familiar del asegurado.

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

A través de la coordinación de beneficios el asegurado podrá recibir hasta el cien por ciento (100%) de reembolso de los gastos médicos incurridos. Se le requerirá al asegurado que identifique todos los planes que cubren a los miembros de su familia. Esta información es necesaria para determinar si *Walmart Inc. Associates' Health and Welfare Plan* es el pagador "primario" o el "secundario" de los beneficios.

AVISO A LOS ASEGURADOS

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

I. Definiciones para términos del proceso de coordinación de beneficios

Plan	Para propósitos de COB, un plan es una forma de cubierta en la que se permite la coordinación de beneficios. <ol style="list-style-type: none">1. Plan primario – pagará los servicios establecidos sin tomar en cuenta si existe o no otro plan.2. Plan secundario – pagará cualquier servicio cubierto que no haya sido pagado por el plan primario, tomando en consideración que los servicios se pagarán de acuerdo a las disposiciones y limitaciones de cada póliza.
Este plan	Para propósito de COB, "este plan" incluye aquella parte del contrato de beneficios cubiertos al cual le aplican las disposiciones de COB y los cuales pueden ser reducidos conforme a los beneficios cubiertos por otro plan.
Gasto permisible	Cualquier partida de gasto de cuidado de salud incluyendo coaseguros, copagos y cualquier deducible, que está cubierto en parte o en su totalidad por cualquiera de los planes que cubran al asegurado para quien se hace la reclamación de COB. Cuando un plan provea beneficios, el valor razonable en efectivo de cada servicio será considerado un gasto permisible y un beneficio pagado. Un gasto que no esté cubierto por ninguno de los planes que cubran al asociado no será un gasto permisible. Además, cualquier gasto que un proveedor—por ley o por

	<p>relación contractual—tenga prohibido cobrar a una persona cubierta, no es un gasto permisible.</p> <p>A continuación se presentan ejemplos de gastos no permisibles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La diferencia entre el costo de la habitación semiprivada y privada de un hospital, a menos que uno de los planes provea cubierta para gastos de habitación privada o que la estadía del paciente sea médicaamente necesaria (según los términos generalmente aceptados dentro de la práctica médica). 2. Cuando se exceda la cantidad más alta de reembolso si un asegurado está cubierto por dos (2) o más planes que calculan sus pagos de beneficios basándose en los cargos usuales y acostumbrados u otra metodología de reembolso. 3. Cualquier cantidad que se exceda de la tarifa negociada más alta cuando un asegurado está cubierto por dos (2) planes o más que proveen beneficios basados en tarifas negociadas.
	<ol style="list-style-type: none"> 4. Si un asegurado está cubierto por un plan que calcula sus beneficios a base de tarifas usuales y acostumbradas y por otro plan que provee beneficios a base de tarifas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario será el gasto permisible para todos los planes. Sin embargo, si el proveedor ha contratado al plan secundario para proveer el beneficio por un cargo negociado específico o una cantidad de pago que sea diferente a la del arreglo del plan primario y si lo permite el contrato, dicho cargo o pago negociado será el gasto permisible usado por el plan secundario para determinar sus beneficios. 5. La cantidad de cualquier reducción de beneficio que resulte debido a que el asegurado no cumple con las disposiciones del plan primario.. Algunos ejemplos incluyen segundas opiniones para cirugías, preautorización de admisión y cuando no se utilizan los proveedores contratados.
Padre custodio	El padre que posee la custodia por decreto judicial o, en ausencia de un decreto judicial, con el que reside más de la mitad del año calendario, excluyendo cualquier visita temporera.

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

1. **Regla de dependiente o no dependiente:** El plan que cubre a una persona como asegurado principal será el plan primario y el plan secundario será el que le cubre como dependiente.
2. **Dependientes de padres no separados (Regla de Cumpleaños).** El plan del padre que cumpla primero en el año (mes y día) será el plan primario y el otro plan será secundario. Si ambos padres cumplen el mismo día, el plan de mayor antigüedad será el primario.
 - a. Si el plan secundario no cuenta con la regla de cumpleaños, prevalecerá la regla que está basada en el género de los padres (gender rule); el plan del padre será primario y el de la madre será secundario. Esta regla prevalecerá sobre la regla de cumpleaños.
3. **Dependientes de padres separados o divorciados:** A menos que exista una orden del tribunal que determine de otro modo —en cuyo caso la determinación del tribunal prevalecerá sobre esta regla de coordinación— el plan primario será el de aquel que tenga la custodia. Será secundario el plan del parent que no tenga la custodia de los hijos. Cuando exista cualquier otro seguro que cubra al dependiente, el orden de los beneficios será el siguiente:
 - a. Primero, el plan de aquel que tenga la custodia del dependiente;

- b. Luego, el plan del cónyuge de aquel que tenga la custodia del dependiente;
 - c. Finalmente, el plan de aquel que no tenga la custodia del dependiente.
4. **Asegurados activos, retirados o cesanteados:**
- a. Si los hijos de un asegurado retirado o cesanteado también son dependientes de un asegurado activo, el plan que cubra al asegurado activo será el plan primario y el plan del retirado o cesanteado será el plan secundario.
 - b. Al determinar la coordinación para un asegurado retirado que sea dependiente en un plan de un asegurado activo, el plan que lo cubra como retirado es su plan primario. En este caso la regla de dependiente/no dependiente prevalecerá.
 - c. Si un asegurado no está sujeto a las situaciones descritas anteriormente, el plan que haya cubierto a un asegurado por más tiempo será el plan primario y el plan que haya cubierto al asegurado por menos tiempo será el plan secundario (regla de antigüedad).
 - d. El plan que no tenga cláusula de COB será el plan primario al que tiene la cláusula.
5. **Coordinación con otros Programas de Salud Federal:** Hay cinco programas de salud gubernamental que se coordinan con planes de salud privados: *Medicaid*, *Indian Health Service (IHS)*, *Tricare*, el programa para dependientes de los miembros de las fuerzas armadas (*CHAMPUS*, por sus siglas en inglés), Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) y el *Federal Employees Health Benefit Act (FEHBA)*.
- a. Conforme a las leyes y reglamentos, los programas de salud gubernamental antes mencionados serán planes secundarios ante un plan privado.
 - b. Cuando se proveen servicios en una facilidad de VA, este es secundario ante un plan privado, a menos que la condición tratada esté relacionada a traumas o enfermedades post servicio militar (“service connected”), en cuyo caso VA será primario.
6. **Coordinación con el plan de salud del gobierno:** El seguro de salud del gobierno de Puerto Rico siempre será el pagador secundario ante cualquier otro plan, sin excepción. El plan patronal siempre será el pagador primario.
7. **Coordinación con Medicare:**
- a. *Medicare por edad* – Si un asegurado tiene Medicare por razón de edad (mayor de sesenta y cinco (65) años), el plan patronal del asegurado y/o su cónyuge será primario si el grupo patronal al que pertenece tiene veinte (20) empleados o más en nómina.
 - b. *Medicare por incapacidad* – Si un asegurado tiene Medicare por razón de incapacidad (menor de sesenta y cinco (65) años), el plan patronal del asegurado, su cónyuge y/o cualquier familiar será primario si el grupo patronal al que pertenece tiene cien (100) asociados o más en nómina.
 - c. *Medicare por condición renal* – Si un asegurado tiene Medicare por condición renal, Medicare establece un periodo de coordinación de treinta (30) meses en los que considera al plan patronal como primario. Cuando Medicare otorga status renal o ESRD (*End-Stage Renal Disease*), no se considera la edad del asegurado, la cantidad de empleados que tenga el patrono, ni si pertenece a un grupo de empleados activos o inactivos. Aunque Medicare establezca un periodo de coordinación de treinta (30) meses, MCS Life aplicará un periodo de cubierta para servicios de diálisis según se dispone en este Certificado de Beneficios. Una vez Medicare se convierte en pagador primario, Walmart (MCS) se convierte en pagador secundario. Este escenario solo aplica bajo la Coordinación con Medicare por Condición Renal (ESRD) descrita en esta sección.
 - d. Medicare es primario cuando el asegurado:

- tenga Medicare (excepto por condición renal) con plan patronal como retirado;
- tenga plan de salud del gobierno
- posea otra cubierta de salud por pago directo o COBRA (paciente no renal).

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

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

3. Reglas para la determinación del orden de pago de beneficios:

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

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

4. Efecto sobre los beneficios de este Plan:

Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de manera que el total de los beneficios pagados o provistos por todos los planes durante un año del plan, no excedan el total de gastos permisibles. Al determinar la cantidad que se deberá pagar por una reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que hubiese pagado en ausencia de la otra cubierta y le aplicará esa cantidad calculada a cualquier gasto permisible bajo su plan que no haya sido pagado por el plan primario. El plan secundario podrá reducir su pago por dicha cantidad de manera que, al combinarse con la cantidad pagada por el plan primario, el total de beneficios pagados o provistos por todos los planes por la reclamación no exceda el total del gasto permisible para dicha reclamación. Además, el plan secundario deberá acreditarle a su deducible del plan cualquier cantidad que le habría acreditado a su deducible en ausencia de otra cubierta de cuidado de salud.

5. Derecho a recibir, usar y divulgar información necesaria:

Se necesita cierta información acerca de la cubierta para poder aplicar estas reglas de COB y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes. MCS Life puede obtener la información que necesita y compartirlo con otras organizaciones o personas con el propósito de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes que cubran a la persona que reclama los beneficios. MCS Life no necesita informar ni obtener el consentimiento de ninguna persona para obtener la información necesaria o compartirlo.

6. Facilidad del Pago:

Un pago realizado por otro plan podría incluir una cantidad que debía haber pagado MCS Life. De ser así, MCS Life podrá pagar dicha cantidad a la organización que efectuó el pago. Esta cantidad será tratada como un beneficio pagado por MCS Life, que no tendrá que pagar la cantidad nuevamente. El término “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios provistos en forma de servicios.

7. Derecho a Recuperación:

Si la cantidad de los pagos realizados por MCS Life es mayor a la que debió haber pagado bajo COB, podrá recobrar el exceso a las personas a quienes haya pagado, para quienes fueron pagados o a cualquier otra persona que pudiera ser responsable por los beneficios o servicios provistos al asegurado. La “cantidad de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio provisto en la forma de servicios.

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

PARTE VI: SISTEMA DE QUERELLAS

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

En caso de que el asegurado tenga alguna queja o duda sobre su cubierta de beneficios, este podrá presentar una reclamación llamando a nuestro Departamento de servicio al cliente o visitando uno de nuestros Centros de servicios localizados a través de la Isla.

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 una decisión oportuna. Nuestro fin es mantener a nuestros asegurados satisfechos con el servicio brindado, lograr que se cumplan los derechos y las responsabilidades de los implicados y garantizar la confidencialidad entre las partes.

El asegurado o su representante autorizado, mediante consentimiento escrito, pueden presentar una queja o querella. Además, las siguientes personas o entidades podrán presentar una queja o querella a nombre del asegurado:

- El proveedor de servicios de salud, mediante consentimiento escrito
- Personas autorizadas por el tribunal o de acuerdo con las leyes estatales
- Representante asignado por el Estado a favor de un asegurado fallecido
- Personal de una agencia gubernamental, como la Oficina del Comisionado de Seguros, Oficina del Procurador de la Salud, Cámara de Representantes, Senado, Oficina del Procurador del Ciudadano y la Oficina del Gobernador.

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

Procedimiento

Disponibilidad de asistencia para radicación de querellas y su proceso:

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

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

MCS Life se asegura de que todos los servicios, tanto clínicos como no-clínicos, sean accesibles a todos los asegurados y que estos sean provistos bajo un enfoque de competencia cultural.

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

Radicación de quejas

MCS Life trabajará toda situación o pregunta presentada por los asegurados o su representante autorizado en cada llamada o durante su visita 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, este recibirá orientación sobre el procedimiento formal para evaluar su reclamación mediante el proceso de querellas. El asegurado siempre tiene el derecho de radicar una querella no relacionada con un determinación adversa sin necesidad de agotar el proceso de queja.

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

- Asuntos de elegibilidad: preguntas relacionadas a la elegibilidad del asegurado en el plan, incluye validaciones de los archivos electrónicos.
- Peticiones de estatus de solicitudes, como: pre-autorizaciones, registro de condiciones especiales, entre otros.
- Orientaciones en general sobre el plan.
- Asistencia en coordinaciones de cita y búsqueda de proveedores participantes.

Radicación de querellas no relacionadas con una determinación adversa

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

- Centros de Servicios
- Línea dedicada para los asociados de Walmart al 787-945-1348 o al 1-855-830-9887. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-866-627-8182.
- Envioando una carta por correo regular 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. También le notificará al asegurado que tiene derecho a ser asistido en la radicación de su querella por personal autorizado o por un funcionario del gobierno como:
 - Oficina del Procurador de la Salud: El asegurado puede visitar las oficinas alrededor de la isla o la oficina central ubicada en 1215 Ave. Ponce de León, Parada 18, San Juan, Puerto Rico. También puede llamar al 787-977-1100 o al 1-800-981-0031 o acceder a www.ops.pr.gov conforme a las disposiciones de la Carta de Derechos del Paciente y la Ley Núm. 161 de I^{ro} de noviembre de 2010.
 - Oficina del Comisionado de Seguros: El asegurado puede llamar al 787-304-8686, enviar un facsímil al 787-273-6082 o visitar las oficinas ubicadas en el Edificio Gam Tower, Calle Tabonuco, Suite 400, San Patricio, Guaynabo, Puerto Rico. También puede acceder a www.ocs.gobierno.pr.

Investigación, resolución y notificación de la querella no relacionada con una determinación adversa

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

El Especialista de Querellas de MCS Life iniciará la investigación con las partes involucradas, analizará toda la documentación del expediente, se comunicará con ambas partes para escuchar los planteamientos y recopilará toda evidencia necesaria para tomar una determinación.

MCS Life le proveerá al asegurado dentro de tres (3) días laborables del recibo de su querella el nombre, la dirección y el número telefónico de las personas designadas para realizar la revisión. El asegurado tiene derecho a presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella. Las personas designadas serán distintas a las personas que manejaron el 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:

- Títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión (los revisores).
- Declaración de la interpretación que se realizó.
- Determinación 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.
- Notificación del derecho que asiste al asegurado a comunicarse con la OCS o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda, con el número telefónico y la dirección de ambas oficinas.

Confidencialidad

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

Radicación de querellas relacionadas con una determinación adversa

Revisión del primer nivel de una determinación adversa

El asegurado puede radicar la querella en o antes de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha del recibo de la resolución de la determinación de beneficios adversa. Una querella relacionada con una determinación adversa puede ser radicada de forma escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado acelerado a través de:

- Centros de Servicios de MCS Life.
- Línea dedicada para los asociados de Walmart al 787-945-1348 o al 1-855-830-9887. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-866-627-8182.
- Enviando una carta por correo regular con las alegaciones y el 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 para la consideración por parte de MCS Life para llevar a cabo la revisión. También le notificará que tiene derecho a ser asistido en la radicación de la apelación por personal autorizado o por un funcionario del gobierno como:

- Oficina del Procurador de la Salud: El asegurado puede visitar las oficinas alrededor de la isla o la oficina central ubicada en 1215 Ave. Ponce de León, Parada 18, San Juan, Puerto Rico. También puede llamar al 787-977-1100 o al 1-800-981-0031 o acceder a www.ops.pr.gov conforme a las disposiciones de la Carta de Derechos del Paciente y la Ley Núm. 161 de 1º de noviembre de 2010.
- Oficina del Comisionado de Seguros: El asegurado puede llamar al 787-304-8686, enviar un fax a 787-273-6082 o visitar las oficinas ubicadas en el Edificio Gam Tower, Calle Tabonuco, Suite 400, San Patricio, Guaynabo, Puerto Rico. También puede acceder a www.ocs.gobierno.pr.

Investigación, resolución y notificación de la querella relacionada con una determinación adversa

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 al tipo de reclamación:

- Revisiones aceleradas de querellas relacionadas con una determinación adversa - MCS Life trabajará la revisión acelerada y deberá responder a las alegaciones en un término no mayor de cuarenta y ocho (48) horas a partir del recibo de la solicitud de revisión acelerada. El plazo comenzará en la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada con MCS, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.
- En una revisión acelerada toda la información necesaria, incluida la determinación del administrador de beneficios de salud, se transmitirá entre el administrador de beneficios de salud y el asegurado o, si fuera aplicable, su representante autorizado, por teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.
- Revisión de primer nivel de una determinación adversa con una revisión prospectiva - MCS Life trabajará la revisión y deberá responder a las alegaciones en un término no mayor de quince (15) días calendario a partir del recibo de la solicitud. También le proveerá al asegurado dentro de tres días laborables del recibo de la querella, el nombre, la dirección y el número telefónico de las personas designadas para realizar la revisión. El asegurado tiene derecho a presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados. También el asegurado puede solicitar acceso

gratuito a todos los documentos, registros y a obtener copias de estos, así como información pertinente a la querella.

- Revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva - MCS Life trabajará la revisión dentro de treinta (30) días calendarios a partir del recibo de la querella. MCS Life 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. El asegurado tiene derecho a presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella. También puede solicitar acceso gratuito a todos los documentos, registros y a obtener copias de estos, así como información pertinente a la querella.

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 o especialidad similar a los profesionales de la salud que, normalmente manejarían el caso para el cual se hizo dicha determinación adversa y 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 querella será evaluada por un profesional de la salud con la experiencia clínica apropiada para tratar la condición o enfermedad del asegurado. Si se designa a más de un homólogo clínico para la revisión, MCS Life se asegurará de que estos tengan la pericia adecuada.

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

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

El asegurado podrá, antes y durante el proceso de investigación y resolución, examinar el expediente de la apelación por ejemplo: expedientes médicos, nueva evidencia a considerar, identificación de médicos expertos y profesionales consultados y cualquier otro documento relacionado a la reclamación. También podrá 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 de MCS Life emitirá la resolución escrita en o antes de los términos establecidos de acuerdo con la categoría de la querella.

MCS Life proveerá la notificación relacionada con revisiones aceleradas verbalmente, por escrito o electrónicamente. Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, MCS Life proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico no más tarde de tres (3) días a partir de la notificación verbal.

Dicha notificación incluirá:

- Títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores).
- Declaración de la interpretación que se realizó.
- Determinación en términos claros y la base contractual o justificación médica para que el asegurado pueda responder a los planteamientos de MCS Life.
- Evidencia o documentación usada como base de la determinación.

En el caso de que MCS Life, luego de realizar la revisión de la querella, emita una determinación que resulte adversa, según definido en este certificado y en las leyes y reglamentos aplicables. La notificación de dicha determinación adversa expondrá:

- 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 el asegurado a recibir, de manera gratuita y 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 según 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, el administrador de beneficios de salud siguió, de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otros 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 del asegurado, 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 determinación 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 descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente.
- Una notificación del derecho del asegurado a comunicarse con la OCS o la Oficina del Procurador de la salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de ambas oficinas.
- Una declaración del derecho del asegurado 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 OCS.
- Una declaración en la que se indica el derecho del asegurado a incoar una demanda en el tribunal competente.

En caso de que MCS Life incumpla con sus obligaciones bajo este proceso, el asegurado podrá iniciar el proceso de revisión externa de la reclamación o ejercer cualquiera de los remedios disponibles bajo la §502(a) de ERISA o bajo la ley de Puerto Rico.

Continuidad de servicios

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

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

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

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

Revisiones externas

De no estar conforme con una determinación adversa, el asegurado podrá solicitar una revisión ante una organización externa e independiente que cumpla con los requisitos que la OCS establezca y conforme a 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. Entre las razones para solicitar una revisión se encuentra la denegación de un servicio por éste ser de naturaleza experimental o investigativa, debido a la decisión sobre la revisión interna de MCS Life o si no se provee una determinación dentro de los límites de tiempo establecidos para revisiones internas.

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

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

- Si el solicitante era un asegurado al momento de recibir los servicios.
- Si se pudiera entender que el servicio objeto de la determinación adversa es un servicio cubierto conforme al plan médico.
- Si el asegurado agotó el proceso interno de querellas.
- Si el 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 referir la solicitud a una de las tres organizaciones de revisión independiente contratadas que se mencionan a continuación: *Advance Medical Review, Alicare Medical Management y BHM Healthcare Solutions*. La designación de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión, se hará seleccionando al azar entre las organizaciones de revisión independiente contratadas y cualificadas.

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

- La solicitud presentada está incompleta o no cumple con los requisitos establecidos por ley para el proceso de revisión externa. El asegurado recibirá una 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 externas aceleradas.

El asegurado o su representante autorizado, podrán presentar una revisión acelerada si recibe una determinación adversa y:

- Padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena.
- Haya radicado una solicitud de revisión interna acelerada para la cual se hizo una determinación adversa.
- 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.
- Si la determinación adversa final se relaciona con la admisión a una facilidad de cuidado de la salud, la disponibilidad de un servicio o la estadía continuada en una facilidad donde el asegurado recibió servicios de emergencia y aún no ha sido dado de alta.

MCS Life acatará la decisión de la organización de revisión independiente de forma inmediata.

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

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

- Haya presentado un recurso de querellas interno y
- 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 querellas, sin que las partes hayan acordado la extensión del término para emitir la determinación.

Si MCS Life no cumple con los procesos requeridos para el manejo de las apelaciones (e.i. notificación de determinación dentro de los límites de tiempo establecidos), la apelación se considerará como denegada bajo la premisa de que el asegurado agotó los procesos internos de apelaciones y tendrá derecho a 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 querellas, no aplicará a las violaciones ni lo afectarán 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 por qué no se entiende que dicha violación no agota los procesos internos de querellas. Este recibirá respuesta en diez (10) días.

PARTE VII: MODELO DE ACCESO A LOS SERVICIOS

Médico

El plan de salud está diseñado para proveer libre selección a médicos, facilidades y especialistas.

Bajo este modelo el asegurado no necesita un referido de un médico primario para acceder a los servicios de otro médico especialista o sub-especialista dentro de cualquiera de las redes aplicables.

Para asegurarse de que reciba los beneficios del seguro de salud, el asegurado debe visitar un proveedor de servicios dentro de la red PPO de MCS Life.

Laboratorios

Red PPO de Laboratorios: Aplica copago o coaseguro correspondiente. El asegurado debe referirse al Directorio de Proveedores para conocer los laboratorios de la red PPO.

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, el asegurado deberá visitar www.unitedhealthcareonline.com o llamar al Centro de Asistencia al 1-800-226-5116.

PARTE VIII: TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

PREMIUM

Deducible y máximo de bolsillo (MOOP)	
Deducible anual para beneficios médicos	
Individual	N/A
Familiar	N/A
Gasto máximo de bolsillo (MOOP) para beneficios médicos	
Individual	\$1,600
Familiar	\$3,200
Beneficios esenciales de salud	
Servicios de emergencia y urgencia	
Accidente y Trauma	\$0
Enfermedad	\$50
Centros de Urgencia	\$10
Hospitalización	
Hospitalización parcial	\$50
Hospitalización (incluyendo salud mental)	\$50
Facilidad de enfermería diestra (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$0
Asistencia quirúrgica	\$0
Servicios ambulatorios	
Generalista	\$10
Especialista (incluyendo psiquiatras, psicólogos, podiatras, primera visita a quiroprácticos, audiólogos, optómetras y nutricionistas)	\$10
Subespecialista	\$15
Visitas médicas a domicilio	\$15
Facilidad ambulatoria	\$25
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	25%
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	25%
Procedimientos endoscópicos	0%
Criocirugía del Cuello Uterino	0%
Diálisis y hemodiálisis	0%
Servicios de rehabilitación, habilitación, y equipo médico duradero	
Terapia física (incluye terapia respiratoria y manipulaciones de quiropráctico)	\$7
Terapia respiratoria ambulatoria	\$7
Manipulaciones de quiropráctico	\$7
Cuidado de salud en el hogar (<i>Home Health Care</i>)	0%
Equipo médico duradero (<i>DME</i>)	25%
Prótesis Internas y Externas	25%
Aparatos Ortóticos	25%
Bandejas de implantes y otras bandejas quirúrgicas	\$300

Salud mental		
Terapia de grupo		\$10
Visitas colaterales		\$10
Pruebas Psicológicas (para asociados que cumplan con Ley Núm. 296 de 2000)		\$10
Psiquiatra		\$10
Servicios de laboratorios y rayos X		
Laboratorio Red PPO		25%
Rayos X		25%
Pruebas especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, MRA y SPECT)		25%
Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas		
Servicios preventivos		0%
Visitas de Cuidado Prenatal y Postnatal		\$8
Si la asegurada se registra en el Programa de Madres y Bebés Saludables dentro de los primeros tres meses del embarazo		\$0
Amniocentesis Genética		25%
Amniocentesis (maduración fetal)		25%
Inmunizaciones (vacunas) preventivas		0%
Inmunización (vacuna) para el virus respiratorio sincitial (Synagis)		0%
Otros servicios cubiertos		
Ambulancia aérea en Puerto Rico		20%
Cirugía Bariátrica		Cirugía: 0% Aplica copago de Hospital: \$50
Programas incluido como parte de sus beneficios		
MCS Alivia		\$15
MCS Medilínea MD		\$0
Cubierta de Visión		
Examen de refracción (adultos y niños)		\$4
Cubierta de \$130 por año póliza por asegurado		

NOTIFICACIÓN ANTIFRAUDE

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

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

Certificado de Beneficios preparado por:



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

www.mcs.com.pr

**ENDOSO AL CERTIFICADO DE BENEFICIOS
PLAN DE SALUD WALMART PUERTO RICO, INC.
PREMIUM 79-750096**

RESUMEN DEL BENEFICIO DE FARMACIA PREMIUM

Este documento notifica cambios en el beneficio de farmacia de los asociados y dependientes elegibles al plan médico de **Walmart Puerto Rico** a partir del 1 de enero de 2024.

PARTE XI: EXCLUSIONES

Las siguientes exclusiones formarán parte de esta sección:

24. **Walmart** se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado para incluirlos en el formulario de medicamentos de su beneficio de farmacia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta que dicho medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de **MC-Rx** siguiendo sus políticas y procedimientos aplicables. El Comité de Farmacia y Terapéutica realiza la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la U.S. Food & Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés) trimestralmente. En este término, **MC-Rx** realizará recomendación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho medicamento siguiendo las recomendaciones del Comité de Farmacia y Terapéutica.
25. No se cubrirán medicamentos nuevos dentro de una clase terapéutica que esté excluida. No se cubrirán tratamientos para enfermedades raras ("rare diseases") y/o de administración compleja, o terapias que requieran administración y evaluación especializada; excepto que sean requeridos por una ley estatal o federal.
26. Terapia de genes: Cualquier nueva tecnología, tratamiento, medicamento o dispositivos que altere los genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de, y medicamentos categorizados como Terapia Celular y Genética. Por ejemplo, brexucabtagene autoleucel (Tecartus), Ciltacabtagene autoleucel (Carvykti), casimersen (Amondys45); excepto cuando sea requerido por ley estatal o federal.



Resumen del Beneficio de Farmacia Walmart Puerto Rico

PARTE I: Introducción

Este documento es un resumen del beneficio de farmacia aprobado por **Walmart Puerto Rico** para sus asociados y dependientes elegibles al plan médico. El mismo contiene información importante sobre tus derechos y responsabilidades, el despacho de medicamentos, copagos, información de cómo acceder al directorio de farmacias actualizado y los programas disponibles, entre otros. Este beneficio de farmacia es contratado directamente por **Walmart Puerto Rico** con **MC-Rx**.

MC-Rx es un administrador de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) que se adhiere a todas las reglamentaciones y leyes de privacidad. Nuestra meta es brindarte productos y servicios de la más alta calidad, a la vez que protegemos la confidencialidad, integridad y la seguridad de tu información. Puedes acceder a nuestras políticas de privacidad a través de www.mc-rx.com.

MC-Rx, provee servicios de acuerdo a los altos estándares establecidos por una organización de acreditación fundada en 1990, conocida como la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización (URAC, por sus siglas en inglés), la cual establece estándares de calidad para toda la industria de la salud. Al mantener nuestro estatus de acreditación, nos mantenemos al ritmo de los cambios del sistema de salud y proporcionamos una marca de distinción para demostrar nuestro compromiso con la calidad y la responsabilidad de ofrecer un servicio de excelencia.

Para más información sobre tu beneficio de farmacia, puedes llamar libre de cargos al Centro de Ayuda al Asegurado de **MC-Rx** al **1-855-252-2292 / 711 (TTY)**. Ofrecemos servicio 24/7. Siempre que te comuniques, debes tener a la mano el número de identificación de asegurado. Esta información aparece en la tarjeta emitida por MCS. También puedes registrarte en el Portal de Asegurados en www.mc-rx.com o en la aplicación móvil **MC-Rx Member APP** en tu teléfono celular (Apple o Androide) para obtener información sobre medicamentos, copagos, lista actualizada de farmacias participantes y más.

Este beneficio de farmacia cubre el despacho de medicamentos genéricos y de marca que en la etiqueta tengan la leyenda federal **“Precaución: La Ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica.”** El mismo se rige por las guías de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) que incluyen dosificación, equivalencia de medicamentos, clasificación terapéutica, perfil de seguridad, entre otros. Es importante que tengas conocimiento de tus opciones de medicamentos disponibles (genéricos o de marca) y las implicaciones de pago.

PARTE II: Definiciones

Tu beneficio de farmacia cuenta con una amplia selección de medicamentos. El Comité de Farmacia y Terapéutica de **MC-Rx** tiene la responsabilidad de evaluar los medicamentos para los cuales tienes

cubierta. Este comité está compuesto por médicos y farmacéuticos que se reúnen periódicamente para evaluar nuevas terapias y determinar la necesidad de recomendar estrategias de contención de costos. Sus miembros toman en consideración literatura clínica para evaluar la seguridad y costo-efectividad de los medicamentos.

A continuación, algunos términos que debes conocer:

- **Medicamentos biosimilares:** Son medicamentos biológicos equivalentes en calidad, eficacia y seguridad al medicamento original. Este beneficio contempla el despacho de un medicamento biosimilar como primera alternativa en aquellas categorías de medicamentos especializados que lo tengan disponible en el mercado.
- **Medicamentos genéricos:** Son medicamentos aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) que contienen el mismo ingrediente activo que los medicamentos de marca. Son seguros, efectivos y, generalmente, cuestan menos que los medicamentos de marca. Este beneficio contempla el despacho de medicamentos genéricos como primera opción.
- **Medicamentos de marca:** Son medicamentos mercadeados y vendidos bajo el nombre original de la compañía farmacéutica que los fabrica. Tu beneficio de farmacia cubre una gran variedad de medicamentos de marca que no tienen una alternativa genérica disponible en el mercado.
- **Medicamentos especializados o biotecnológicos:** Son medicamentos que se utilizan para tratar condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración o un manejo especial por su composición. Algunas de las condiciones que tratan estos medicamentos son: artritis reumatoide, Enfermedad de Crohn, Enfermedad de Gaucher, esclerosis múltiple, hipertensión pulmonar, hepatitis C, cáncer, osteoporosis y psoriasis, entre otras.
- **Medicamentos para condiciones agudas:** Son medicamentos recetados para aquellas enfermedades que tienen un inicio y un fin claramente definidos, son de corta duración y deben ser atendidas con urgencia, (ejs: antibióticos, anticatarrales, antifúngicos, antivirales, antieméticos, antihistamínicos, entre otros).
- **Medicamentos de mantenimiento:** Son medicamentos recetados para el tratamiento de condiciones crónicas que requieren ser utilizados por tiempo prolongado o de por vida, (ejs: productos para diabetes (incluyendo insulina), medicamentos para tiroides, diuréticos, antihipertensivos, anticoagulantes, anticonvulsivos, antiarritmicos, antiasmáticos, medicamentos para el colesterol, Enfermedad de Parkinson y glaucoma, entre otros).
- **Medicamentos preventivos:** Son ciertos medicamentos incluidos en el “Patient Protection and Affordable Care Act” (PPACA) que se usan para prevenir ciertas condiciones de salud en adultos y niños. Estos medicamentos están cubiertos al 100% y requieren una receta del médico para su despacho, incluyendo los que se encuentran fuera de recetario (OTC). Estos son:

Producto	Descripción
Aspirina 81 mg	Para pacientes de 50 a 59 años. Límite de una tableta diaria. Incluye productos OTC solamente.
Estatinas	Para prevención de enfermedades cardiovasculares.
Vitamina D	Para prevención de caídas en personas de 65 años en adelante.

Producto	Descripción
Ácido Fólico 400 mcg, 800 mcg	Incluye productos OTC solamente.
Fluoruro de Sodio	Productos de administración oral para pacientes de 6 años o menos.
Contraceptivos	Incluye productos OTC y recetados. Algunos anticonceptivos cubiertos son: contraceptivos orales, IUD, diafragma, condón femenino, condón masculino, espermicidas de foam o gel, contraceptivo intrauterino de cobre, anillo Mirena, anillo Nuvaring, parche Ortho Evra, entre otros.
Tamoxifeno / Raloxifeno	Para prevención de cáncer de seno.
Cesación de Fumar	Cubiertos por 90 días consecutivos hasta 2 veces en un año. Incluye productos OTC y recetados.
Prenatales	Incluye productos OTC y recetados.
Preparación del colon	Para pacientes con 50 años o más cuando son recetados por un gastroenterólogo. Cubre Colyte o sus genéricos y Suprep.
Truvada	Medicamento utilizado para reducir el riesgo de contraer VIH cuando se utiliza como profilaxis de pre-exposición (PrEP) en combinación con otros métodos de prevención. La receta debe incluir el diagnóstico del paciente.

- **Medicamentos fuera de recetario (over the counter “OTC”):** Son medicamentos que no tienen la leyenda federal “Precaución: La Ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica.” y que se pueden vender a una persona sin la receta de un médico. La Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó estos medicamentos en la misma dosis que antes tenían como medicamentos con leyenda. Estos medicamentos han probado ser seguros y efectivos. Este beneficio de farmacia cubre ciertos medicamentos OTC que para su despacho se requiere una receta del médico que indique “OTC”. Estos son:

Categoría	Medicamentos
Inhibidores de la Bomba de Protones	Prilosec® (tab), Prevacid® 24 hrs. (cap.), Nexium® 24 hrs., Zegerid® y sus genéricos
Antihistamínicos no sedantes	Allegra®, Allegra-D®, Claritin®, Claritin-D®, Aller Clear®, Allergy Relf®, Zyrtec®, Zyrtec D®, Xyzal® y sus genéricos
Esteroides nasales	Rhinocort®, Nasacort®, Flonase®, Flonase Sensimist® y sus genéricos
Alergias oculares	Alaway®, Claritin® Eye Drops, Zaditor® y sus genéricos

PARTE III: Estrategias de Contención de Costos

A ciertos medicamentos le aplican estrategias de contención de costos. Estas son acciones que ayudan a que algunas terapias de medicamentos se utilicen cuando son médicaamente necesarias y permiten controlar los gastos. Además, contribuyen a evitar el fraude, abuso y desperdicio de medicamentos. Las principales estrategias de contención de costos son:

- **Límite en cantidad:** Se establece un límite en la cantidad de medicamento a ser despachado de acuerdo a las recomendaciones del manufacturero sobre la cantidad máxima que no causa efectos adversos y que es efectiva para tratar una condición, (ejs. medicamentos para migraña y opioides).
- **Límite en edad:** El despacho del medicamento está limitado a ciertos grupos de edad, (ejs. medicamentos con codeína, medicamentos para el acné y ADHD).
- **Límite de especialidad médica:** El despacho del medicamento está limitado a ciertas especialidades médicas de acuerdo a la literatura médica, (ej. medicamentos de oncología).
- **Preautorización:** La reclamación de un medicamento necesita ser evaluada ya que requiere una autorización antes de ser despachado al paciente. La preautorización la gestiona la farmacia directamente con **MC-Rx**, (ejs. medicamentos especializados, medicamentos cuyo costo excede \$750 y mezclas de medicamentos que exceden \$75).
- **Terapia Escalonada:** Este programa fomenta el uso de medicamentos clínicamente probados y costo-efectivos (Medicamentos de Primer Paso) antes de utilizar un medicamento nuevo que a menudo tiene menos experiencia clínica y un costo más alto (Medicamentos de Segundo Paso). La terapia escalonada solo aplica a pacientes que utilizan los medicamentos por primera vez o que no hayan utilizado los medicamentos durante un periodo previo de 6 meses. A los siguientes medicamentos para la diabetes les aplica terapia escalonada:

Medicamentos de Primer Paso	Medicamentos de Segundo Paso
Biguanides o Sulfonilureas (ejs. metformin, glipizide)	Glitazonas (ejs. <i>Actos, Avandia, pioglitazona</i>)
Biguanides, Sulfonilureas o Glitazonas (ejs. metformin, glipizide, pioglitazona)	DPP-4 (ejs. <i>Januvia, Janumet, Tradjenta</i>)
DPP-4 or SGLT-2 (ejs. <i>Jardiance, Tradjenta</i>)	DPP-4 & SGLT-2 (ejs. <i>Trijardy, Qtern</i>)
Biguanides, Sulfonilureas o Glitazonas (ejs. metformin, glipizide, pioglitazona)	GLP-1 (ejs. <i>Trulicity, Victoza</i>)
Biguanides, Sulfonilureas o Glitazonas (ejs. metformin, glipizide, pioglitazona)	SGLT-2 Inhibitors (ejs. <i>Farxiga, Jardiance, Invokana</i>)
Metformin IR / SR (ejs. metformin)	Metformin Osmotic / Liberación Modificada (ejs. <i>Fortamet, Glumetza</i>)
Alpha glucosidase Inhibitors (ejs. acarbose, miglitol)	Alpha glucosidase Inhibitors (ejs. <i>Glyset</i>)
GLP1 o Insulina de larga duración (ejs. <i>Trulicity, Victoza, Lantus</i>)	GLP-1 o Insulina de larga duración (ejs. <i>Xultophy, Soliqua</i>)

PARTE IV: Copagos y Coaseguros

En la **Cubierta Premium** aplican los siguientes copagos o coaseguros:

Medicamento	Copago/Coaseguro
Genérico	\$0
Si el asegurado selecciona un medicamento de marca existiendo un genérico, le aplica el copago del medicamento genérico más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el genérico.	
Marca	25%
Vacuna Rhogam	20%

Medicamento	Copago/Coaseguro	
Vacunas incluidas en el Programa de Vacunación del Departamento de Salud de PR	\$0	
Mantenimiento (90 días) a través de Flex 90® o por correo	Genérico	\$0
	Marca y Nuevo	\$20
Especializados	30%, máximo \$250	
Biosimilares	\$150	
Medicamentos requeridos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)	\$0	
Medicamentos fuera del recetario ("over the counter") mencionados en la Parte II	\$0	

En el beneficio de farmacia, aplica el Maximum Out of Pocket (MOOP), una vez el asegurado alcanza la cantidad establecida en el desembolso de copagos y coaseguros, los mismos no aplicarán por lo que queda del año de beneficio (del 1^{ero} de enero al 31 de diciembre).

PARTE V: Despacho de Medicamentos

En este beneficio de farmacia están cubiertos los medicamentos genéricos como primera opción y de marca que contengan la siguiente frase en su etiqueta: **“Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription.”** (“Precaución: La ley federal prohíbe su despacho sin receta médica.”)

- **Medicamentos para condiciones agudas:** 15 días de suplido, no se cubren repeticiones
- **Medicamentos de mantenimiento:** 30 o 90 días de suplido, se cubren repeticiones. La receta debe indicar por escrito que el médico autoriza las repeticiones.
 - Suplido de 30 días: La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original está limitada a un suplido y hasta 5 repeticiones.
 - Suplido de 90 días: La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original está limitada a un suplido y una repetición.

Las vitaminas prenatales están cubiertas como medicamentos de mantenimiento, limitadas a 30 días de suplido y 5 repeticiones.

Los medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiacepinas están cubiertos como mantenimiento, limitados a 30 días de suplido y 5 repeticiones sin restricción de especialidad médica, (ejs. alprazolam, lorazepam, clorazepate).

Los medicamentos cuyo suplido es para 90 días y una repetición están limitados a productos para diabetes, incluyendo insulina, medicamentos para tiroides, nitroglicerina, diuréticos, antihipertensivos, anticoagulantes, anticonvulsivos, antiartríticos, vasodilatadores, antiasmáticos, colesterol, Parkinson y glaucoma.

Los suplidos para diabetes (lancetas, tirillas, jeringuillas y “alcohol wipes”) están cubiertos como mantenimiento, deben ser llevados a 90 días y una repetición sin copago. Los asociados que participan del Programa Vida obtienen las lancetas y tirillas a través de MCS.

Un nuevo despacho de medicamento no podrá ser provisto hasta tanto el paciente no haya consumido al menos el 75% del suprido del medicamento. Tampoco se podrá despachar después de un año de la fecha de la receta original, excepto los medicamentos controlados cuya receta tiene una vigencia de 6 meses.

PARTE VI: Redes de Farmacias

Los medicamentos cubiertos bajo este beneficio de farmacia se obtienen a través de una red que cuenta con 700 farmacias participantes en Puerto Rico, incluyendo Vieques y Culebra. Esta red incluye cadenas de farmacias (excepto CVS) y farmacias de comunidad.

Los medicamentos de mantenimiento para un suprido de 90 días también pueden obtenerse por correo a través de Walmart Mail Services.

Los medicamentos para condiciones crónicas que requieren un manejo especializado, deben obtenerse a través de la red de farmacias especializadas. Estas farmacias cuentan con personal altamente cualificado en el manejo de los medicamentos para tratar enfermedades crónicas, lo que asegura un tratamiento continuo, de calidad, costo-efectivo y adecuado según la condición del paciente. Además, hacen entrega de los medicamentos en el lugar que tú o tu médico seleccione. Algunos medicamentos especializados se pueden obtener en las farmacias Walmart y Sam's.

En Estados Unidos, **MC-Rx** cuenta con una amplia red de más de 69,000 farmacias participantes. Esta red incluye las principales cadenas a través de la nación.

Para obtener el despacho de tus medicamentos, solo debes presentar la receta junto con la tarjeta del plan médico. La información de **MC-Rx** aparece al dorso de la tarjeta de MCS. Si los servicios los provee una farmacia participante, esta no efectuará cargo ni cobrará cantidad alguna al asegurado que resulte en exceso del copago o coaseguro establecido. **Si utilizas farmacias que no son participantes de la red, no podrás solicitar reembolso por los medicamentos pagados.**

Para más información sobre las redes de farmacias, puedes comunicarte libre de cargos al Centro de Ayuda al Asegurado de **MC-Rx** al **1-855-252-2292 / 711 (TTY)** o acceder al Portal de Asegurados a través de www.mc-rx.com o a la aplicación móvil **MC-Rx Member APP** en tu teléfono celular (Apple o Androide) para obtener lista actualizada de farmacias participantes.

PARTE VII: Programa Flex 90® Mandatorio

El Programa Flex 90® te permite obtener un despacho de 90 días para algunos medicamentos incluidos en ciertas categorías de medicamentos de mantenimiento. Este programa es mandatorio de acuerdo a tu beneficio de farmacia.

¿Cómo funciona el Programa Flex 90® Mandatorio?

El despacho del medicamento de mantenimiento a 90 días comienza luego de que hayas tenido 3 despachos previos de 30 días del medicamento en su misma dosis.

Pasos a seguir:

1. Solicita al médico la receta de tu medicamento de mantenimiento para 90 días de suplido luego de haber tenido 3 suplidos previos de 30 días. La receta debe incluir una de estas instrucciones: 90 días con una repetición o 30 días con 5 repeticiones.
2. Selecciona la farmacia de tu preferencia dentro de la red de farmacias participantes.
3. Presenta tu tarjeta del plan médico en el Recetario.
4. Al recoger el despacho, pagas hasta un máximo de \$20 si el medicamento es nuevo o de marca y \$0 si es genérico.

¿Cuáles son las ventajas del Programa Flex 90®?

- Ahorras dinero en el copago del medicamento de marca o nuevo.
- Tienes disponible mayor cantidad de medicamentos para la adherencia a tu tratamiento médico.
- Realizas menos viajes a la farmacia.

Medicamentos de mantenimiento que no son parte del Programa Flex 90®

- Medicamentos que requieren seguimiento continuo de niveles para hacer ajustes en dosis
- Inyectables (excepto las insulinas), gotas, inhaladores y cremas
- Medicamentos que tienen límite en la cantidad de despacho por razones de seguridad o indicación del FDA
- Medicamentos especializados

PARTE VIII: Programa de Medicamentos por Correo

El Programa de Medicamentos por Correo te permite recibir algunos de tus medicamentos de mantenimiento para 90 días por correo en la comodidad de tu hogar o en otro lugar que prefieras.

¿Cómo se utilizan los servicios del Programa de Medicamentos por Correo?

Debes registrarte en el Programa de Medicamentos por Correo para comenzar a disfrutar del servicio.

- Infórmale al médico sobre el servicio y solicítale una receta de tu medicamento de mantenimiento para 90 días de suplido. La receta debe tener la instrucción de despacho de 90 días con una repetición.
- Si tienes una nueva receta escrita, completa el formulario de la orden y envíala por correo junto con la receta y la información de pago a:

Walmart Home Delivery
1025 W Trinity Mills Rd
Carrollton, TX 750006

- Puedes obtener el formulario de solicitud de envío de medicamentos a través de www.walmart.com/homedelivery.
- Si necesitas ayuda con tus repeticiones, puedes llamar al 1-800-273-3455. También puedes solicitarle a tu médico que envíe tu receta de forma electrónica directamente a Walmart Pharmacy Mail Services al correo electrónico wmsrx@wal-mart.com o a través del fax 1-800-406-8976. Provéale a tu médico la siguiente información de E-Prescribing de la farmacia: NABP (4500369) o NPI (1215956222).

PARTE IX: Coordinación de Beneficios (COB)

La Coordinación de Beneficios (COB) es el proceso que permite a los asegurados que tienen más de un plan de farmacia, utilizar ambos planes para el procesamiento de una misma receta al momento de recibir el servicio en la farmacia.

La transacción de Coordinación de Beneficios (COB) es en línea directa con el procesador de recetas, por lo que en muchos casos el asegurado puede reducir o eliminar el copago de acuerdo al diseño del beneficio. Infórmale a la farmacia si tú o alguno de tus dependientes tienen otro plan de farmacia para que puedan beneficiarse de la Coordinación de Beneficios (COB).

PARTE X: Limitaciones

1. Se despacharán medicamentos genéricos como primera opción, excepto cuando los mismos no existan en el mercado.
2. Glucómetro y esfigmomanómetro están cubiertos a través de MCS si el asociado se inscribe en el Programa Vida. A los asociados que no participan en el Programa Vida y otros asegurados del plan se les cubren estos equipos a través del beneficio de farmacia, limitados a uno de cada uno cada 2 años con 20% de coaseguro.
3. Lancetas, tirillas y jeringuillas están limitadas, hasta un máximo de 100 para 30 días y máximo de 300 para 90 días. A los asegurados menores de 21 años no aplican estos límites en cantidad.
4. Los medicamentos utilizados para bajar de peso se cubrirán únicamente mediante preautorización según protocolo clínico.
5. Se cubren los medicamentos inmunosupresores con preautorización, siempre y cuando no estén relacionados a trasplantes de órganos.
6. Implante Zoladex se cubre con preautorización.
7. Productos de fluoruro para uso dental para mayores de 6 años.
8. A través del beneficio de farmacia solo se cubren quimioterapias orales incluyendo Temodar y Xeloda. Tratamientos inyectables o de infusión se cubren a través de la cubierta médica del plan.

PARTE XI: Exclusiones

1. Medicamentos que no tengan la leyenda federal “Caution: Federal Law prohibits dispensing without prescription.”, excepto insulina y los medicamentos mencionados en la Parte II.
2. Recetas o repeticiones cuya fecha de expedición exceda un año o lo que disponga la Ley de Substancias Controladas

3. Suministros médicos, equipos terapéuticos y dispositivos, incluyendo jeringuillas hipodérmicas, soluciones de hospitales y cualquier artículo que no sea un medicamento, aunque necesite una receta para adquirirlo; excepto “alcohol wipes”, lancetas, tirillas y jeringuillas para insulina que se cubren como mantenimiento
4. Anticonceptivos aprobados por la FDA que no tengan receta escrita de un médico o que no sean aprobados por la FDA
5. Los siguientes medicamentos están excluidos del beneficio de farmacia independientemente tengan la leyenda federal “Caution: Federal Law prohibits dispensing without prescription.”:
 - a. Medicamentos con fines de embellecimiento, cosmético, para las arrugas o cualquier producto con el mismo fin, aunque sea recetado por un médico
 - b. Medicamentos para condiciones de la piel como los pediculicidas y escabicidas, excepto Permethrin 5%
 - c. Medicamentos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú, lociones y jabones
 - d. Medicamentos para el tratamiento de la alopecia (pérdida de cabello)
6. Medicamentos para el dolor (Nubain® y Stadol®)
7. Productos dietéticos
8. Medicamentos para tratar la infertilidad, fertilidad, impotencia o implantes
9. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral, excepto los que se cubren bajo las leyes federales relacionadas a servicios preventivos
10. Vitaminas orales, excepto las prenatales e inyectables
11. Medicamentos utilizados como tratamiento para medicina alternativa
12. Hormonas de crecimiento
13. Nutrientes
14. Agentes para fines diagnósticos, excepto las pruebas de glucosa en sangre y orina
15. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos
16. Esteroides anabólicos
17. Agentes para la pigmentación o despigmentación
18. Suero biológico, sangre, plasma y sustancias relacionadas
19. Cargos por la administración de cualquier medicamento inyectable, incluyendo vacunas
20. Recetas en casos de accidentes en el trabajo, automóvil y aquellos otros que, de acuerdo con las leyes de Estados Unidos o Puerto Rico, la persona tenga derecho a recibir sin cargo alguno
21. Medicamentos considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones para los cuales la FDA no ha autorizado su uso
22. Medicamentos a ser administrados mientras el asegurado está hospitalizado o en un hogar de convalecencia, sanatorio, oficina médica, facilidad de cuidado extendido o cualquier institución similar que se le permite proveer medicamentos o productos farmacéuticos
23. El asegurado no tendrá derecho a reembolso si utiliza farmacias que no son parte de la red de farmacias participantes.

PARTE XII: Quejas y Querellas

Si tienes alguna queja por los servicios recibidos, debes completar el Formulario de Querella que aparece en la sección de Servicio al Asegurado en www.mc-rx.com. El mismo será evaluado por el Departamento de Asuntos del Cliente de MC-Rx.

También puedes llamar libre de cargos al Centro de Ayuda al Asegurado de **MC-Rx** al **1-855-252-2292 / 711 (TTY)**. Ofrecemos servicio 24/7. Siempre que te comuniques con nosotros debes tener a la mano tu número de identificación de asegurado. Esta información aparece en la tarjeta de MCS.

PARTE XIII: Apelaciones de Medicamentos Recetados

Cuando se emita una determinación adversa (denegación clínica) de un medicamento, **MC-Rx** enviará una carta por correo al asegurado y al médico que recetó el medicamento. En esta carta se informará la razón de la denegación y los pasos para apelar la decisión. El asegurado, su médico o un representante autorizado del asegurado pueden presentar una solicitud de apelación si no están de acuerdo con la determinación adversa (denegación clínica) de un medicamento.

Tipos de apelaciones:

Hay dos tipos de apelaciones que el asegurado, su médico o representante autorizado del asegurado pueden presentar:

- Apelación estándar: Se emitirá una notificación de determinación dentro de los 30 días calendario de haber recibido la solicitud de apelación.
- Apelación expedita (riesgo de muerte): Se emitirá una notificación de determinación dentro de las primeras 72 horas de haber recibido la solicitud de apelación.

Pasos para presentar una apelación:

1. Someter una carta de apelación.
2. Incluir una justificación escrita, firmada por el médico y cualquier comentario, documento, archivo o información escrita relacionada con el caso que apoye la apelación dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha de la notificación de determinación adversa (denegación clínica).
3. Enviar los documentos por fax al **1-866-827-8024** o por correo a:

MC-Rx
Departamento de Servicio al Cliente (Apelaciones)
Call Box 4908
Caguas, Puerto Rico 00726

Para obtener información adicional puedes llamar libre de cargos al Centro de Ayuda al Asegurado de **MC-Rx** al **1-855-252-2292 / 711 (TTY)**.



Resumen de Beneficios del Plan Dental Walmart Puerto Rico

CUBIERTA PREMIUM

Parte I: Introducción

Este documento es un resumen del beneficio del plan dental que **Walmart Puerto Rico** le ofrece a sus asociados y dependientes elegibles al plan. El mismo contiene información importante sobre tus derechos y responsabilidades, coaseguros, proveedores dentales e información sobre los beneficios de cubierta según aprobado por **Walmart Puerto Rico**. Este beneficio del plan dental es contratado por **Walmart Puerto Rico** directamente con **Delta Dental of Puerto Rico, Inc.**

Delta Dental, fue fundada en el 1954, por un grupo de dentistas que reconoció la necesidad de aumentar el acceso al cuidado de la salud oral formando varias organizaciones de servicios dentales en los Estados Unidos.

En Puerto Rico, Delta Dental lleva 40 años como una compañía dedicada a la salud oral, siendo el único asegurador dedicado exclusivamente a los beneficios dentales. Contamos con una amplia Red de Proveedores con dentistas de todas las especialidades.

Para más información sobre tu beneficio dental, puedes llamar libre de cargos al Centro de Servicio de Llamadas **1-855-359-6409** de **lunes a viernes 8:00 a.m. a 5:00 p.m.** Siempre que te comuniques, debes tener a la mano el número de identificación de asegurado. Esta información aparece en la tarjeta emitida por Delta Dental of Puerto Rico, Inc.

También puedes visitar nuestra página en Internet www.deltadentalpr.com y registrarte en el Portal de Asegurados para obtener información sobre proveedores participantes, elegibilidad, beneficios, detalles de cubierta y coaseguros. En adición, podrás solicitar duplicados de tarjetas, certificaciones de cubierta y aclarar dudas mediante consulta en línea.

Parte II: Beneficios Cubiertos

Tu beneficio dental cubre los servicios dentales básicos y servicios restaurativos básicos.

Servicios dentales básicos

- **Diagnósticos** - Procedimientos para ayudar al dentista en la evaluación de una condición existente para determinar el tratamiento dental requerido, incluyendo exámenes orales.
- **Preventivos** - Procedimientos para prevenir la ocurrencia de enfermedades dentales, incluyendo la profilaxis (limpieza), aplicación tópica de soluciones de fluoruro, mantenedores de espacio y sellantes.
- **Rayos X** - Radiografías de toda la boca y de mordida (bite-wings).

Servicios de restauración básica

- **Restauración básica** - Procedimientos para restaurar los dientes con amalgama o resinas compuestas para el tratamiento de caries.
- **Cirugía oral** - Procedimiento de extracciones y otros procedimientos quirúrgicos, incluyendo el cuidado pre y post-operatorio.
- **Endodoncia** - Procedimientos para remover la pulpa (nervio) de la pieza dental, sustituir el nervio con un material en el canal de la raíz y sellar la pieza.
- **Paliativos** - Servicios de emergencia para aliviar dolor.

Parte III: Coaseguros

Los porcentajes de pago listados en la tabla están sujetos a las exclusiones y limitaciones descritas específicamente en el contrato. El programa de coaseguros se usa para determinar el pago de los servicios, el cual se explica más adelante.

En la **Cubierta Premium** aplican los siguientes coaseguros:

Provisiones Básicas		Cubierta
Máximo por año póliza de beneficios por asegurado		\$ 750
Máximo de tarifa de COVID por servicio		No cubierto
Servicios de Diagnósticos y Preventivos		
Servicio	Frecuencia	Coaseguro
* Exámenes periódicos de rutina	Dos por año póliza	0%
* Examen de emergencia	Limitado a uno cada doce meses	
* Consulta especialista	Limitado a uno cada doce meses	
* Radiografías de mordida - "bite-wings", periapicales y oclusales	Un par, dos por año póliza. Estará limitado en combinación con radiografía de mordida y periapicales a no más de seis radiografías en un período de doce meses	
* Radiografía de toda la dentadura panorámica o "full mouth"	Una cada tres años	
* Profilaxis dental (limpieza)	Dos por año póliza	
* Aplicación tópica de fluoruro a menores de 19 años.	Limitado a dos por año póliza	
* Aplicación tópica de fluoruro solo para adultos con condiciones especiales	Dos por año póliza	
* Prueba de vitalidad	Una cada 6 meses solamente para el diagnóstico de una condición de emergencia	

* Sellantes de fisura para niños	Aplica a menores de 14 años en dientes posteriores y permanentes	
* Mantenedores de espacio unilateral y bilateral en dientes deciduos (primarios)	Limitado a menores de 14 años solamente, para mantener espacio de dientes posteriores deciduos. En dientes anteriores no está cubierto.	20%

Servicios Regulares de Restauración

Servicio	Frecuencia	Coaseguro
* Restauraciones en amalgama (Plata) en molares y premolares	Limitado a cada 24 meses por diente por superficie	
* Restauraciones en resina (plástico), en toda la dentadura	Limitado a cada veinticuatro meses por diente por superficie	
* Endodoncia: tratamiento de canal, <i>root canal</i> para dientes anteriores y bicúspides.	Limitado a uno por diente de por vida	
* Recubrimiento pulpar directo e indirecto	Limitado a uno por diente en un periodo de 24 meses	
* Pulpotomía	Limitado a uno por diente cada 24 meses	
* Retratamiento de canal para dientes anteriores y bicúspides.	Limitado a uno por diente de por vida	
* Coronas de acero inoxidable en dientes deciduos (primarios)	Limitado a una por diente, una vez en un período de cinco años	30%
* Corona provisional	En dientes permanentes, limitado a uno de por vida por diente	
* Reparación de dentaduras completas o parciales	Limitado a uno por arco en un periodo de 6 meses	
* Recementacion <i>inlay</i> y corona	Limitado a uno por diente por vida	
* Extracciones quirúrgicas y cirugía oral, incluyendo cuidado pre y post-operatorio y anestesia general	Limitado a uno por diente de por vida	
* Extracciones de dientes erupcionados y raíz residual	Limitado a uno por diente por vida	
* Exposición quirúrgica diente impactado	Limitado a uno por diente por vida	

* Exostosis (remoción de sobrehueso)	Limitado a una vez por cuadrante de por vida	
* Frenulectomía (corrección del frenillo)	Limitado a uno por arco de por vida	
* Tratamiento paliativo para aliviar el dolor	Basado en determinación clínica	

Parte IV: Red de proveedores participantes

Los dentistas participantes, son proveedores licenciados en Puerto Rico que han sido contratados por Delta Dental of Puerto Rico, Inc. para cumplir con las políticas de los servicios, los honorarios y otros asuntos relacionados con las obligaciones de Delta Dental con los asegurados.

Para obtener información sobre los dentistas participantes puedes llamar al número dedicado de servicio al asegurado de Delta Dental al **1-855-359-6409** o a través de la página web www.deltadentalpr.com, bajo “Busque un dentista”.

Parte V: Predeterminación de beneficios

Predeterminación no es una condición para obtener beneficios bajo el Plan.

Si los cargos totales de un plan de tratamiento para ti, tu cónyuge/pareja de hecho o tus dependientes asegurados en el plan Delta Dental exceden de \$300, se recomienda la predeterminación para la aprobación de los cargos y servicios con el propósito de que, tanto tú como tu dentista, conozcan de antemano los beneficios y cantidades que el Plan cubrirá antes de comenzar el tratamiento. Delta Dental actuará con prontitud para la devolución de un comprobante de pre-determinación, tanto a ti como al dentista, que incluya la verificación de elegibilidad, la definición y extensión de los beneficios en un periodo de doce meses para completar los servicios.

El comprobante de pre determinación también estipulará la responsabilidad económica del copago que corresponda y qué sería pagado por ti y también incluirá la parte económica que le corresponde a Delta Dental, siempre y cuando: (1) el asegurado a ser tratado sea elegible a la fecha en que cada procedimiento sea comenzado, (2) los procedimientos sean completados dentro de un periodo de sesenta días después de la fecha del aviso de predeterminación, (3) la reclamación sea sometida no más de seis meses después de la fecha de servicio y (4) los beneficios continúen estando dentro de los máximos de beneficios y las limitaciones de frecuencia de los procedimientos aplicables. Si eres elegible y no has agotado tus beneficios, Delta Dental te otorgará prórrogas o extensiones al periodo de pre-determinación de beneficios a petición tuya o del dentista. Siempre y cuando este cumpla con una elegibilidad continua, los máximos aplicables de los beneficios no se hayan agotado y haya una inaplicabilidad continua de frecuencia de las limitaciones del procedimiento.

Dónde conseguir más información

Delta Dental of Puerto Rico, Inc.

Centro de Servicio de Llamadas

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

1-855-359-6409

Parte VI: Panel de Dentistas Delta Dental PPO y Delta Dental Premier

Tú y tus dependientes asegurados en el plan pueden visitar cualquier dentista.

Los copagos y coaseguros dependerán si recibes servicios de:

- ✓ Un dentista de la red Delta Dental PPO
- ✓ Un dentista de la red Delta Dental Premier, o
- ✓ Un dentista no participante

Dentista participante “Delta Dental PPO”

El pago de servicios prestados por dentistas participantes que son integrantes de la red - “Delta Dental PPO”- es calculado por Delta Dental basado en la tarifa contratada en la tabla de honorarios del programa –“Delta Dental PPO”-. Estos han acordado aceptar dichas tarifas como pago total de los servicios cubiertos en el contrato.

Delta Dental calcula su parte de la tabla de honorarios cubiertos - “Delta Dental PPO”-, (Pago Delta Dental) usando el Programa de Copago previamente descrito y lo envía al dentista participante. Delta Dental te avisa sobre cualquier cargo no pagadero y por los cuales serás responsable. Éstos generalmente son: coaseguros, deducibles y cargos que han excedido los límites máximos, o cargos por servicios no cubiertos por el contrato (pago del asegurado).

Dentista participante “Delta Dental Premier”

El pago de servicios prestados por un dentista participante de - “Delta Dental Premier”-que no tiene un contrato para el programa - “Delta Dental PPO”-, está basado también en la tabla de honorarios del programa - “Delta Dental PPO”- o la tarifa cobrada, la que sea menor.

Los dentistas - “Delta Dental Premier”- han acordado aceptar la tarifa contratada con Delta Dental como pago de los servicios cubiertos por el contrato. Delta Dental of Puerto Rico, Inc. calcula su parte de la tarifa en la tabla de honorarios del programa,

- “Delta Dental PPO”-, usando el programa de coaseguros, previamente descrito y lo envía al dentista participante “Premier” (Pago Delta Dental). Serás responsable de cualquier diferencia entre el honorario contratado con Delta Dental y la tabla de honorarios cubiertos - “Delta Dental PPO”-, así como coaseguros, deducibles y cargos que han excedido los límites máximos o cargos por servicios no cubiertos por el contrato.

Dentista no participante

El pago por servicios prestados por un dentista no participante incluyendo los dentistas fuera de Puerto Rico, también es calculado basado en la tabla de honorarios fijos - “Delta Dental PPO”-, usando el programa de coaseguros, previamente descrito, pero en este caso Delta Dental te efectúa el pago a ti. Eres responsable por el pago completo de la tarifa privada del dentista no participante, que podría incluir cantidades adicionales a la parte del honorario contratado estipulada en la tabla de honorarios del programa - “Delta Dental PPO”- y servicios no cubiertos por el contrato.

Parte VII: Cómo radicar una reclamación

Todos los dentistas participantes de Delta Dental of Puerto Rico, Inc. someten las reclamaciones directamente al plan. Tu dentista puede completar una reclamación en la forma aprobada por la “American Dental Association” (“ADA”) y enviarla a:

DELTA DENTAL OF PUERTO RICO, INC.

14 calle 2 Suite 200
Guaynabo, Puerto Rico 00968-1735

Si una predeterminación fuera necesaria, el dentista someterá con anticipación directamente a Delta Dental, la forma de reclamación para el tratamiento dental planificado. De lo contrario, el proveedor prestará el servicio y entonces someterá la reclamación al Plan.

El procedimiento de predeterminación es el proceso mediante el cual tu dentista somete a Delta Dental un plan de tratamiento planificado, acompañado de radiografías y reporte explicativo del tratamiento a realizarse. Dicho plan de tratamiento es evaluado por un consultor dental, el cual procede con la aprobación o denegación, de acuerdo con el diseño de la cubierta contratada y que los beneficios continúen estando dentro de los máximos de beneficios y las limitaciones de frecuencia de procedimientos aplicables; además, se evalúa si el plan de tratamiento es necesario y conforme a los estándares de la práctica dental generalmente aceptada.

Si el proceso de predeterminación se completa favorablemente, se emitirá un documento al dentista para ejecución, en el mismo se especifica que ese documento no es garantía de pago para los servicios, ya que este finalmente dependerá entre otras cosas de: (1) la continuación de la elegibilidad del paciente a ser tratado, (2) que no se hayan agotado los máximos aplicables de beneficios y (3) la continuación de la no-aplicabilidad de las limitaciones de frecuencia de procedimientos causados por reclamaciones en tránsito que no hayan sido recibidos por Delta Dental. Al completarse el curso del tratamiento cubierto predeterminado, el dentista volverá a someter la reclamación para el procesamiento de la misma.

Si asistes a un dentista no participante tendrás que asumir el costo total y luego someter la reclamación para reembolso, acompañada del recibo de pago. El tiempo máximo para solicitar dicho reembolso es un período de doce (12) meses, posterior a la fecha de servicio. Puedes solicitar un formulario de reclamación en la oficina del administrador del Plan o llamando al centro de llamadas de Delta Dental of Puerto Rico, Inc. al **1-855-359- 6409**.

Parte VIII: Pago Máximo

El pago máximo del beneficio estará limitado a las cantidades descritas en la Sección **DISEÑO DE CUBIERTA, Servicios de Diagnóstico y Preventivo de la Descripción de Beneficios y Resumen del Plan Dental**.

Parte IX: Procedimientos y Servicios No Cubiertos (Exclusiones)

Los beneficios y servicios dentales provistos en la tabla de - “Delta Dental PPO”-, excluirá lo siguiente:

- I. Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por beneficios de la Corporación del Fondo del Seguro de Estado (CFSE), y Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA).

2. Servicios dentales determinados por Delta Dental para corregir malformaciones congénitas y odontología cosmética incluyendo, pero no limitándose a paladar hendidio, malformaciones maxilares y mandibulares, hipoplasia del esmalte, fluorosis, laminados, revestimientos posteriores al primer molar y blanqueado de dientes.
3. Todos los servicios o procedimientos iniciados antes de la fecha en que el paciente fuera elegible al plan.
4. Todos los servicios o procedimientos iniciados después de la fecha en que el paciente ya no es elegible al plan.
5. Anestesia general, excepto cuando sea administrada juntamente con cirugía oral por un dentista licenciado para administrar la misma.
6. Medicamentos recetados, pre-medicación o analgésicos.
7. Higiene oral e instrucciones dietéticas.
8. Programas para el control de la placa y técnicas especializadas.
9. Terapia miofuncional.
10. Tratamiento para disturbios de la articulación temporomandibular (“jaw joint”) y todos sus síntomas relacionados incluyendo, pero no limitados a férula, protector interoclusal y cualquier otro aparato o tratamiento relacionado.
11. Procedimientos experimentales.
12. Todos los costos hospitalarios y cualesquiera honorarios adicionales cobrados por el dentista por tratamiento hospitalario.
13. Injertos extraorales (injertos de tejidos desde el exterior de la boca hasta los tejidos orales).
14. Procedimientos, artefactos o restauraciones necesarias para aumentar las dimensiones verticales y restaurar o mantener la oclusión. Dichos procedimientos incluyen, pero no se limitan a la equilibración, varillas periodontales, restauración de la estructura del diente perdido mediante desgaste y la restauración de dientes mal alineados.
15. Artefactos de prótesis maxilofacial.
16. No se pagarán beneficios para tratamiento prestado por cualquier practicante que no sea un dentista o bajo la supervisión directa de un dentista conforme a las leyes que gobiernan la práctica de la odontología.
17. Cargos por servicios o suministros que el paciente no está legalmente obligado a pagar o por los cuales no se habrían hecho cargos en ausencia de una cubierta dental.
18. Los servicios de periodoncia, coronas, prostodoncia y ortodoncia no son un beneficio bajo el contrato, a menos que se especifique lo contrario en el diseño de la cubierta.

19. Delta Dental no hará pago alguno por la reparación o reemplazo de mantenedores de espacio dañados, extraviados, perdidos o robados, o por el reemplazo de artefactos dentales prostéticos extraviados, perdidos o robados.
20. Implantes y servicios relacionados (cirugía y prótesis, etc.).
21. Tratamiento de endodoncia en molares.
22. Re-tratamiento de endodoncia en molares.
23. Servicios temporeros de prótesis.
24. Preparación de bandeja de procedimientos y asepsia.
25. Reclamaciones sometidas luego de 12 meses de la fecha de servicio.
26. Odontología cosmética y procedimientos relacionados para propósitos estéticos incluyendo, pero no limitándose a, laminados, blanqueamiento de dientes, en adición a restauraciones de resina compuesta realizadas con el propósito de mejorar la apariencia de los dientes.

Parte X: Limitaciones

Los servicios provistos por Delta Dental estarán sujetos a las siguientes limitaciones:

1. El examen inicial estará limitado a uno por proveedor y no más de dos veces al año. La profilaxis y los exámenes orales periódicos podrán proveerse, pero limitado a dos veces por año póliza.
2. La profilaxis está limitada a niños elegibles menores de 12 años. Para mayores de 12 años se considerará como una profilaxis de adulto.
3. Exámenes de emergencia limitado a uno en un período de 12 meses.
4. Examen extendido y detallado estará limitado a una visita al especialista, por el tratamiento o condición específica, en un período de doce meses. Limitado a las especialidades de endodoncia, periodoncia, cirugía oral y maxilofacial.
5. Fluoruro limitado para dependientes menores de 19 años, hasta un máximo de dos por año póliza.
6. Radiografías de mordida y periapicales adicionales, se limitan a no más de seis en combinación, en el período de doce meses.
7. Los rayos X de toda la boca son un beneficio contratado, que podrá realizarse una vez en un período de tres años, a menos que sea para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad y lesión específica.
8. La prueba de vitalidad se cubrirá una vez cada 6 meses por diente para el diagnóstico de una condición de emergencia.
9. Sellantes estarán limitados para menores de 14 años en dientes permanentes (bicúspides y molares), a uno de por vida.

10. Mantenedores de espacio, limitado para menores de 14 años y solamente para mantener espacio de dientes posterior deciduos. En dientes anteriores no estarán cubiertos.
11. Restauraciones en amalgamas y resinas se limita a una superficie cada veinticuatro meses.
12. Sedativos limitados por diente a cada veinticuatro meses.
13. Se proveerá cubierta para una corona de acero inoxidable, en un mismo diente, a partir de un período de cinco años desde la fecha en que la corona fue suplida por última vez.
14. Postes prefabricados y colados, incluye muñones y cualquier restauración que sea necesaria, limitado a uno cada cinco años.
15. Tratamiento opcional - En todos los casos en que selecciones un servicio o beneficio más costoso del que se provee por costumbre, Delta Dental habrá de pagar el porcentaje aplicable de los honorarios acostumbrados por el servicio o beneficio. Serás responsable por el balance de los honorarios del dentista. Esta cláusula aplicará a casos tales como:
 - a. Restauraciones de coronas - Si una amalgama o restauración en resina restauraría satisfactoriamente el diente, Delta Dental concederá la cantidad apropiada por dicho procedimiento contra el costo de una restauración de corona.
 - b. El revestimiento (Reline) y reasentamiento (Rebase) son un beneficio una vez en cualquier período de tres años para cualquier paciente.

Parte XI: Coordinación de Beneficios

Existen condiciones específicas aplicables a la determinación de pago si tú, tu cónyuge/pareja de hecho o un hijo dependiente elegible tuviesen disponibles beneficios dentales separados bajo otros programas. La participación de la responsabilidad de cada asegurador del costo total incurrido es revisada. El pago se hace de acuerdo a la regla adoptada por la mayoría de las compañías de seguros que es, la regla del cumpleaños. En ningún caso Delta Dental pagará en exceso de su obligación contractual total, si fuese el único asegurador involucrado. Si el otro asegurador determina sus beneficios primero, Delta Dental pagará cualquier diferencia entre la cantidad pagada por el otro asegurador y el cargo por el servicio cubierto hasta la extensión del beneficio de Delta Dental para un procedimiento dado.

Esto excluye a los asegurados que tengan doble cubierta con el plan. Aquellos asegurados que tengan la cubierta de Delta Dental con Walmart y también la adquieran por medio de su cónyuge, no tendrían que hacer el trámite de coordinación, ya que el pago se hará de forma automática directamente al proveedor. El pago o coordinación se haría en base a los coaseguros y servicios aplicables a cada cubierta.



MCS Life Insurance Company

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

Endoso de integración de medicamentos biosimilares como terapia de primera línea MCS Life Insurance Company 01/2023

Este endoso forma parte de la póliza o certificado de beneficios al cual se adhiere y está sujeto a los términos y condiciones de la póliza que no estén en conflicto con los términos y condiciones del endoso. Los medicamentos biosimilares estarán cubiertos bajo componente médico, según se describe en este endoso.

Un medicamento biosimilar es un medicamento biológico* que no tiene diferencias clínicas significativas con respecto a un medicamento de referencia aprobado por la FDA – el biológico original. Esto significa que se espera la misma seguridad y eficacia con un biosimilar a lo largo de un tratamiento que con el producto de referencia. La aprobación de la FDA incluye la revisión total de datos e información incluyendo estudios analíticos que demuestren que el producto biológico es muy similar al producto de referencia. También puede incluir estudios en animales, como la evaluación de la toxicidad y estudios clínicos. Esto con el propósito de demostrar la seguridad, la pureza y la potencia del producto biosimilar propuesto en una o más de las indicaciones para las que está autorizado el producto de referencia.

A diferencia de un medicamento bioequivalente, una farmacia no puede substituir un medicamento por otro en el momento de despachar el mismo. El médico tiene que proveer una receta con el nombre del medicamento biosimilar para que la farmacia pueda procesar el mismo. Tanto los medicamentos biosimilares como los medicamentos biológicos requieren del proceso de pre-autorización debido a su alto costo y especificaciones de uso.

Como la terapia no es sustituible, se coloca el édito de terapia escalonada en todos los medicamentos de componente médico que tengan un biosimilar en el mercado.

Por definición, la terapia escalonada es cuando MCS requiere el uso de ciertos medicamentos biológicos para tratar algunas condiciones médicas antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan tu condición médica, es posible que MCS rechace el medicamento B, a menos que pruebes el medicamento A primero. Si el medicamento A no te funciona, MCS cubrirá el Medicamento B.

Medicamento A (Biosimilar)	Medicamento B (Biológico de referencia)
Inflectra	Remicade
Mvasi	Avastatin
Kanjinti	Herceptin
Truxima	Rituxan

*Los medicamentos pueden hacerse con azúcares, proteínas, células vivas, tejidos o una combinación de ellos. Se hacen de fuentes naturales y vivas como células de animales y plantas, y microorganismos como las bacterias y levaduras.

Nota: Para más detalles sobre tu cubierta de beneficios, refiérete a la póliza matriz y a sus endosos correspondientes.