

**GUIA DEL SUSCRIPTOR
ASES- UNIFORME BRONCE**

I. Introducción

- Es emitido como evidencia del seguro bajo el Contrato Grupal;
- contiene un resumen de las características básicas de su seguro, y
- reemplaza cualquier guía de suscriptor emitida previamente que puede llevar el mismo número.
- se emiten por el término del **1 de abril de 2018 y termina el 31 de diciembre de 2018.**

Su seguro está sujeto a los términos del Contrato Grupal, y todas las disposiciones del Contrato Grupal aplican, ya sea que se mencionen o no en la Guía del Suscriptor. Si surgen preguntas, regirá el Contrato Grupal.

Por favor, lea atentamente estas guías.

Si en la fecha de efectividad establecida previamente usted no se encuentra Activamente en el Trabajo, el seguro evidenciado por esta Guía de Suscriptor no entrará en efecto hasta la fecha en que usted regrese a su Trabajo Activo.

ESTAS GUÍAS DE SUSCRIPTOR NO ES UNA PÓLIZA NI UN CONTRATO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE. Si usted califica para Medicare, lea la Guía de Seguros de Salud para las personas con Medicare, disponible a través de la compañía.



Secretario Corporativo



Executive Vice President & COO

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCION.....	1
II. ELEGIBILIDAD.....	3
III. PROCESO DE PRECERTIFICACIÓN.....	9
IV. COORDINACIÓN DE BENEFICIO.....	10
V. CONVERSIÓN.....	16
VI. RESUMEN DE SUS BENEFICIOS MÉDICOS BÁSICOS.....	17
VII. EXCLUSIONES DE CUBIERTA MÉDICA.....	39
VIII. CUBIERTA DE TRANSPLANTE DE ORGANO.....	42
IX. EXCLUSIONES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS.....	43
X. CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.....	44
XI. EXCLUSIONES DE GASTOS MEDICOS MAYORES.....	47
XII. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE FARMACIA.....	48
XIII. EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	52
XIV. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE VISION.....	53
XV. CUBIERTA DENTAL.....	54
XVI. SEGURO DE VIDA.....	55
XVII. PROGRAMAS DE VALOR AÑADIDO.....	60
XVIII. HERRAMIENTAS.....	64
XIX. PROCESO DE QUERELLAS, APELACIONES Y RECLAMACIONES.....	65
XX. NOTIFICACIONES IMPORTANTES.....	67
XXI. DEFINICIONES.....	73

II. ELEGIBILIDAD

Seguro del Empleado

Elegibilidad y Fecha de Efectividad del Seguro

Si usted:

1. trabaja regularmente por lo menos 30 horas a la semana a tiempo completo para su Patrono;
2. recibe un Salario regular, y
3. reside en Puerto Rico,

será elegible para el seguro en la fecha en que cumpla con las condiciones bajo el Contrato Grupal, siempre y cuando usted se encuentre Activamente en el Trabajo. Si usted no se encuentra Activamente en el trabajo en dicha fecha, será elegible en la fecha en que regrese a su Trabajo Activo.

Usted debe solicitar el seguro o cualquier aumento en su seguro bajo el Contrato Grupal, por escrito y de una manera aceptable para MAPFRE Life. Si usted lo solicita en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que se hizo elegible, su seguro o aumento en su seguro se hará efectivo en su fecha de elegibilidad.

Sin embargo, si su solicitud no es recibida en el plazo de 31 días desde la fecha en que se hizo elegible, su seguro o aumento en su seguro solamente se hará efectivo:

- Para el Seguro de vida y/o el Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento: con el consentimiento por escrito de y en el primer día del mes de renovación.
- Para beneficios de Salud: en el primer día del mes de renovación de la póliza, sujeto a cualquier periodo de espera aplicable, Limitación por Condición preexistente y cubierta Acreditable.

Cualquier disminución en su cantidad de seguro tendrá efecto en la fecha en que el cambio se haga efectivo.

Periodos Especiales de Inscripción

Un Empleado que queda cubierto bajo esta disposición no es un solicitante tardío. Un Empleado que no solicita cubierta cuando es elegible puede elegir que la cubierta sea en una fecha posterior, si se cumple lo siguiente:

1. El Empleado estaba cubierto bajo otra Cubierta Acreditable en el momento en que la cubierta bajo esta Póliza fue rechazada y el Empleado entregó por escrito la razón para el rechazo.
2. El Empleado ha perdido la otra cubierta debido a una de estas razones:
 - Divorcio o separación legal.
 - Muerte de la persona por quien el seguro era provisto.
 - Terminación del empleo
 - Reducción de las horas del empleo
 - Terminación de la contribución del patrono de dicha cubierta.
 - La continuación de COBRA se ha agotado.

Terminación del Seguro

Su seguro terminará cuando ocurra el primero de los siguientes eventos:

1. la fecha en que deje de estar empleado por su Patrono;

2. la fecha en que usted ya no califique para una clase mostrada en este Certificado;
3. el final del periodo para el cual las primas se han pagado para su seguro;
4. la fecha en que termina el Contrato Grupal;
5. la fecha en que termina el seguro de su Patrono bajo el Contrato Grupal;
6. la fecha en que su clase termina; o
7. la fecha en que usted comience su servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país.

Al terminar su seguro, consulte a su Patrono inmediatamente pues usted y/o sus dependientes podrían ser elegibles para:

1. una Extensión de Beneficios;
2. el privilegio de la Conversión por Vida y/o Salud; o
3. la continuación del seguro de salud por un periodo limitado.

Derecho del Empleado a la Continuación de los Servicios de Cuidado de la Salud

1. El empleado será notificado de la terminación o cancelación del seguro, o la terminación o cancelación del proveedor, con treinta (30) días de anticipación a dicha terminación o cancelación.

2. Sujeto al pago de la prima requerida, si termina el seguro o el proveedor, el empleado podrá seguir recibiendo los beneficios o servicios durante un periodo de transición de noventa (90) días, al comenzar la fecha de terminación del proveedor del plan:

a. Si el empleado está hospitalizado en la fecha de terminación del plan, y la fecha de alta del hospital ha sido programada para antes de dicha fecha de terminación, el periodo de transición se extenderá por noventa (90) días después de la fecha en que el beneficiario deja de estar hospitalizado.

b. Si la empleada se encuentra en su segundo trimestre de embarazo en la fecha de terminación del plan, y el proveedor ha ofrecido tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación del plan, el periodo de transición respecto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha en que la madre sea dada de alta del hospital después del parto o la fecha de alta del recién nacido, de cualquiera de estos dos evento que sea posterior.

c. Si al empleado se le ha diagnosticado una condición terminal antes de la fecha de terminación del plan, y el proveedor ha ofrecido tratamiento médico relacionado con dicha condición antes de la fecha de terminación, el periodo de transición se extenderá por lo que le reste de vida al paciente.

Derecho del Empleado a los Servicios de Emergencia

Los beneficios por servicios de emergencia serán provistos sin periodo de espera y sin necesidad de autorización previa, aun cuando el proveedor no sea parte de la red de proveedores de MAPFRE Life. En caso de que los servicios de emergencia hayan sido prestados por un proveedor que no forma parte de la red de proveedores de MAPFRE Life, el empleado no será responsable de pagos más allá de los deducibles aplicables o de los copagos aplicables.

Derecho del Empleado a recibir Tratamiento

Si el empleado padece una enfermedad que amenaza su vida, para la cual no existe un tratamiento eficaz, cuando dicho paciente es elegible para participar en un estudio clínico autorizado, de acuerdo con el protocolo establecido para dicho tratamiento, y siempre que el médico de cabecera entienda que la participación del paciente tendrá un posible beneficio, o que el paciente muestre evidencia de que su participación en el estudio es apropiada, MAPFRE Life patrocinará los gastos médicos de rutina del paciente, en el entendido de que los gastos relacionados con los estudios, o los gastos que pueden ser razonablemente pagados por la firma que realiza los estudios, no son "gastos médicos de rutina del paciente".

Derecho del Empleado a tener un Procedimiento para Querellas

Si el empleado no está satisfecho con las decisiones o servicios, se le invita a expresar su queja a un representante de MAPFRE Life a través de una queja dirigida a nuestro Oficial de Cumplimiento. MAPFRE Life resolverá satisfactoriamente todas las quejas formales. Hemos establecido el procedimiento apropiado mediante el cual estos derechos se ejerzan libre y fácilmente. Usted tiene el derecho de pedir una copia de nuestros procedimientos de querella del consumidor.

Seguro del Dependiente

Si usted está asegurado bajo el Contrato Grupal, sus Dependientes también pueden estar asegurados bajo el Contrato Grupal.

Elegibilidad y Fecha de Efectividad del Seguro

Si usted tiene un Dependiente en la fecha en que se asegura bajo el Contrato Grupal, usted puede solicitar el seguro de su Dependiente. Su Dependiente será elegible en la misma fecha en que usted es elegible si en dicha fecha tiene un Dependiente. Si no tiene un Dependiente en dicha fecha, puede solicitar el seguro del Dependiente cuando tenga un Dependiente.

Usted debe solicitar el seguro por Dependiente o cualquier aumento en el seguro de su Dependiente bajo el Contrato Grupal, por escrito, y de una manera aceptable para MAPFRE Life. Si usted lo solicita en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que su Dependiente se hizo elegible, el seguro de su Dependiente o aumento en el seguro de su Dependiente se hará efectivo en la fecha de elegibilidad de su Dependiente. Sin embargo, si su solicitud no es recibida en el plazo de 31 días desde la fecha en que se hizo elegible su Dependiente, el seguro de su Dependiente o aumento en el seguro de su Dependiente solamente se hará efectivo:

Sin embargo, si su Dependiente está hospitalizado en su Fecha de Efectividad, dicho seguro no tendrá efecto hasta que deje de estar hospitalizado, excepto respecto a un recién nacido, en cual caso los Beneficios de Salud serán efectivos a partir de la fecha de nacimiento.

Los niños recién nacidos, niños recientemente adoptados, y los niños dados en adopción:

a. Cubierta: Nosotros proveeremos cubierta a:

- i. Niños recién nacidos de personas cubiertas o asegurados desde el momento en que nacen o
- ii. Niños recién adoptados por personas cubiertas o asegurados a partir de la primera de las siguientes fechas:
 - (a) La fecha en que se colocan en el hogar de la persona cubierta o asegurado con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes de la persona cubierta o asegurado, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al niño del hogar donde había sido colocado;
 - (b) La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del niño a la persona cubierta o asegurado que tenga la intención de adoptarlo; o
 - (c) La fecha de vigencia de la adopción.

La cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción también vamos a cubrir servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico y no estará sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.

b. Notificación:

- i. En los casos de niños recién nacidos, proveeremos a las personas cubiertas o asegurados una notificación de lo siguiente:
 - a. Si se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, la persona cubierta o asegurado deberá notificar a nosotros del nacimiento del niño y que proporcione el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento.
 - b. Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, nosotros podremos optar por no continuar proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de treinta (30) días. No obstante lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño la persona cubierta o asegurado emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.

- c. Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, nosotros podremos solicitar que se proporcione una notificación del nacimiento del niño, pero no podrá denegar o rehusarse a continuar proveyendo la cubierta si la persona cubierta o asegurado no proporciona dicha notificación.
- ii. En los casos de niños recién adoptados o niños colocados para adopción, nosotros proveeremos a las personas cubiertas o asegurados una notificación de lo siguiente:
 - a. Si para proveer cubierta a un niño recién adoptado o un niño colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, nosotros vamos a exigirle a la persona cubierta o asegurado que notifique a la organización de seguros de salud o asegurador sobre la adopción o sobre la colocación en un hogar para adopción y que provea el pago de la prima o cargos requeridos a más tardar los treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience según lo dispuesto C.1a.(ii).
 - b. Si la persona cubierta o asegurado no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, nosotros no podremos tratar al niño adoptado o al niño colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.

Custodia de Menor

Incluimos como beneficiarios los menores cuya custodia o tutela ha sido concedida a los abuelos u otro miembro de la familia y de los adultos que han sido declaradas mentalmente o físicamente discapacitadas, cuya tutela haya sido liquidada o concedido al principal asegurado de esta póliza.

Si en algún momento desea cambiar o agregar su cónyuge con quien está legalmente casado (a), debe entregar una solicitud nueva.

Terminación del Seguro

El seguro de su Dependiente terminará cuando ocurra el primero de los siguientes eventos:

1. la fecha en que deje de ser su Dependiente;
2. la fecha en que usted deja de estar asegurado bajo el Contrato Grupal para todos los beneficios incluidos en la Póliza Grupal para la cual su Dependiente es elegible;
3. el final del periodo para el cual las primas se han pagado para el seguro de su Dependiente;
4. la fecha en que usted termine el seguro de su Dependiente;
5. la fecha en que termina el Contrato Grupal; o
6. la fecha en que su Dependiente comience su servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país.

Derecho del paciente a la Continuación de los Servicios de Cuidado de la Salud

1. El empleado o dependiente será notificado de la terminación o cancelación del seguro, o la terminación o cancelación del proveedor, con treinta (30) días de anticipación a dicha terminación o cancelación.

2. Sujeto al pago de la prima requerida, si termina el seguro o el proveedor, el empleado o dependiente podrán seguir recibiendo los beneficios o servicios durante un periodo de transición de noventa(90) días, al comenzar la fecha de terminación del proveedor del plan:

a. Si el empleado o el dependiente están hospitalizados en la fecha de terminación del plan, y la fecha de alta del hospital ha sido programada para antes de dicha fecha de terminación, el periodo de transición se extenderá por noventa (90) días después de la fecha en que el beneficiario deja de estar hospitalizado.

b. Si la empleada o dependiente se encuentran en su segundo trimestre de embarazo en la fecha de terminación del plan, y el proveedor ha ofrecido tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación del plan, el periodo de transición respecto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha en que la madre sea dada de alta del hospital después del parto o la fecha de alta del recién nacido, o los dos, el evento que sea posterior.

c. Si al empleado o al dependiente se les ha diagnosticado una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan, y el proveedor ha ofrecido tratamiento médico relacionado con dicha condición antes de la fecha de terminación, el periodo de transición se extenderá por lo que le reste de vida al paciente.

Derecho del Dependiente a los Servicios de Emergencia

Los beneficios por servicios de emergencia serán provistos sin periodo de espera y sin necesidad de autorización previa, aun cuando el proveedor no sea parte de la red de proveedores de MAPFRE Life. En caso de que los servicios de emergencia hayan sido prestados por un proveedor que no forma parte de la red de proveedores de MAPFRE Life, el empleado o dependiente no será responsable de pagos más allá de los deducibles aplicables o de los copagos aplicables.

Derecho del Dependiente a recibir Tratamiento

Si el empleado o dependiente padece una enfermedad que amenaza su vida, para la cual no existe un tratamiento eficaz, cuando dicho paciente es elegible para participar en un estudio clínico autorizado, de acuerdo con el protocolo establecido para dicho tratamiento, y siempre que el médico de cabecera entienda que la participación del paciente tendrá un posible beneficio, o que el paciente muestre evidencia de que su participación en el estudio es apropiada, MAPFRE Life patrocinará los gastos médicos de rutina del paciente, en el entendido de que los gastos relacionados con los estudios, o los gastos que pueden ser razonablemente pagados por la firma que realiza los estudios, no son "gastos médicos de rutina del paciente".

Derecho del Dependiente a tener un Procedimiento para Querellas

Si el empleado o dependiente no está satisfecho con las decisiones o servicios, se le invita a expresar su queja a un representante de MAPFRE Life a través de una querella dirigida a nuestro Oficial de Cumplimiento. MAPFRE Life resolverá satisfactoriamente todas las querellas formales. Hemos establecido el procedimiento apropiado mediante el cual estos derechos se ejerzan libre y fácilmente. Usted tiene el derecho de pedir una copia de nuestros procedimientos de querellas para el consumidor.

III. PROCESO DE PRE CERTIFICACIÓN

Pre autorización del Tratamiento

Para cada admisión a un Hospital, cada procedimiento quirúrgico que se haga en un Hospital o un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios, y cada MRI (Imágenes por Resonancia Magnética) usted debe obtener una pre-autorización de MAPFRE Life. Es su responsabilidad asegurarse de que su pre-autorización ha sido completada por MAPFRE Life. Si se encuentra en el área metropolitana de la isla, usted puede llamar al 787-280-5214 para notificar a MAPFRE Life de cualquier tratamiento que sea necesario o para confirmar la autorización de su tratamiento. Si no se encuentra en el área metropolitana de la isla, usted puede llamar al 1-888-835-3634. Por favor consulte el Contrato Grupal para más detalles.

Además, usted puede ayudar a reducir los costos médicos mediante:

- la obtención de una segunda opinión (o tercera si las primeras 2 están en desacuerdo) cuando se le recomiende hacerse una cirugía;
- haciéndose pruebas de pre-admisión antes de ser hospitalizado;
- usando el servicio para pacientes ambulatorios en un Hospital o Centro Quirúrgico para cirugías menores; y
- escogiendo el cuidado de la salud en el hogar, en lugar de seguir hospitalizado, cuando sea posible.

Exclusiones para la Pre-autorización del Tratamiento

Todos los servicios de emergencias por causa de una enfermedad, accidente o embarazo, están excluidos del requisito de pre-autorización del tratamiento.

IV. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Beneficios Sujetos a esta Disposición

Todos los beneficios del Seguro de Salud provistos bajo el Contrato Grupal están sujetos a esta disposición.

Efecto en los Beneficios

La Coordinación de los Beneficios (CDB) significa que los beneficios del Seguro de Salud provistos por el Contrato Grupal se coordinarán con los beneficios de salud provistos por cualquier otro plan que lo cubra a usted o a sus Dependientes por quienes se realiza la reclamación. Los beneficios pagaderos bajo un plan Primario se determinarán sin CDB. Un plan Secundario puede solicitar CDB y los beneficios pagaderos pueden reducirse de manera que el total de beneficios pagaderos de todos los planes no excedan el 100% de los gastos reales incurridos por usted o sus Dependientes.

El plan "Primario" significa el plan que paga beneficios o provee servicios primero bajo las Reglas de Determinación del Orden de los Beneficios que se presenta a continuación. El plan "Secundario" significa cualquier plan que no sea un plan Primario.

Si usted es Empleado y además, Dependiente de un Empleado, puede estar asegurado ya sea:

1. como un Empleado por todos los beneficios incluidos en el Contrato Grupal, o
2. como un Dependiente para ciertos beneficios del Seguro de Salud, y como un Empleado para los beneficios del Seguro Grupal de Vida a plazo fijo y de Muerte Accidental y por Desmembramiento.

Gastos Elegibles

Los "Gastos Elegibles" significan cualquier gasto necesario, Razonable y Habitual que esté cubierto, completo o en partes, bajo uno o más planes que lo cubran a usted o sus Dependientes por quienes se hace la reclamación.

Si un plan provee beneficios en la forma de servicios, el valor en efectivo razonable de cada servicio será considerado Gasto Elegible y un beneficio pago.

Periodo para la Determinación de Reclamaciones

El "periodo para la determinación de reclamaciones" significa el periodo de tiempo durante el cual los Gastos Elegibles se comparan con los beneficios totales pagaderos, para determinar cuánto pagará cada plan.

El periodo de determinación de la reclamación para el Contrato Grupal es un Año Calendario.

Planes Considerados para CDB

Los siguientes planes están considerados para CDB:

1. Cualquier plan grupal o tipo grupal que provea servicios o beneficios en efectivo;
2. planes de bienestar social de patronos, uniones o ambos, tipo grupal;
3. programas de gobierno requeridos o provistos por ley, a excepción de Medicaid;
4. seguro individual para auto tipo "sin culpa", no importa el nombre con el que se le llame; y

5. cualquier otro plan, ya sea asegurado o no asegurado, que cubra personas en un grupo.

Orden de la Determinación de Beneficios

Si usted está cubierto por más de un plan de beneficios de salud, usted debe presentar todas las reclamaciones con cada plan.

Cuando una persona está cubierta por dos (2) o más planes, las reglas para la determinación del orden de los pagos de beneficios son los siguientes:

1.
 - (a) El plan primario deberá pagar o proveer sus beneficios como si no existen el plan secundario o planes.
 - (b) Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario, no es un plan de panel cerrado, el plan secundario deberá pagar o proveer beneficios como si fuera el plan primario cuando una persona cubierta utiliza un proveedor fuera de panel, a excepción de los servicios de emergencia o referidos autorizado que son pagados o provisto por el plan primario.
 - (c) Cuando varios contratos que proveen cubierta coordinada se tratan como un solo plan bajo este Reglamento, en esta sección sólo se aplica al plan en su conjunto, y la coordinación entre los contratos de los componentes se rige por los términos de los contratos. Si más de una aseguradora paga o proporciona beneficios bajo el plan, la aseguradora designada como principal en el plan será responsable del cumplimiento del plan con su regulación.
 - (d) Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las reglas del orden de determinación de beneficio de su regulación decide el orden en que los planes secundarios se determinan los beneficios en relación con los demás. Cada plan secundario deberá tener en cuenta los beneficios del plan o planes de primario y los beneficios de cualquier otro plan, que en virtud de las normas de este reglamento, tiene sus beneficios determinados antes de los de ese plan secundario.
2.
 - (a) Excepto lo dispuesto en el párrafo (2), un plan que no contiene disposiciones de orden de determinación de beneficios que sean compatibles con esta regulación es siempre el plan primario a menos que las disposiciones de ambos planes, independientemente de lo dispuesto en este párrafo, establecen que el plan que este en cumplimiento es el plan principal.
 - (b) La cubierta que se obtiene en virtud de la membresía a un grupo y designado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios podrán establecer que la cubierta complementaria será el exceso de cualquier otra parte del plan provistos por el titular del contrato. Ejemplo de este tipo de situaciones son las cubiertas de gastos médicos mayores que se superponen sobre la base del plan del hospital de los beneficios quirúrgicos, y las cubiertas de tipo de seguro que se escriben en el marco de un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.
3. Un plan puede tener en cuenta los beneficios pagados o provistos por otro plan cuando, en virtud de las normas del presente Reglamento, es secundaria al otro plan.

4 Orden de Determinación de Beneficios

Cada plan que cuenta con una Coordinación de beneficios o disposición similar pagará beneficios en el orden determinado por las siguientes reglas:

a. No Dependientes or Dependientes

1) Sujeto al subpárrafo (b) de este párrafo, el plan que cubre a la persona que no

sea dependiente, por ejemplo, como persona asegurada, miembro, abonado, el

titular de la póliza o retirado, es el plan primario y el plan que cubre a la persona como un dependiente es el plan secundario.

2) (a) Si la persona es un beneficiario de Medicare, y como consecuencia de lo dispuesto en el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos de aplicación, Medicare es:

(I) Secundario con el plan que cubre a la persona como dependiente; y

(II)Primaria con el plan que cubre a la persona como otro más que un dependiente (por ejemplo, un empleado retirado),

(b) A continuación, el orden de los beneficios se invierte para que el plan que cubre a la persona como un empleado, miembro, abonado, asegurado o retirado es el plan secundario y el otro plan de la persona como dependiente es el plan primario.

b. Hijo dependiente cubierto bajo más de un plan a menos que exista una sentencia judicial que diga lo contrario, el plan cubre un hijo dependiente determinará el orden de los beneficios de la siguiente manera:

1. Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea o si es que alguna vez se han casado:

(i) El plan del padre cuyo cumpleaños es a principios de año calendario es el plan primario; o

(ii) Si ambos padres tienen la misma fecha de nacimiento, el plan que ha cubierto el padre por más tiempo es el plan primario.

2. Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados, o no viven juntos, ya sea o no que alguna vez han estado casados:

(i) Si una sentencia judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos del cuidado de salud o de la cubierta del cuidado de salud del hijo dependiente y el plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese plan es primario. Si el padre con responsabilidad no tiene cubierta de salud para los gastos del cuidado médico del niño dependiente, pero el cónyuge del padre que si tiene el plan, el plan del cónyuge del padre es el plan primario. Este punto no se aplicará con respecto a cualquier año del plan durante el cual los beneficios son pagados o previsto antes de que la entidad tenga conocimiento efectivo de la

- disposición de la sentencia judicial;
- (ii) Si una sentencia de la corte declaró que ambos padres son responsables de los gastos de cuidado de la salud del niño dependiente o la cubierta del cuidado de salud la disposición del inciso (a) subpárrafo, determinará el orden de los beneficios; o
 - (iii) Si una sentencia judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene la responsabilidad de la cubierta de gastos de médico o el cuidado de la salud del niño dependiente, la disposición del inciso (a) del subpárrafo determinará el orden de los beneficios; o
 - (iv) Si no hay sentencia judicial asignando la responsabilidad de la cubierta del cuidado de la salud del niño, el orden de los beneficios para el niño son las siguientes:
 - (I) El plan cubre el padre con custodia;
 - (II) El plan cubre el cónyuge del padre con custodia
 - (III) El plan que cubre al padre sin custodia; y luego
 - (IV) El plan cubre el cónyuge del padre sin custodia.

3. Para un niño dependiente cubierto por más de un plan de individuos que no son los padres del niño, el orden de los beneficios se determinará, en su caso en el inciso (a) del subpárrafo o (b) de este párrafo, como si esas personas eran padres del niño.

c. Asegurado activos o retirados o Asegurado despedidos

1. El plan que cubre a una persona como una persona asegurada activa que es, un asegurado que ni se despidió ni se retiró o como dependiente de un asegurado activo es el plan primario. El plan que cubre esa misma persona como retirada o asegurado despedidos o como un dependiente de una persona asegurada retirada o asegurado despedido es el plan secundario.
2. Si el orden del plan no tiene esta regla, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla es ignorada.
3. Esta regla no se aplica si la regla del párrafo (1) se puede determinar el orden de los beneficios.

d. COBRA o Continuación de la Cubierta

1. Si una persona cuya cubierta es provista en conformidad por COBRA o bajo un derecho de continuación en virtud del estado u otra ley federal es cubierto bajo otro plan, el plan que cubre a la persona como una persona asegurada, miembro, abonado o retirados, o que cubra a la persona como un dependiente de una persona asegurada, miembro, abonado o de jubilados es el plan primario y el plan que cubre esa misma persona en virtud de COBRA o bajo un derecho de continuación de conformidad con el estado u otra ley federal es el plan secundario.
2. Si el otro plan no tiene esta regla, y si, como resultado de ello, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, se ignora esta regla.
3. Esta regla no se aplica si la norma del párrafo (1) se puede determinar el orden de los beneficios.

e. Duración de la cubierta Largo o más Corto

1. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, el plan que cubre a la persona para el período de tiempo más largo es el plan primario y el plan que cubre a la persona para el período de tiempo más corto es el plan secundario.
 2. Para determinar la longitud de tiempo que una persona ha sido cubierto por un plan, dos planes sucesivos se tratarán como uno si la persona cubierta como elegible en el segundo plan dentro de las veinticuatro (24) horas después que terminó la cubierta bajo el primer plan.
 3. El inicio de un nuevo plan no incluye:
 - (i) Un cambio en la cantidad o el alcance de los beneficios de un plan;
 - (ii) Un cambio en la entidad que paga, ofrece o administra los beneficios del plan; o
 - (iii) Un cambio de un tipo de plan a otro, tal como, desde un plan patronal único a un plan patronal múltiple
 4. Período de tiempo de una persona cubierto por un plan se mide desde la primera fecha de la persona está cubierta bajo ese plan. Si esa fecha no está fácilmente disponible en plan grupal, la fecha primera en que la persona que se convirtió en un miembro del grupo se utilizará como fecha de partida para determinar la duración del tiempo de cubierta de la persona bajo el presente plan que ha estado en vigor.
- f. Si ninguna de las reglas anteriores, determina el orden de los beneficios, los gastos permitidos se repartirán a partes iguales entre los planes.

Operación de CDB

Para lograr que esta disposición de CDB funcione adecuadamente:

1. a solicitud, se le requiere que proporcione a MAPFRE Life la información completa sobre todos los planes que cubren a la persona por quien se hace la reclamación;
2. conforme la ley lo permita, MAPFRE Life puede, sin su consentimiento:
 - a. obtener información de todos los planes que pueden cubrir a la persona, y
 - b. divulgar a los otros planes cualquier información que tenga respecto a cualquier persona;
3. si los pagos que debieron hacerse por MAPFRE Life bajo el Contrato Grupal se han hecho bajo cualquier otro plan, MAPFRE Life puede reembolsar a dichos otros planes hasta donde sea necesario para que esta disposición funcione adecuadamente. Dicho reembolso se considerará como beneficios pagados bajo el Contrato Grupal, y
4. si MAPFRE Life ha pagado beneficios que resulten en un pago excesivo de la cantidad necesaria bajo el Contrato Grupal para que esta disposición funcione adecuadamente, el Contrato Grupal tiene el derecho de recuperar dicho pago excesivo de:
 - a. cualquier persona;

- b. cualquier compañía de seguros, o
 - c. de cualquier otra organización;
- hacia, para, o con respecto a quien dichos pagos fueron realizados.

Coordinación de Beneficios y Medicare

Efecto de Medicare a los 65 años de edad

Si usted:

- a. es un Empleado no retirado de 65 años o más; o
- b. es el cónyuge Dependiente de 65 años o más de un Empleado no retirado de 65 años o más;

el Contrato Grupal se coordinará con Medicare como se describe bajo la Coordinación de Beneficios (CDB). Sin embargo, el Contrato Grupal siempre será Primario para Medicare.

Una persona en el grupo de edad anterior puede elegir tener Medicare como su plan Primario, notificándolo a su Patrono. Si la persona elige Medicare como su plan Primario, cesará su Seguro de Salud bajo el Contrato Grupal.

Medicare e Incapacidad Total

El Contrato Grupal seguirá pagando beneficios para usted o su Dependiente durante cualquier periodo de espera para los beneficios de Medicare debidos a incapacidad o enfermedad renal en fase terminal. Después de que se ha cumplido el periodo de espera para los beneficios de Medicare, el Contrato Grupal coordinará los beneficios con Medicare conforme se describe bajo la CDB. Sin embargo, aplicarán las siguientes reglas:

1. Si su Patrono tiene menos de 100 Empleados en un día normal de trabajo durante el Año Calendario previo, el Contrato Grupal será Secundario a Medicare durante cualquier periodo por el cual la persona tiene derecho a recibir beneficios de Medicare debido a su incapacidad;
2. Si su Patrono tiene 100 o más Empleados en un día normal de trabajo durante el Año Calendario previo, el Contrato Grupal será Primario a Medicare durante cualquier periodo por el cual la persona tiene derecho a recibir beneficios de Medicare debido a su incapacidad, y
3. el Contrato Grupal siempre será Secundario a Medicare durante cualquier periodo por el cual la persona tiene derecho a recibir beneficios de Medicare debidos a enfermedad renal en fase terminal.

Definiciones

Medicare significa los beneficios médicos provistos bajo el Título XVIII de la ley Federal del Seguro Social.

V. CONVERSIÓN

Privilegio de conversión por Salud

Si su Seguro de Salud bajo el Contrato Grupal termina, puede ser elegible para convertir dicho seguro a otro contrato grupal provisto por MAPFRE Life, sin Evidencia de Asegurabilidad.

Los beneficios bajo la póliza de conversión no serán los mismos que los beneficios del Contrato Grupal. La póliza de conversión no incluirá todos los beneficios, ni el mismo nivel de beneficios que el Contrato Grupal.

Personas Elegibles para la Conversión

Usted o su(s) Dependiente(s) son elegibles para el seguro de conversión si:

- su seguro termina por cualquier razón;
- su seguro termina porque usted muere, o debido al divorcio o la anulación del matrimonio; o
- su hijo(a) ya no es un Dependiente elegible;

siempre que:

- usted haya estado asegurado bajo el Contrato Grupal, o el plan el cual el Contrato Grupal reemplazó, por un periodo de al menos 60 días inmediatamente anterior a la fecha de su terminación; y
- usted no tiene derecho a un seguro similar bajo cualquier otro grupo o Plan del gobierno.

Si usted es elegible para el seguro de conversión, también puede convertir bajo la misma póliza cualquier Seguro de Dependiente el cual terminaría en la misma fecha.

Aplicación y Fecha de Efectividad

Con el fin de convertir, debe solicitarlo y pagar la primera prima en un plazo de 31 días de la fecha en que el seguro termina bajo el Contrato Grupal.

Los formularios de solicitud están disponibles con su Patrono o en MAPFRE Life. Luego de someter su solicitud, se le darán detalles de los planes de beneficios que entonces se encuentren disponibles y el costo de cada plan.

La prima por el seguro de conversión se basará en:

- la forma y la cantidad del seguro de conversión que usted seleccione;
- las tarifas de las primas que estén en efecto para esa clase de seguro;
- las edades, en la fecha de efectividad, de cada persona que se asegurará, y
- la clase de riesgo de cada persona que se asegurará.

La fecha de efectividad del seguro de conversión será un día después de que la fecha del seguro bajo el Contrato Grupal termine.

Pérdida durante el Periodo de Conversión

Si usted incurre en algún cargo que debería estar asegurado bajo una póliza de conversión:

- durante el periodo de 31 días después de la terminación, y
- antes de que dicha póliza de conversión se hiciera efectiva;

los beneficios que habrían sido pagaderos bajo la póliza de conversión serán pagaderos como una reclamación bajo el Contrato Grupal, incluso si:

- la póliza de conversión no se ha solicitado; o
- no se ha pagado la primera prima.

VI. RESUMEN DE SUS BENEFICIOS MÉDICOS BÁSICOS

Disposiciones del plan

Incontestabilidad del Seguro

Ninguna declaración hecha por usted en relación con su asegurabilidad se usará para impugnar la validez del seguro con respecto a cuál declaración fue realizada después de que el seguro entró en vigor antes de la impugnación por un periodo de 2 años durante toda su vida, ni salvo que esté contenida en un documento por escrito firmado por usted.

Declaraciones - No Garantías

Todas las declaraciones y descripciones en la solicitud o en las negociaciones luego, por la persona asegurada, el titular de la póliza o cualquier patrono participante, se considerarán que son declaraciones y no garantías. No se usarán declaraciones fraudulentas, omisiones, ocultamiento de actos y declaraciones incorrectas para evitar el seguro o reducir los beneficios a menos que:

1. sea fraudulento
2. sea material ya sea para la aceptación del riesgo, o el peligro asumido; o
3. de buena fe MAPFRE Life no habría emitido la póliza, o no habría emitido una póliza por una cantidad tan grande, o no habría provisto cubierta con respecto al peligro resultante en la pérdida, si los hechos reales se hubieran dado a conocer.

La recuperación sólo se impedirá si dichas acciones u omisiones contribuyeron a la pérdida que ocasionara la acción.

Declaración fraudulenta de Edad

Si su edad ha sido falsamente declarada, se usará su verdadera edad para determinar:

1. la Fecha de Efectividad o de terminación del seguro;
2. la cantidad del seguro; y
3. cualquier otro derecho o beneficio bajo el Contrato Grupal.

En base a su verdadera edad, MAPFRE Life hará un ajuste ya sea en las primas o en los beneficios, o en ambos.

Asignación

El seguro y los beneficios provistos bajo los términos del Contrato Grupal no son asignables.

Terminación del Contrato Grupal/Certificado

El Titular de la póliza puede cancelar esta Póliza, o el seguro de cualquier Patrono participante, al entregar un aviso por escrito a MAPFRE Life por lo menos 30 días antes de la cancelación. La cancelación entrará en efecto al final del mes siguiente al cual recibimos el aviso.

MAPFRE Life puede cancelar el Contrato Grupal, o cualquier parte del Contrato Grupal, sobre cualquier prima con fecha de vencimiento, por falta de pago de las primas cuando han vencido o por cualquier otra razón, al entregar un aviso por escrito al Titular de la póliza por lo menos 31 días antes de la fecha de cancelación.

Aviso de Reclamaciones

Debe entregarse un aviso por escrito de la reclamación a MAPFRE Life en un plazo de 20 días del inicio de cualquier pérdida asegurada bajo el Contrato Grupal o a partir de entonces, tan pronto como sea razonablemente posible. El aviso debe incluir su nombre, el Número de el Contrato Grupal y el Número de su Certificado.

Formularios de Reclamaciones

Cuando MAPFRE Life reciba el aviso de reclamación, MAPFRE Life le enviará los formularios para presentar la prueba de la pérdida. Si usted no recibe estos formularios en un plazo de 15 días, cumplirá los requisitos de prueba de la pérdida al entregar a MAPFRE Life una declaración por escrito donde describa la naturaleza y el alcance de la pérdida dentro del plazo límite establecido en la sección **Prueba de la Pérdida** a continuación.

Prueba de Pérdida

Debe entregarse una prueba por escrito de una reclamación en un plazo de 90 días de la fecha de dicha pérdida. Si no fue razonablemente posible entregar una prueba por escrito en el plazo requerido, MAPFRE Life no reducirá o negará la reclamación por esta razón, si se presenta la prueba tan pronto como sea razonablemente posible.

En cualquier caso, la prueba requerida deberá entregarse no más allá de los 90 días a partir del periodo establecido, a menos que usted esté legalmente incapacitado.

Limitación de Acción Legal

No se podrá entablar acción legal para recuperar beneficios bajo el Contrato Grupal en el periodo de 60 días después de que se ha entregado prueba de la pérdida como requiere el Contrato Grupal. No se podrá entablar ninguna acción después de la expiración de un periodo de tres años a partir del periodo en que la prueba de la pérdida es requerida como se establece en el Contrato Grupal.

Examen Físico

MAPFRE Life tiene el derecho y la oportunidad de que usted o su Dependiente, por quien se hace una reclamación, sea examinado por el Médico que MAPFRE Life elija y cubriendo los gastos, con la frecuencia con que sea razonablemente requerido durante el periodo de la reclamación.

Médico de Cabecera

Usted o su Dependiente pueden elegir cualquier Médico con licencia como su Médico de cabecera.

Plazo del Pago de la Reclamación

Los beneficios por cualquier pérdida se pagarán tan pronto como sea posible después de recibir una prueba por escrito de la pérdida, la cual resulte satisfactoria para MAPFRE Life.

Pago de Reclamaciones

Los beneficios por seguro de vida por la pérdida son pagaderos de acuerdo con la sección **Importes Provenientes por Muerte** de la provisión titulada BENEFICIARIOS, IMPORTES PROVENIENTES POR MUERTE Y OPCIONES que esté en efecto al momento del pago.

MAPFRE Life puede pagar todo o una parte de cualquier indemnización por los servicios de cuidado de la salud al proveedor, a menos que usted indique lo contrario por escrito en el momento en que se presenta la prueba de la pérdida.

MAPFRE Life no puede requerir que los servicios sean prestados por un proveedor en particular.

Tarjetas de Identificación de OPP

MAPFRE Life emitirá tarjetas de identificación de la OPP al Titular de la póliza para que las entregue a todos los Empleados asegurados. Las tarjetas deben usarse sólo por un Empleado asegurado y sus Dependientes asegurados. Las tarjetas pérdidas o robadas pueden reemplazarse, sujeto a una tarifa que MAPFRE Life determine.

MAPFRE Life tiene el derecho de cancelar el seguro de cualquier persona cuya tarjeta ha tenido un uso indebido o quien presenta una reclamación falsa. La persona que utilice una tarjeta de manera ilegal estará sujeta a acciones judiciales.

A la terminación del seguro, las tarjetas deben devolverse al Titular de la póliza. Es responsabilidad del Titular de la póliza devolver las tarjetas a MAPFRE Life. MAPFRE Life no será responsable por los gastos en que incurra una persona después de que termine la fecha de su seguro.

Derecho a Recuperar

MAPFRE Life tiene derecho al reembolso por beneficios pagados y el derecho a un gravamen sobre cualquier recuperación por usted (o su representante legal) de un tercero si:

1. se descubre que tales beneficios fueron pagados por error; o
2. se determina que el tercero es responsable de los cargos por los cuales se pagó el beneficio.

Si se determina que una enfermedad o lesión fue el resultado de un acto negligente, intencional o involuntario, de un tercero, los beneficios de Gastos Médicos se pagarán bajo el Contrato Grupal sólo con la condición de que usted (o su representante legal) acuerden por escrito que:

1. MAPFRE Life tendrá derecho, hasta donde se extienda dicho pago, a los importes de cualquier acuerdo o sentencia que pueda resultar del ejercicio de los derechos a recuperar por parte de usted contra cualquier persona u organización legalmente responsable de dichos cargos, y
2. MAPFRE Life tendrá un gravamen por el alcance de dicho pago. El aviso de dicho gravamen puede presentarse con la persona cuyo acto ocasionó la enfermedad o lesión, su agente o un tribunal que tenga jurisdicción en el asunto.

El reembolso para MAPFRE Life será por el total de los beneficios pagados. Sin embargo, los gastos razonables pro rata, tales como los honorarios de los abogados y los costos del tribunal efectuando el pago del tercero, pueden ser deducidos del reembolso.

El acuerdo de reembolso será obligatorio para usted (o su representante legal) si:

1. el pago recibido del tercero o su asegurador es el resultado de:
 - a. un juicio legal;
 - b. un acuerdo; o
 - c. cualquier otro arreglo;
2. el tercero, o su asegurador, ha admitido la responsabilidad del pago; o
3. los cargos por reemplazo de ingreso están detallados en el pago del tercero.

Desembolso Máximo Permitido

MAPFRE pagará el 100 por ciento de los cargos cubiertos después de que un individuo alcanza un máximo de desembolso de \$ 6,350 o \$ 12,700 por familia en la cubierta médica y en la cubierta de farmacia. Los gastos para el desembolso máximo permitido incluyen todos los copagos, deducibles y los pagos de coaseguros. Esta endoso se aplica a los beneficios especificadas como beneficios de salud esenciales de conformidad con la Sección 1302 de la Ley de "Affordable Care Act" y cualquier modificación de la misma.

Beneficios de Vacunación

Si usted incurre en cargos por las vacunas:

- Medicamento Necesarias; y
- sean administradas por un Médico local; y
- estén aprobadas por la FDA (Administración de Drogas y Alimentos); y
- estén recomendadas por la AAP (Academia Americana de Pediatría); y
- sean contratadas por MAPFRE Life

MAPFRE Life pagará los beneficios por dichos cargos según se indica en este Certificado.

Beneficios Quirúrgicos

Los cargos por procedimientos quirúrgicos y anestésicos se pagarán de acuerdo a la Escala de Valores Relativos (RVS) de 1964 que esté en efecto en la fecha en que se realiza el procedimiento.

- Cirujano

la Cantidad Máxima a pagar será determinada multiplicando el valor unitario del procedimiento quirúrgico indicado en el RVS actual por los siguientes valores en dólares:

- | | |
|---------------------------|---------|
| - cirugía ambulatoria | \$15.00 |
| - cirugía en un hospital; | \$13.00 |

- Asistente de Cirujano

Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, sujeto a las guías de necesidad médica.

Cantidad Máxima

- la cantidad a pagar será el 30% de las tarifas contratadas con la Organización de Proveedores Preferidos (OPP) de MAPFRE Life pagaderos al cirujano por el procedimiento que realizó.

- Anestesiólogo

Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, sujeto a las guías de necesidad médica.

Cantidad Máxima

- la cantidad a pagar será la mayor de:

- el número total de unidades de anestesia multiplicado por el valor en dólares determinado por las tarifas contratadas con la Organización de Proveedores Preferidos (OPP) de MAPFRE Life; o
- el 40% de las tarifas contratadas con la Organización de Proveedores Preferidos (OPP) de MAPFRE Life pagaderos al cirujano por el procedimiento que realizó.

Si usted o su Dependiente incurre en cargos por cualquier procedimiento que sea:

- incurrido como resultado de una enfermedad o lesión;
- Médicamente Necesarias; y
- sea realizado por un Médico local;

MAPFRE Life pagará los beneficios por dichos cargos según se indica en este Certificado.

Sin embargo, durante el curso de una sesión quirúrgica:

1. si se realizaran 2 o más procedimientos que sean:
 - debidos a la misma condición o una condición relacionada; o
 - Realizadas a través de la misma incisión;
 MAPFRE Life pagará solamente por el procedimiento de mayor costo; o
2. si se realizaran 2 procedimientos que no sean:
 - a causa de la misma condición o una condición relacionada; y
 - realizadas a través de la misma incisión;
 MAPFRE Life pagará solamente por el procedimiento de mayor costo, más 50% del costo de la otra.

Beneficio de Cuidado de Salud en el Hogar

Cargos por una agencia autorizada de salud en el hogar para el cuidado de la salud en el hogar si dicho cuidado es prescrito por un Médico en lugar de la hospitalización, según lo siguiente:

Cargos por el cuidado de la salud en el hogar que:

- (a) sea posterior a, y por la misma razón que o razones relacionadas con su hospitalización; o
- (b) sea en lugar de su hospitalización; y
- (c) esté descrito a continuación como un cargo elegible.

“Cuidado de la Salud en el Hogar” significa el cuidado y los suministros que se proveen, o son coordinados, en el hogar por una agencia de cuidado de la salud en el hogar conforme a un plan escrito de tratamiento, siempre que:

- (a) usted o su(s) Dependiente(s) estén bajo la atención directa de un Médico;
- (b) dicho Médico lo examina a usted o a su(s) Dependiente(s) por lo menos una vez al mes;
- (c) el plan de tratamiento es renovado por su Médico al menos a cada 60 días.

Los gastos elegibles para el cuidado de la salud en el hogar están limitados a los siguientes servicios:

- el cuidado a tiempo parcial o intermitente por: una enfermera registrada

- (R.N.), Enfermera Practicante con Licencia (L.P.N.) o Enfermera Vocacional con Licencia (L.V.N.);
- servicios de asistencia de salud en el hogar;
 - servicios de una comadrona Licenciada o Certificada o una enfermera obstétrica;
 - terapia del habla; terapia física; terapia ocupacional; terapia respiratoria; y terapia de rehabilitación suministrada por personas Licenciadas por el estado para proveer dichos servicios;
 - servicios sociales médicos por trabajadores sociales Licenciados o capacitados, sicólogos o consejeros; y
 - servicios de nutrición por un dietista Licenciado.

Una "Visita" significa:

(a) cada visita por un proveedor de cuidado en el hogar, que no sea un asistente de salud del hogar; o

(b) hasta 4 horas de servicio consecutivas por un asistente de salud del hogar.

Los gastos asegurados de cuidado de la salud en el hogar no incluyen:

- servicios de cuidado de custodia;
- servicios o suministros para la comodidad o conveniencia personal, tales como servicios domésticos o de cuidado de niños; y
- servicios de comida o alimentos que no sean de asesoramiento dietético.

MAPFRE Life tiene el derecho de revisar con regularidad el propuesto plan de tratamiento para determinar la necesidad médica de continuar el tratamiento.

Beneficios de Cuidados Médicos

Las cantidades máximas para la primera visita o visitas subsecuentes, luego del pago de cualquier deducible, será determinado por las tarifas contratadas en la Organización de Proveedores Preferidos (OPP) de MAPFRE Life. Las tarifas contratadas varían de acuerdo al nivel de destrezas del Médico y si la consulta fue en su oficina o en el Hospital.

El pago de cualquier consulta está sujeto a que MAPFRE Life reciba un reporte adecuado del Médico.

Cuidado Postoperatorio / Visitas (Consultorio médico).

Segunda opiniones quirúrgicas.

Las consultas de sala de emergencias y de cuidado intensivo están limitadas a una consulta por día.

Si usted o su(s) Dependiente(s) incurre(n) en cargos por cuidado o servicios en exceso de cualquier cantidad de deducible y dichos cargos son

- incurrido como resultado de una enfermedad o lesión;
- Médicamente Necesarias; y
- son realizadas por un Médico local;

MAPFRE Life pagará el beneficio hasta el Máximo permitido para el practicante específico, según está determinado en el contrato OPP.

Las evaluaciones iniciales por un terapeuta para determinar el curso del tratamiento estarán sujetas a los deducibles correspondientes y el tratamiento subsecuente estará cubierto bajo los beneficios de Laboratorio Diagnóstico y de Radiografía Diagnóstica.

MAPFRE Life pagará 1 visita para examen de la vista por año.

Beneficio de Diagnóstico, Laboratorio y Radiografías Diagnosticas

Si usted o su Dependiente incurre en cargos de exámenes de laboratorio o rayos-x que sean:

- ordenados por un Médico;
- requeridos para el diagnóstico de una enfermedad o lesión;
- Medicamente Necesarias; y
- son proporcionados por un laboratorio o un radiólogo local

MAPFRE Life pagará los beneficios por dichos cargos de acuerdo con los límites indicados en este Certificado.

Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer: Vamos a ofrecer cualquier tipo de tratamiento que se acuerde y / o dentro de los términos y condiciones de salud firmado por las partes, excepto mediante el consejo médico para esos fines. Los tratamientos incluyen hospitalización, diagnóstico y medicamentos para cualquier paciente diagnosticado con cáncer. También vamos a proporcionar cubierta para el tratamiento sobreviviente de cáncer, el monitoreo frecuente para el bienestar físico y emocional permanente del asegurado.

Tratamiento del cáncer (quimioterapia y radiación medicamentos orales, intravenosos o inyectables): Vamos a cubrir el tratamiento de quimioterapia para el cáncer en cualquier instalación de tratamiento médico adecuado. Lo anterior, sólo se aplica a los contratos que incluyen el tratamiento de la quimioterapia del cáncer.

Trastorno del Espectro Autista: Con respecto al autismo vamos a cubrir lo siguiente, pero no limitado a, la genética, la neurología, la inmunología, gastroenterología y nutrición, terapia del habla y lenguaje, terapia psicológica, ocupacional y física, e incluyen visitas y pruebas referidas por un médico, sin restricción de edad. Esto no va a ser objeto de un tope para limitar el número de visitas cuando la necesidad médica ha sido establecida por un médico autorizado. No vamos a dejar sin efecto, rechazar, negar la cubierta o servicios porque el asegurado es diagnosticado con autismo.

9-1-1 Sistema de Respuesta de Emergencia: Los servicios prestados en el sistema de llamada de emergencia al 9-1-1 están cubiertos y no se requiere la autorización previa de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Servicios Preventivos para las mujeres. Servicios preventivos adicionales para las mujeres, que MAPFRE cubrirá sin copago que incluyen:

- a) **Visitas de bienestar:** Esto incluye una visita de atención anual preventiva para las mujeres adultas para la obtención de los servicios preventivos recomendados, y las visitas adicionales si las mujeres y sus proveedores de cuidados de la salud determinan que son necesarias para ofrecer dichos servicios.
- b) **Servicios de Obstetricia y Ginecología:** está cubierto con acceso directo sin necesidad de referido o autorización previa de la Compañía, siempre y cuando el médico es parte de nuestra red de proveedores.

- c) Examen de Diabetes Gestacional: para las mujeres con 24-28 semanas de embarazo y a las que están a riesgo de padecer de diabetes gestacional.
- d) Evaluación sobre la Anemia examen de rutina para las embarazadas.
- e) Ácido Fólico suplementos para las mujeres que podrían quedar embarazadas.
- f) Examen de ADN para detectar el Virus del papiloma humano (HPV) cada 3 años para las mujeres con un resultado de la citología normal que tienen 30 años o más.
- g) (STI) Consejería sobre las Infecciones de Transmisión Sexual para las mujeres sexualmente activas (STIs).
- h) Examen y asesoría sobre el VIH anual para las mujeres sexualmente activas.
- l) Métodos y asesoría anticonceptivos: La Métodos anticonceptivos, esterilización, educación y asesoría aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, tal y como lo indique el médico para las mujeres en edad de concebir (no incluye los productos para abortar).
- j) Apoyo a la lactancia, los suministros y asesoría: Las mujeres embarazadas y posparto tienen acceso a un amplio soporte de lactancia y asesoría de los proveedores capacitados, así como equipo de lactancia materna.
- k) Evaluación y asesoría sobre Violencia Interpersonal y Doméstica: La detección y el asesoramiento de la violencia interpersonal y doméstica serán cubiertos para todas las mujeres adolescentes y adultas.
- l) La detección del cáncer de cuello uterino por obtención de una prueba de Papanicolaou (mujeres de entre 21 a 65 obtener una prueba de Papanicolaou cada 3 años, para las mujeres 30 a 65 años que quieren alargar la prueba cada 5 años), detección de infecciones por clamidia en las mujeres más jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo.
- m) La detección del cáncer de mama: mamografías para las mujeres de 40 años o mayores (mujeres de entre 40 a 49 consultar con el médico cuándo empezar a hacerse mamografías y con qué frecuencia necesaria; las mujeres las edades 50-74 hacerse mamografías cada 2 años), Asesoría sobre la Evaluación Genética del Cáncer de Mamas (BRCA) el examen para las mujeres en mayor riesgo de cáncer de mama, el asesoramiento en relación con la quimio-prevención en mujeres con alto riesgo de cáncer de mama y la quimioterapia para el cáncer de mama, según lo recomendado por el Departamento de Salud de Puerto Rico y la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- n) Examen de Gonorrea para las mujeres con alto riesgo; el Examen de la

Sífilis a todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con alto riesgo; Detección de la hepatitis B para las mujeres embarazadas en su primera visita prenatal; Detección del VIH a todas las mujeres embarazadas.

- o) Examen de Osteoporosis para las mujeres mayores de 60 años, según sus factores de riesgo.
- p) Incompatibilidad Rh: para todas las embarazadas y como examen de seguimiento para las mujeres de alto riesgo.
- q) Evaluación e intervención sobre el Uso del Tabaco para todas las mujeres. Consejería expandida para las embarazadas que fuman.
- r) Examen para la detección de Bacteriuria (infección del tracto urinario): para las mujeres embarazadas

Pacientes de Cáncer Femenino: la cubierta proveerá los exámenes pélvicos y de Papanicolaou para detectar, diagnosticar y tratar las primeras anomalías que pueden conducir al cáncer cervical. Además, ofrecemos una cubierta extendida para pagar los estudios y pruebas de monitoreo para el cáncer de mama, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de los senos, mamografías, la mamografía digital y la mamografía por resonancia magnética sono-mamografía, y tratamientos como, pero no limitados a, mastectomías, cirugía reconstructiva después de la mastectomía para la reconstrucción mamaria removida, la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, prótesis de mama, el tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento del cáncer de mama), cualquier post-cirugía reconstructiva de la mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

Cuidado preventivo y detección para los adultos: Cubrimos las pruebas de detección establecidos en la Sección de Prevención por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para todos los asegurados y el acceso a las pruebas siguientes: cáncer, presión arterial alta y las enfermedades de transmisión sexual y:

Una evaluación única de aneurisma aórtica abdominal: para hombres de edades especificadas que hayan fumado, evaluación y consejería sobre el Abuso del Alcohol, la aspirina para prevenir la enfermedad cardiovascular: los hombres, la aspirina para prevenir la enfermedad cardiovascular en los hombres (edades 45-79) y las mujeres (55- 79), la presión arterial en los adultos, cernimiento de las anomalías del colesterol: para hombres de 35 años o más, los hombres menores de 35 años que tienen factores de la enfermedad del corazón o de riesgo para las enfermedades del corazón y las mujeres que tienen factores de riesgo de enfermedades del corazón o de enfermedades del corazón, la detección del cáncer colorrectal mediante las pruebas de sangre fecal oculta, la sigmoidoscopia o la colonoscopia para los adultos mayores de 50 años, el cernimiento de la Depresión: para los adultos, la diabetes (tipo 2) la detección de adultos con presión arterial alta, la prevención de caídas en los adultos mayores de 65 años y más, que están en mayor riesgo de caídas: el ejercicio o la terapia física y la vitamina D; Consejería dieta saludable para los adultos en mayor riesgo de enfermedad crónica, Detección del virus de la hepatitis C: adultos, Detección de VIH para todas las

personas entre las edades 15-65 al menos una vez y también detección y consejería de la obesidad para todos los adultos, Cernimiento de la incompatibilidad Rh: 24-28 semanas de gestación, asesoraría sobre infecciones de transmisión sexual para todos los adultos, consejería del comportamiento de cáncer de piel, Evaluación sobre el uso del Tabaco e intervención para dejar de fumar para todos los adultos, la detección de la sífilis para todos los adultos con mayor riesgo; y cualesquiera otros servicios preventivos anuales aprobados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Estos servicios preventivos están cubiertos sin copagos.

Otros Servicios Preventivos: Estos servicios preventivos adicionales están cubiertos sin copagos: la cubierta para la detección de alcohol y el consumo de drogas, el autismo, la displasia cervical, suplemento de quimioprevención con fluoruro, hematocrito o hemoglobina, la salud oral y la tuberculina.

Pediatra: el padre o tutor de un hijo a cargo podrá seleccionar a un pediatra como su médico de atención primaria, siempre y cuando el pediatra es parte de nuestra red de proveedores.

Salud Preventiva de los Niños(as) y Adolescentes: Vamos a incluir cubierta sin copago o coaseguro para: Detección sensorial y exámenes de la vista para todos los niños, Audición (más allá de evaluación del recién nacido), Evaluación sobre Desarrollo, Suplementos de Hierro para los niños de 6-12 meses a riesgo de tener anemia, Examen de la presión arterial para los niños de las edades siguientes 0 a 17 años, Evaluación y consejería sobre la Obesidad para niños, Examen de Autismo, Evaluación sobre Desarrollo para los niños menores de 3 años, Evaluación Sicosocial/Comportamiento en las edades de 0 a 17 años, Cernimiento de la Depresión para los adolescentes, Evaluación de Fenilcetonuria (PKU) en los recién nacidos, Evaluación sobre el Uso del Alcohol y Drogas, Hematocrito o Hemoglobina, cernimiento para niños, Examen de Plomo para los niños con riesgo de exposición al plomo, Prueba de Tuberculina para los niños con alto riesgo desde 0 to 17 años de edad, Dislipidemia (Colesterol) para los niños de alto riesgo de los trastorno de los lípidos en las edades de 1 a 17 años, Examen de Displasia cervical para las mujeres sexualmente activas, Prevención y consejería sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (STI en inglés) para los adolescente de alto riesgo, Medicina preventiva para la Gonorrea para el tratamiento ocular de todos los recién nacidos, Examen de Audición para el recién nacido, Hemoglobopatías o examen de Anemia falciforme para los recién nacidos, Examen de Hipotiroidismo para los recién nacidos, La evaluación de riesgos de salud oral para los niños pequeños hasta 10 años, Suplemento quimioprevención fluoruro para los niños de 6 meses a 5 años de edad, Mediciones de la Altura, Peso e Índice de Masa para los niños de las edades siguientes de 0 to 17 años, Historial clínico para todos los niños en desarrollo de las siguientes edades de 0 a 17 años, Examen de VIH para los adolescentes de alto riesgo, Guías Anticipatorias y cualquier otro servicio de prevención recomendado por la Academia Americana de Pediatría.

Expediente Médico: Vamos a proporcionar a cada asegurado, el acceso rápido a sus archivos y expedientes. El asegurado tiene derecho a recibir una copia de su expediente médico en un

período que no exceda de cinco (5) días siguientes a su solicitud.

Beneficios Esenciales de Salud (EBH ingles): Por la presente se entiende que los EBH en esta sección no estarán sujetos a ninguna limitación anual o de por vida en dólares.

- a. Servicios para paciente ambulatorio incluido médico-quirúrgico
- b. Servicios de Emergencia
- c. Hospitalización
- d. Cuidado materno y del recién nacido
- e. Medicamentos con Receta
 - § Medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferidos y no preferidos -sujeto a una lista de medicamentos, genéricos como primera opción, algunos medicamentos requieren certificación previa, Terapia Escalonada aplica para algunos medicamentos.
 - § Medicamentos Especializados –Beneficio de farmacia cubierto por niveles. Hay algunos medicamentos bajo esta clase que están cubierta por el beneficio médico para algunas condiciones ej. quimioterapia inyectable, inmunoglobulina, renales, entre otros. Sujeto a una lista de medicamentos, genéricos como primera opción, algunos medicamentos requieren certificación previa, Terapia Escalonada aplica para algunos medicamentos.
- f. Los servicios de salud y de trastorno por abuso de sustancias mentales, incluyendo el tratamiento de salud mental
- g. Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación
- h. Servicios de laboratorio, rayos x and pruebas diagnosticas
- i. Servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedad crónica
- j. Servicios de pediatría incluyendo cuidado oral
- k. Servicios pediátricos, incluyendo cuidado de la visión, de acuerdo al "Programa de Empleados Federales de Seguro Dental y Visión": el examen anual de la vista integral y cubierta para lentes, marcos y lentes de contacto.
- l. Cualquier otro servicio o beneficio dispuesto por la Ley Federal o Estatal o Reglamento.

BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS

Servicios Hospitalarios	Provisiones
Hospitalización (Habitación Semi-Privada hasta un máximo de 365 días) y Facilidades de Cuidado Extendido / Centro de Rehabilitación; Servicios Ancilares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de \$150 de copago (hospitales no participantes cubierto al 80% de la tarifa contratada después del deducible anual aplicable bajo Cubierta de Gastos Médicos Mayores)
Unidad de Cuidado Intensivo, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Unidad de Cuidados Neonatal	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Habitación de Aislamiento	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Sala de Operaciones, Recuperación y Maternidad	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Medicamentos recetados por médicos durante su estadía en el hospital, están incluidas en el per diem	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Oxígeno y su administración	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Suplidos Desechables	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Dietas Regulares y Especiales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Servicio regular de Cuidado Hospitalario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Cirugía Bariátrica	Cubierto al 100% de la tarifa contratada; aplica pre-certificación y protocolo médico, hasta uno (1) por vida
Cirugía Ortognática (osteotomía mandibular y maxilar)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada; cubiertos con los gastos relacionados a los materiales excluidas
Anestesia y su Administración incluyendo sedación	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Transfusiones de sangre incluyendo los componentes del proceso autólogo y pruebas de compatibilidad. (Plasma y Plasmaféresis)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Incluyendo su administración y el examen de compatibilidad
Pruebas de diagnóstico, radiografías y laboratorio clínico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Sonogramas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada

Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Tomografía Computadorizada	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Angiografía Digital y Estudio de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Terapia Física	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Radioterapia / Quimioterapia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto como resultado de una Mastectomía, sujeto a pre-certificación
Tratamiento para la Condición Renal (Diálisis y Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios Médico-Quirúrgicos, serán cubiertos por 90 días a partir de la primera Diálisis y Hemodiálisis
Terapias Respiratoria	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Cualquier otra instalación, servicio, equipos o materiales proporcionados por el hospital y autorizado por el médico tratante y la compañía de seguros, no se excluyen en el contrato	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, sujeto a pre-certificación
Procedimientos Quirúrgicos para Beneficios Incluidos en la Cubierta Básica Durante una Hospitalización	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Servicios y Consultas de Médico Especialistas, Sub-Especialista y Cirujanos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Cuidado de Salud en el Hogar	Aplica \$15 de copago por visita
Programa de Cuidado de Hospicio	Excluido. Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores (se requiere pre-autorización y sujeto a necesidad médica aplica deducible y coaseguro)
Implantes	Válvulas, stents, marcapasos, choque eléctrico y desfibriladores. Cubierto al 100% de la tarifa contratada, sujetos a las guías de necesidad médicas. Otros dispositivos prostéticos cubiertos

	bajo Gastos Médicos Mayores.
Servicios para el Diagnóstico, Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones	Cubierto como cualquier otra enfermedad. Los tratamientos y servicios para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y enfermedades críticas se cubrirán a través de la cubierta básica. (Los tratamientos están limitado al territorio de Puerto Rico)
Facilidades de Cirugía Ambulatoria	Provisiones
Cirugía Ambulatoria en Hospitales y Facilidades destinadas a brindar este tipo de servicio	Cubierto al 100% de la tarifa contratada después de \$150 de copago
Servicios de Médicos y Cirujanos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$150
Litotricia	Cubierto al 80% de la tarifa contratada. Sin límite anual.
Laparoscopia	Cubierto al 50% de la tarifa contratada. Sin límite anual.
Sala de Emergencia / Sala de Urgencia	Provisiones
Enfermedad	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$75, sujeto a protocolo médico.
Accidente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Sujeto a protocolo médico
Cuando los Rayos-X / Laboratorios no son parte de la tarifa de Sala de Emergencias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Sujeto a protocolo médico.
Si es Admitido	Aplica copago de Hospital.
Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Generalista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$10
Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$18
Sub Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$18
Endoscopias / Colonoscopia (Facilidades para Pacientes no Hospitalizados)	Cubierto al 50% de la tarifa contratada; sujeto a protocolo médico
Cuidado Post-Operatorio / Visitas (Oficina del	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después

Médico)	del copago de visita de oficina aplicable.
Segunda Opinión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita de oficina aplicable.
Podiatra	Cubierta al 100% de la tarifa contratada. Aplica copago de especialista.
Tratamiento de Autismo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. La cubierta para el tratamiento del autismo, incluye, pero sin limitación, genética, neurología, inmunología, gastroenterología, nutrición, espectro, la psicología, la ocupacional y terapias físicas.
Pruebas de Alergia	Cubierto al 70% de la tarifa contratada
Cuidado de los pies	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Inyecciones (Vacunas) para alergias	Cubierto al 70% de la tarifa contratada
Quimioterapia Inyectable y Oral	Cubierto
Inyecciones Intra-Articulares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.
“Outpatient”-Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
Terapia Ocupacional	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del \$7 copago, sujeto a necesidad médica
Terapia Física	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del \$7 copago, hasta 20 terapias por año póliza máximo combinado con servicios quiroprácticos
Servicios de Rehabilitación	Al menos 20 visitas para terapia físicas o manipulaciones cubierto por un límite combinado por año. Con excepción de los contemplados en beneficio de atención médica en el hogar.
Terapia Respiratoria	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del \$7 copago
Terapia del Habla	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del \$7 copago
Servicios Ambulatorios	Provisiones
Laboratorios	Cubierto al 65% de la tarifa contratada

Rayos X	Cubierto al 65% de la tarifa contratada
Examen de Pre-Admisión en una Institución Hospitalaria	Cubierto al 100% tarifa contratada
CT Scan	Cubierto al 50% de la tarifa contratada
Densitometría Ósea (Prueba de la Densidad del Hueso)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, 1 procedimiento por año
Criocirugía del Útero	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, 1 procedimiento por año
Ecocardiograma	Cubierto al 65% de la tarifa contratada, hasta uno (1) por año contrato
Procedimientos Diagnósticos Invasivos: Cardiovasculares y no invasivos	Cubierto al 50% de la tarifa contratada, Electromiogramas está cubierto hasta 2 procedimientos por año.
Electrocardiograma	Cubierto al 65% de la tarifa contratada.
Electroencefalograma (EEG)	Cubierto al 65% de la tarifa contratada, hasta uno (1) por año contrato.
MRA	Cubierto al 50% de la tarifa contratada, hasta uno (1) por año contrato.
MRI	Cubierto al 50% de la tarifa contratada, hasta uno (1) por año contrato.
Estudio de Medicina Nuclear	Cubierto al 50% de la tarifa contratada, no limite en el número de servicios por año
Estudio Neurológico (Periférico, Cerebral, Vascular No Invasivo y Electroencefalograma)	Cubierto al 50% de la tarifa contratada.
PET/CT Scan	Cubierto al 50% de la tarifa contratada, hasta uno (1) por año contrato.
Gamma Knife	Cubierto al 50% de la tarifa contratada, hasta uno (1) estudio por año contrato.
Estudio del Sueño (Polisomnografía)	Cubierto al 50% de la tarifa contratada, hasta uno (1) estudio por año contrato.
PET Scan	Cubierto al 50% de la tarifa contratada, hasta uno (1) estudio por año contrato.
Sonogramas	Cubierto al 50% de la tarifa contratada.
Pruebas de Velocidad de Conducción Nerviosa	Cubierto al 50% de la tarifa contratada, 2

	procedimientos por año contrato.
SPECT	Cubierto al 50% de la tarifa contratada, hasta uno (1) estudio por año contrato.
Timpanometría	Cubierto al 50% de la tarifa contratada, hasta uno (1) estudio por año contrato.
Stress Test	Cubierto al 50% de la tarifa contratada.
Centro de enfermería especializada	60 días por año póliza. Cubierto por la cubierta de Gastos Médicos.
DME	\$10,000 máx.; luego 40% de coaseguro
Aparatos ortopédicos y ortóticos	\$5,000 por año póliza, luego 40% de coaseguro
Hospicio	Excluido. Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores (se requiere pre-autorización y sujeto a necesidad médica aplica deducible y coaseguro)
Beneficio de Maternidad	Provisiones
Visita inicial para Confirmar el Embarazo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita de oficina aplicable
Todas las visitas prenatales subsiguientes, visitas postnatal y gastos por parto (Tarifa de Maternidad)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita de oficina aplicable
Hospitalización	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del \$150 copago
Parto, Incluyendo Cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Sala de Parto y Recuperación	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Incubadora y “Nursery”	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Unidad de Cuidado Intensivo, Intermedio, Coronario y de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Monitoreo Fetal en Paciente Hospitalizado (Producción e Interpretación)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Monitoreo Fetal en Paciente No Hospitalizado (Producción e Interpretación) y medicación (Progesterona, Hormona 17p) para embarazo de alto riesgo.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Amniocentesis Genética	Aplica 30% de coaseguro, hasta un (1)

	procedimiento por embarazo
Esterilización concurrente con el parto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, cuando es en facilidad.
Aborto Involuntario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Cuidado del Bebé	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Prueba Universal Neonatal de Cernimiento Auditivo según Ley 311 con fecha del 19 de diciembre de 2003.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Circulación y la dilatación	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Sonogramas Obstétricos	Cubierto al 65% de la tarifa contratada
Vacuna RhoGAM	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Cargos de Recién Nacidos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, mientras la madre este en la facilidad
Maternidad para los Hijos Dependientes	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Beneficios detallados para la Maternidad de Dependientes	Se cubrirán los servicios de maternidad para el primer hijo(a) de la dependiente; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre este en la facilidad (hospitalización).
Perfil biofísico	Cubierto al 80% de la tarifa contratada. Hasta un (1) procedimiento por embarazo.
Bomba de Lactancia Manual (No incluye los Suplidos)	Cubierto hasta un máximo de \$140.00 por año contrato. Equipo de Lactancia, el costo por miembro se elimina
Servicio Preventivo / Bienestar	Provisiones
Teleconsulta 24/7	Incluido (Telemedik)
Examen Anual (Laboratorios / Rayos X)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, <i>después de copago o coaseguro aplicable</i> . Para adultos y niños según definido por la United States Preventive Services Task Force
Todos los servicios preventivos según definido por la United States Preventive Services Task Force	Cubierto al 100% de la tarifa contratada

Mamografía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Prueba Anual “Pap Smear”	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Prueba Anual del Papanicolaou (PAP)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, <i>por</i> asegurado de 40 años o más o pacientes de alto riesgo.
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 70% de la tarifa contratada
Nutricionista	Aplica \$10 de copago, hasta doce (12) visitas por año contrato (por reembolso a base de la tarifa contratada)
Servicios de Planificación Familiar	Provisiones
Vasectomía	Cubierto al 100% aplica copago de visita, uno (1) de por vida.
Esterilización Ambulatoria	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, uno (1) de por vida.
Contraceptivos Orales	Cubierto al 100% según establece PPACA
Vacunas	Provisiones
Vacunas aprobadas bajo el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del \$0 copago por vacuna
Vacunas para menores de 18 años	
Influenza Tipo B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis A	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Humana Papillomavirus (HPV)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica. (Para las personas aseguradas entre once (11) y dieciocho (18) años de edad.)
Inactive Poliovirus	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.

Sarampión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Meningococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Varicela	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Pediarix	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Prevnar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
PCV (pneumococcal conjugate)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Rotavirus	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacuna del Virus de las Paperas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacuna del Virus de las Rubéola	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacuna del Virus del Sarampión y la Rubéola	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacuna de la Rubéola y las Paperas	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacuna HIBC (haemophilus B conjugado)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Tuberculina, intradérmica, prueba	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacunas para adultos	
Hepatitis A	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis B	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Herpes Zoster	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después

	del copago de visita médica.
Humana Papillomavirus (HPV)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Meningococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Neumococo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Varicela	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Las vacunas preventivas sin copago aplican de acuerdo a las disposiciones de United States Preventive Services Task Force.	
Servicios de Ambulancia	Provisiones
Ambulancia Aérea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, sujeto a necesidad médica y pre-autorización si no es una emergencia. No limite en el número de servicios
Ambulancia Terrestre	Cubierto a través de reembolso. Máximo \$80 por cada emergencia médica.
En Puerto Rico, los servicios de ambulancia están cubiertos solamente cuando son proporcionados por compañías que estén autorizadas por la Comisión de Servicio Público.	
Servicios para Condiciones Mentales, Uso y Abuso de Sustancias Controladas	Provisiones
Pacientes de Salud Mental Hospitalización Regular	Cubierto, después de \$150 de copago por hospitalización
Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Paciente hospitalizado y no hospitalizado, de acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y siguiendo el protocolo establecido.
Hospitalización por abuso de Alcohol/Substancias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de \$150 de copago.

“Outpatient” – Visitas médicas	Se tienen que cubrir al 100% después del copago de visita según requerido por la ley de salud mental federal
“Outpatient” – Servicio de Hospital (Terapias de Grupo)	Se tienen que cubrir al 100% después del copago de visita según requerido por la ley de salud mental federal
Tratamiento para cesar de fumar	Cubierto por Farmacia. Cubierto al 100% de la tarifa contratada. Se proporciona cubierta para el tabaco y el uso y dependencia del producto del tabaco, incluyendo la prestación de servicios y medicamentos, hasta un máximo de 400 dólares anuales por cada suscriptor.
Servicios de Hospitalización Parcial	Cubierto, después de \$150 de copago
Medicina Alternativa	Provisiones
Quiropráctico	20 sesiones; combinadas con terapia física por año; aplica \$18 copago de especialista
Servicios Fuera de Puerto Rico	Provisiones
Hospitalización Electiva	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores
Cuidado de Emergencia	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores. Cubierto al 100% de cargos usuales y acostumbrados, solo para emergencias serias y súbitas. Los servicios cubiertos por razones de emergencia que requieren equipo, tratamiento e instalaciones no disponibles en Puerto Rico. Los servicios están sujetos a la autorización previa del plan, excepto en caso de emergencia. Aplica deducible y coaseguro de Gastos Médicos Mayores.

VII. EXCLUSIONES DE CUBIERTA MÉDICA

1. Tratamientos que los hospitales se nieguen a ofrecer de acuerdo con los reglamentos sanitarios.
2. Servicios que se presten mientras el contrato no está en vigor.
3. Servicios que se puedan cubrir, se estén cubriendo o pudiesen haber sido cubiertos de no haber mediado una renuncia del suscriptor, bajo las Leyes de Compensación por Accidente del Trabajo o Gastos por accidentes en cualquier tipo de vehículo impulsado por motor cubiertos por ACAA o bajo las disposiciones de la Ley Núm. 45, aprobada el 18 de abril de 1935, conocida como la Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo.
4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente. Servicios no solicitados por el suscriptor.
6. Facturación por servicios prestados por el cónyuge, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.
7. Servicios no requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica.
8. Servicios que no sean razonables ni médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.
9. Hospitalizaciones por procedimientos que se puedan practicar en forma ambulatoria.
10. Servicios de hospitalización (incluyendo servicios ancilares) para realizar procedimientos y/o cirugías que están excluidos de cubierta.
11. Procedimientos y servicios experimentales o investigativos no aprobados por el Plan, excepto el Artículo 9 g de la Ley 194 del 25 de agosto de 2000.
12. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos que surjan durante el año contrato no considerados experimentales o investigativos y no determinada su inclusión en la cubierta vigente, excepto en aquellos casos en que el suscriptor opte por utilizar tal metodología o servicio nuevo, en cuyo caso el plan reembolsará el equivalente de lo que hubiese costado el servicio o procedimiento bajo el método convencional existente, según las tarifas vigentes en ese momento.
13. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología excepto los especificados en el contrato.
14. Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos por el patrono o para certificados, excepto el requerido por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000.
15. Gastos en hospital por cuidado personal, teléfono, "admission Kits" y otros similares. Hospitalización para fines puramente diagnósticos.
16. Hospitalización para fines puramente diagnósticos.
17. Servicios, tratamiento y cirugía para aumentar o bajar de peso en Centros de Programas de Control de Peso.
18. Liposucción.
19. Cirugía para aumento del seno.
20. Tratamiento con fines estéticos de celulitis.
21. Cirugía para corregir condiciones, deformidades o enfermedades y tratamiento de acné con fines estéticos.
22. Servicios necesarios para el tratamiento de la disfunción temporomandibular (TMJ).

23. Servicios de escalonometría.
24. Gastos por servicios de descanso, convalecencia y cuidado custodial.
25. Gastos por servicios de cuidado de enfermería diestro, servicios de custodia, hospicio y visitas médicas y cuidados en el hogar.
26. Exámenes de laboratorios que requieren inoculación animal.
27. Gastos por aparatos ortopédicos y órganos artificiales, excepto marcapasos y válvulas.
28. Audiogramas y audiometría, excepto lo requerido por la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.
29. Gastroplastías.
30. Tratamiento de diálisis o hemodiálisis y procedimientos relacionados, después de los primeros 90 días.
31. Tratamientos de fertilidad o Inseminación artificial y fertilización "in vitro" y todo tipo de tratamientos para la condición de infertilidad.
32. Remisión de vasectomía y esterilizaciones, tuboplastías, vasostomías y otras operaciones y tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
33. Cirugías para cambio de sexo.
34. Hiperalimentación. Alimentación enteral y servicios que sirven o actúan como suplementos nutricionales.
35. Estudios genéticos.
36. Rinoplastias.
37. Microcirugía, con fines estéticos.
38. Gastos de enfermeras especiales.
39. Aparatos auditivos.
40. Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías de refracción.
41. Medicina deportiva, musicoterapia. Medicina natural, homeopática, acupuntura, acupresión, hipnotismo, aromaterapia, masajes, musicoterapia, psicocirugía y otras formas de medicina alternativa.
42. Medicamentos que no sean recetados como medicina terapéutica. 'Medicinas de leyenda y "over the counter" a nivel ambulatorio, excepto como se provee bajo la cubierta de medicinas. Suplidos tales como jeringuillas, vendajes medias elásticas y suplidos para diabéticos a nivel ambulatorio.
43. Vacunas para viajar.
44. Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras o condiciones de motín. Condiciones que resulten de daños recibidos mientras la persona cubierta participa de manifestaciones o conmociones civiles. Servicios para personas en servicio militar activo o servicios que se reciben como resultado de guerras (declaradas o no declaradas) en cualquier país.
45. Servicios necesarios para atender condiciones que surjan a raíz de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes de Puerto Rico o de cualquier otro país por parte del asegurado o suscriptor.
46. Servicios de visitas a domicilio.
47. Servicio de "Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation (TENS)".
48. Gastos por servicios cubiertos por pólizas de seguros misceláneos.
49. Los implantes, prótesis y tratamientos para la impotencia.
50. Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta por este contrato haga a un proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlo.
51. Prótesis o implantes excepto para cáncer en el seno o material ortopédico como son los tornillos, placas, clavos y cualquier otro material o aditamento.
52. La Aseguradora pagará cualquier otro servicio que no esté expresamente excluido del Plan.

53. La Aseguradora debe proveer el endoso de cualquier otro beneficio adicional a este plan el cual se hará formar parte de esta Cubierta.
54. Servicios de hospitalización, tratamientos o exámenes de laboratorios realizados fuera de Puerto Rico para condiciones cubiertas en este contrato, excepto en condiciones presentadas en casos de emergencias mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje en Estados Unidos. En el caso de servicios de emergencia prestados en Estados Unidos cuando el suscriptor esté de viaje, si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud cuenta con el acceso a facilidades o redes en Estados Unidos, aplicará el cargo contratado en el área donde se prestó el servicio. De no contar con facilidades o redes en Estados Unidos la Aseguradora tendrá la obligación de negociar directamente con el proveedor el costo de los servicios. Luego de este ejercicio la Aseguradora pagará directamente al proveedor de servicios conforme a lo dispuesto a continuación y el asegurado o suscriptor pagará al proveedor del servicio la diferencia, si alguna.

"La Aseguradora" reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base de las cantidades que "La Aseguradora" hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos.

- i. No se descontará de la cantidad a rembolsar al asegurador cualquier cantidad que el asegurado o suscriptor hubiera tenido que pagar a un proveedor participante por concepto de deducibles o coaseguros.
 - ii En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, el asegurador no será responsable de un pago por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. La aseguradora compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y éste vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la contratada con los proveedores a su vez contratados por la aseguradora para ofrecer los mismos servicios, según la Ley 194 del 25 de agosto de 2002.
55. Métodos anticonceptivos para hombres, excepto la esterilización masculina (vasectomía).
56. Gastos por implantes y órganos artificiales excepto por los listados en la cubierta, esto incluye la exclusión de lentes intraoculares. Estos servicios están cubiertos bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores.
57. Servicios prestados por proveedores no participantes en Puerto Rico y en Estados Unidos excepto, en casos de emergencia o según se disponga en la Sección de Beneficios de esta póliza.

VIII. CUBIERTA DE TRANSPLANTE DE ORGANO

1. Disposiciones del plan

La cantidad anual máxima de procedimientos cubiertos de trasplante del mismo tipo es de uno (1) por año calendario

La cantidad máxima de procedimientos cubiertos de trasplante del mismo tipo ilimitado de por vida por persona asegurada.

No aplica deducible.

No hay penalidad de deducible por pre-certificación.

Periodo del Beneficio de Trasplante

Para todos los trasplantes de órganos (que no sean de médula ósea, excepto por primera evaluación):

El Periodo del Beneficio de Trasplante comenzará: 10 días antes del Procedimiento Cubierto de Trasplante y terminará: 12 meses después del Procedimiento Cubierto de Trasplante.

Para todos los trasplantes de médula ósea (excepto por primera evaluación):

El Periodo del Beneficio de Trasplante comenzará: 10 días antes del Procedimiento Cubierto de Trasplante y terminará: 12 meses después del Procedimiento Cubierto de Trasplante.

Están cubiertos los gastos relacionados directamente con el procedimiento de trasplante, incluyendo medicamentos quirúrgicos preoperatorios, medicamentos de cuidado postoperatorio y medicamentos inmunosupresores.

Costos incurridos por cirugía, por Almacenamiento y Transporte y directamente relacionados con la donación de un órgano utilizado en el procedimiento de trasplante estarán cubiertos hasta \$2,000

La obtención de órganos estará sujeta a las siguientes cantidades máximas por procedimiento, ya sea que el trasplante se realice dentro o fuera de la red participante de MAPFRE Life

Corazon	\$100,000
Corazon y pulmon	\$125,000
Pulmón	\$75,000
Riñón	\$25,000
Riñón y páncreas	\$50,000
Páncreas	\$50,000
Hígado	\$100,000
Intestino delgado	\$35,000
Médula ósea	\$100,000

Cantidad máxima diaria por Alojamiento y Comidas \$100, cantidad máxima por Alojamiento y Comidas \$2,000.

Transporte al sitio y desde el sitio de un procedimiento cubierto de trasplante para: adulto: El recipiente y un (1) acompañante; menor: El recipiente y dos (2) personas (padres o quienes tengan la custodia legal del paciente).

Transporte, Alojamiento y Comidas, cantidad máxima \$5,000.

Cuidado de Enfermera Privada, cantidad máxima \$100 por día, Cuidado de Enfermera Privada, cantidad máxima \$5,000.

El beneficio estará sujeto a las siguientes cantidades máximas por procedimiento, ya sea que el trasplante se realice dentro o fuera de la red participante de MAPFRE Life coinsurance

Corazón	\$250,000
Corazón y pulmón	\$250,000
Pulmón	\$150,000
Riñón	\$150,000
Riñón y páncreas	\$200,000
Páncreas	\$150,000
Hígado	\$250,000
Intestino delgado	\$80,000
Médula ósea	\$250,000

2. BENEFICIOS DE LA CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ORGANOS

Trasplante de Órganos	Provisiones
Trasplante de órganos (Medula, Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón, Páncreas, Corazón/Pulmón, Páncreas/Riñón, Venas y Arterias, e Intestinos Delgado)	\$1,000,000 por Persona Cubierta para todos los Cargos Cubiertos del Trasplante, aplica 20% de coaseguro

IX. EXCLUSIONES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS

1. Trasplantes experimentales o investigativos que no sean de efectividad medica comprobada;
2. Todos aquellos servicios y beneficios excluidos de la cubierta básica o de la cubierta de Gastos Médicos Mayores aplican a esta cubierta, excepto aquellos que se mencionan específicamente como servicios cubiertos;
3. Trasplantes realizados fuera de las facilidades designadas por el plan para este propósito.

X. CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Este beneficio es suplementario a cualquier otro beneficio de salud grupal del Patrono. No se pagará ninguna cantidad bajo estos beneficios por cargos que sean en exceso de las

cantidades pagaderas bajo otros beneficios básicos de salud.

1. Deducibles

Los cargos elegibles se pagarán en base a Cargos Razonables y Acostumbrados aplicables a Puerto Rico. Deducibles aplicables:

Deducible por Año calendario por persona	\$ 200.00
Deducible por Año calendario por familia	\$400.00

Sin embargo, la Cantidad de Deducible no aplicará a cargos incurridos por

- segundas o terceras opiniones quirúrgicas
- pruebas pre-quirúrgicas realizadas previamente a la hospitalización

La cantidad de deducible que indica este Certificado le aplica a usted y a cada uno de su(s) Dependiente(s) y es la cantidad de cargos elegibles que usted debe de pagar cada Año Calendario antes de que los beneficios sean pagaderos por MAPFRE Life.

Los cargos elegibles que se incurran durante los últimos 3 meses del Año Calendario y que satisfagan total o parcialmente el deducible para ese año podrían también satisfacer la cantidad deducible del próximo Año Calendario.

Cuando una familia haya satisfecho 2 deducibles durante un Año Calendario, la cantidad deducible no tendrá que ser satisfecha para ningún miembro adicional de la familia por el resto del año.

Cuando 2 o más miembros de la familia son lesionados en el mismo Accidente:

1. solamente un deducible se aplicará durante el año del Accidente; y
2. solamente un deducible se aplicará durante el próximo Año Calendario; por cargos incurridos como resultado del Accidente.

Coaseguro

Cantidad Co-asegurada (pagadera por MAPFRE Life) 80%

Sin embargo, en cada Año calendario la cantidad de Coaseguro es del 100% por los cargos:

- incurridos por segundas o terceras opiniones quirúrgicas;
- incurridas por pruebas pre-quirúrgicas realizadas previamente a la hospitalización.

La(s) Cantidad(es) de Coaseguro(s) que indica este Certificado son el porcentaje de cargos elegibles que le aplican a usted y a cada uno de su(s) Dependiente(s) por cada año Calendario, y que son pagaderos por MAPFRE Life luego de que usted haya pagado el deducible. Usted es responsable por el pago de cualquier cantidad de Cargos Elegibles restantes luego de la aplicación del coaseguro.

Cubierta Fuera de Puerto Rico

Los beneficios por cargos incurridos fuera de Puerto Rico se pagarán en base a los Cargos Razonables y Acostumbrados aplicables en el área donde se prestaron los servicios, siempre que los cargos incurridos sean como resultado de:

- una Emergencia que ocurra fuera de Puerto Rico; o
- un referido médico para un tratamiento que no esté disponible en Puerto Rico, según certifique el Médico de cabecera y le haga llegar a MAPFRE Life previo al comienzo del

tratamiento.

Si se incurre en cargos fuera de Puerto Rico para tratamientos que no están disponibles en Puerto Rico, y dichos cargos no fueron aprobados por MAPFRE Life antes de comenzar el tratamiento, el pago se hará en base a la tarifa de OPP que sea aplicable a Puerto Rico para tratamientos similares en tales lesiones o enfermedades.

Una "Emergencia" significa la primera visita por causa de:

- (a) una lesión repentina e inesperada; o
- (b) el inicio repentino e inesperado de una enfermedad grave. Los síntomas de dicha enfermedad deben ser de tal naturaleza que el no obtener tratamiento inmediato pudiera resultar razonablemente en:
 - poner la vida de la Persona Asegurada en peligro; o
 - que cause deterioro grave en el funcionamiento del cuerpo.

Los servicios serán cubiertos para casos de emergencia o casos que requerían equipos, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico. Los servicios están sujetos a pre-autorización, excepto por una emergencia.

Cargos Elegibles

MAPFRE Life pagará los beneficios por los siguientes cargos siempre que sean:

- incurridos como resultado de una enfermedad o lesión;
 - Medicamento Necesarios; y
 - administrados u ordenados por un Médico.
1. cargos incurridos por segundas o terceras opiniones quirúrgicas;
 2. cargos incurridos por pruebas o exámenes pre-quirúrgicas realizadas previamente a la hospitalización;
 3. cargos por servicios para pacientes ambulatorios que se hagan en:
 - un Hospital;
 - una facilidad de cirugía independiente;
 - un centro de cirugía ambulatoria; o
 - cualquier otra institución según requerido por ley;
 4. cargos hechos por:
 - un servicio profesional de ambulancia local con Licencia por llevarlo a usted o a su(s) Dependiente(s) hasta o desde un Hospital o una Facilidad de Tratamiento Prolongado;
 - cualquier persona que suministre:
 - oxígeno, y el alquiler del equipo para su uso;
 - cuando se certifica por un Médico como necesario, el alquiler de, o a la elección de MAPFRE Life, la compra de:
 - un pulmón artificial;
 - una cama de Hospital; o
 - una silla de ruedas;
 - miembros y ojos artificiales, y prótesis luego de una mastectomía, yesos, entablillados, férulas, tirantes, muletas y suministros quirúrgicos si usted o su(s) Dependiente(s) están asegurados bajo este beneficio al comienzo de la enfermedad o lesión.

2. Beneficios de Gastos Médicos Mayores

Gastos Médicos Mayores	Provisiones
Coaseguro	20% coaseguro
Deducible Anual (individual / familiar)	\$200 individual / \$400 familiar
Desembolso Máximo Anual	\$6,350 individual / \$12,700 familiar
Equipo Médico Duradero (DME)	Cubierto al 80% de las tarifas contratadas, después del deducible y coaseguro de Gastos Médicos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta un máximo de \$10,000
Equipo Ortopédico	Cubierto al 80% de las tarifas contratadas, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$5,000, después de alcanzar el máximo aplica el 40% de coaseguro
Equipo Tecnológico	Cubierto al 80% de las tarifas contratadas, después del deducible y coaseguro de Gastos Mayores, sujeto a protocolo y pre-certificación, hasta \$10,000. Cubierta para equipo tecnológico para mantener al usuario con vida, un mínimo de un (1) diario de ocho (8) horas de cambio de servicios de enfermería, los suministros necesarios para operar el equipo tecnológico y la terapia física y ocupacional para las personas menores de 21 años de edad.
Prótesis	\$10,000 máx.; luego 40% coaseguro
Mamoplastía	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta \$5,000, sujeto a protocolo médico y pre-certificación.
Hospitalización Electiva – Servicios Fuera de Puerto Rico	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores

3. Elegibilidad

El Beneficio de Gastos Médicos Mayores es suplementario a los otros beneficios grupales de salud de su Patrono, y como resultado usted o su(s) Dependiente(s) no podrán ser asegurados, o permanecer asegurados bajo este beneficio, a menos que estén asegurados bajo todos los otros Beneficios de Gastos Médicos. Los dependientes opcionales no son elegibles a la cubierta de Gastos Médicos Mayores.

XI. EXCLUSIONES DE GASTOS MEDICOS MAYORES

1. Los servicios excluidos en las Exclusiones y Limitaciones de la Cubierta Básica; que no estén específicamente incluidos en esta cubierta.
2. Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de o en el curso del empleo de la persona asegurada;
3. Servicios que se puedan cubrir bajo leyes de compensaciones por accidente del trabajo o gastos por accidentes de automóviles (según definido en seguro de automóvil).
4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente.
6. Servicios no solicitados por el suscriptor.
7. Servicios prestados a la persona asegurada por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.
8. Los que se incurran en el ajuste de espejuelos.
9. Los que sean incurridos en artículos de comodidad personal.
10. Los que sean incurridos por tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular.
11. Los deducibles y/o coaseguros aplicables a la Cubierta Básica, así como aquellos aplicables a cubiertas Opcionales, excepto los que estén expresamente cubiertos en esta cubierta.
12. Cuidado de la Salud en el Hogar.
13. Terapia de rehabilitación, ocupacionales y del habla.
14. Asistente quirúrgico.
15. Servicios de cirugía para corregir la condición de miopía, astigmatismo o hipermetropía o la queratotomía radial o queratoplastia lamelar.

XII. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE FARMACIA

1. Tabla de Beneficios		
Cubierta de Farmacia	Provisiones	
Copago	Copago al Detal	
	Medicamentos de Patente No Preferidos	30% mínimo \$30
	Medicamentos de Patente Preferidos	20% mínimo \$20
	Medicamentos Bio-Equivalente	\$10
	Medicamentos del Mostrador	N/A
	Medicamentos Especializados	30% máximo \$200
	Copago bajo Encargo por Correo	
	Medicamentos de Patente No Preferidos	30% mínimo \$60
	Medicamentos de Patente Preferidos	20% mínimo \$40
	Medicamentos Bio-Equivalente	\$20
	Copago al Detal (90 días)	
	Medicamentos de Patente No Preferidos	30% mínimo \$90
	Medicamentos de Patente Preferidos	20% mínimo \$60
	Medicamentos Bio-Equivalente	\$30
Contraceptivos	Cubierto	
Uso de Medicamentos " Off Label"	Medicamentos con leyenda federal, los cuales serán cubiertos al ser prescritos de manera médicamente apropiada y que además el uso "off label" esté reconocido en literatura médica o referencia médica standard.	
Despacho	Sin límites anual en el despacho de medicamentos.	
Medicamentos por correo (90 días)	Cubierto	
Repeticiones por receta	3 Repeticiones por receta. Menos de \$8 están excluidos. (para medicamentos de mantenimientos cubiertos)	
Máximo Anual	\$1200 luego Aplica 40% de coaseguro en todas las categorías	
Terapia Escalonada	Si	
Mandatorio Genérico / Bio-equivalente	Si	
Incluye el medicamento Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después 20% o mínimo de \$20 co-pago. De acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas	
Medicamentos para el tratamiento de hábito de fumar	Cubiertos hasta un máximo de \$400 anuales por asegurado	
Permitir que el proveedor obvie la regla Genérica	No	
Incluye Nuevos Medicamentos	Si	
Coordinación de Beneficios en Farmacia "no pay" rule (Y/N)	COB No se aplica la regla de pago	
Psicotrópicos bajo el Programa de 90 días	No	

Administración de Beneficios por Recetas

MAPFRE Life ha contratado con ABR para administrar este beneficio. MAPFRE Life le proporcionará a su Patrono una lista actualizada de las farmacias asociadas a la ABR. MAPFRE Life emitirá una tarjeta de identificación (ID) para que usted la use en cualquiera de las farmacias asociadas. La tarjeta de identificación indicará que usted y sus Dependientes están asegurados y que solamente esas personas tienen el derecho de utilizar la tarjeta. La tarjeta de identificación continúa siendo la propiedad de MAPFRE Life en todo momento. MAPFRE Life se reserva el derecho de terminar su seguro si su tarjeta de identificación es usada indebidamente o si se realiza cualquier reclamación falsa, fraudulenta o ficticia.

Cuando termine su seguro bajo este beneficio, o termine el seguro de sus dependientes bajo el presente documento, usted debe devolverle la tarjeta de identificación a su Patrono. En el caso de que el Contrato Grupal o sus beneficios sean cancelados, usted devolverá las tarjetas de identificación a su Patrono.

Es la responsabilidad de su Patrono exigir la devolución de todas las tarjetas de identificación y de devolverle dichas tarjetas a MAPFRE Life. El Patrono se compromete a reembolsarle a MAPFRE Life por cualquier reclamo pagado por MAPFRE Life como resultado de cargos incurridos luego de la fecha de terminación de su seguro bajo estos beneficios.

La Administración De Beneficios Por Recetas

En conjunto con MAPFRE Life, ABR tiene varios planes disponibles para los empleados de su Patrono. Por favor comuníquese con MAPFRE Life para obtener los detalles sobre los gastos asegurados del plan escogido y las limitaciones que apliquen.

Cómo funciona el ABR

Usted o su(s) Dependiente(s) pueden comprar una receta o repetición de una farmacia asociada o de una farmacia no asociada.

1. Si usted o su(s) Dependiente(s) compran la receta o repetición de una farmacia asociada, usted o su(s) Dependiente(s) deben:
 - a) presentar su tarjeta de identificación;
 - b) firmar el recibo de reclamo;
 - c) pagar la Cantidad de Deducible que se indica en este Certificado; y
 - d) pagar la Cantidad de Coaseguro requerida que se indica en este Certificado.

Los deducibles y coaseguros aplican a cada receta o repetición. Cuando se firma el recibo de reclamo, usted o su(s) Dependiente(s) asignan el beneficio ABR, y ningún otro pago, además del deducible y coaseguro, es requerido para la receta o repetición.

2. Si usted o su(s) Dependiente(s) compran la receta o repetición de una farmacia no asociada, usted o su(s) Dependiente(s) deben pagarle a la farmacia la cantidad total de la receta o repetición. Usted podrá entonces someter una reclamación de reembolso al ABR, incluyendo el recibo oficial de la receta. La ABR le reembolsará el menor de:
 - a) la cantidad cobrada por la receta o repetición, menos cualquier deducible y/o coaseguro; o
 - b) la cantidad que hubiera sido cubierta si la receta se hubiera comprado en una farmacia participante.

2. Despacho

Limitaciones en Despacho

La cantidad generalmente recetada por un médico autorizado, que no exceda 15 días de suplido. Repeticiones no están cubiertas. Excepciones:

1. **Mantenimiento:** la cantidad generalmente recetada por un médico autorizado, pero que no exceda 30 días de suplido o 90 días de suplido por farmacia de correo o farmacia local o despacho (solo si el grupo tiene el beneficio de 90 días por farmacia local puede obtener un suplido de 90 días de suplido en farmacia local o despacho). Repeticiones autorizadas por el médico en la receta estarán cubiertas (repeticiones están cubiertas de acuerdo con la ley de farmacia donde la receta sea despachada).
2. **Despacho por correo solamente para la siguiente categoría de medicamento:** La cantidad no deberá exceder 90 días de suplido con hasta un máximo de tres (3) repeticiones. Repeticiones de estos medicamentos están cubiertos siempre que sean prescritos por médico autorizado.
 - **Contraceptivos:** Toda forma de contracepción genérica y otros métodos contraceptivos de acuerdo con el “Patient Protection and Affordable Care Act” vía correo, si están disponible vía la farmacia de correo (solo disponible para grupos que renuevan o comienzan luego de agosto 2012).

3. Medicamentos Cubiertos

- Drogas de leyenda Federal. Excepciones: Favor referirse a Notificaciones Importantes.
- Cuidado Diabético: Insulinas en receta
- Mezclas que tenga al menos un producto con leyenda federal
- Tretinoin (ej.: Retin-A®) y isotretinoin (ej.: Accutane®) para personas hasta 21 años de edad
- Contraceptivos: Toda forma de contracepción genérica y otros métodos contraceptivos de acuerdo con el “Patient Protection and Affordable Care Act” vía correo (solo disponible para grupos que renuevan o comienzan luego de agosto 2012).
- Aspirina 81&325mg, ácido fólico 0.4 & 0.8mg, suplementos de floruro y de hierro y vitamina D2 o D3 están cubiertos para individuos de acuerdo con el “Patient Protection and Affordable Care Act”.
- Vitaminas prenatales para mujeres de acuerdo con el “Patient Protection and Affordable Care Act”.
- Medicamentos de inmunización, vacunas, cubierto para personas hasta los 18 años, según recomendados por la Academia Americana de Pediatría y el “Patient Protection and Affordable Care Act”.

- Medicamentos para tratar Déficit de Atención / Narcolepsia para individuos hasta 18 años de edad (incluidos los 18 años), incluyendo sales de anfetaminas como Adderall y ®Adderall XR®

4. Medicamentos de Mantenimiento

- Anticoagulantes
- Anticonvulsivos
- Antihiperlipidémicos y Lipotrópicos
- Agentes Antineoplásicos e Inmunosupresores (los cuales requieren preautorización)
- Drogas Antiparkinson
- Antivirales indicados para HIV/SIDA
- Hiperplasia Benigna de la Próstata/ Micción (orinar)
- Agentes Cardiovasculares (ej.: antihipertensivos, vasodilatadores, agentes antiarrítmicos, preparaciones de digital y derivados, bloqueadores de los canales de calcio, bloqueadores alfa/beta adrenérgicos, etc.)
- Cuidado de Diabetes: Oral Hipo glicémicos orales & Insulina
- Diuréticos
- Preparaciones para Glaucoma (Oftálmico)
- Tratamiento de Osteoporosis (Oral), específicamente: Alendronate sódico (ej.: Fosamax®), raloxifene (ej.: Evista®), risedronate (ej.: Actonel®)
- Vitaminas Pre Natales
- Ácido Fólico
- Terapia Respiratoria
- Hormonas de Sexo
- Tiroides y Derivados
- Agentes para tratar condición de ácido urico (gota), ej.: allopurinol, colchicine
- Drogas Psicoterapéuticas (tranquilizadores, antidepresivos, productos de litio, Alzheimer's, ADD (Attention Deficit Disorder) y Narcolepsia) Nota: Tratamiento para ADD es cubierto hasta la edad de 18 años (incluidos).

XIII. EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

1. Medicamentos sin leyenda federal (over the counter), excepto insulina.
2. Globulina inmune, suero biológico, sangre, plasma sanguíneo o sustancias relacionadas (esto se cubre bajo hospitalización).
3. Dispositivos o aparatos terapéuticos, incluye agujas, jeringuillas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, indistintamente de su uso.
4. Vitaminas y suplementos vitamínicos, que no sean vitaminas prenatales.
5. Drogas anabólicas.
6. Cargos por la administración de drogas recetadas o inyección de un medicamento.
7. Repeticiones de recetas, excepto para los medicamentos de mantenimiento cubiertos.
8. Medicamentos para el tratamiento de impotencia.
9. Medicinas para la infertilidad, no importa su uso
10. Anoréxicos (cualquier medicamento utilizado con el propósito de bajar de peso).
11. Agentes esclerosantes, Medicamentos para el tratamiento de acné, no importa su uso.
12. Monoxidillo en todas sus formas, incluye Rogaine
13. Medicinas con fines de embellecimiento o cosmético.
14. Escabicidas y pediculicidas sin leyenda federal.
15. Hormonas de crecimiento.
16. Drogas recetadas que puedan ser obtenidas sin costo bajo programas locales, estatales o federales u otro programa.
17. Drogas o tratamientos experimentales o drogas con leyenda: "Precaución - limitada por la Ley Federal para usos de investigación". No obstante, si un asegurado sufre una enfermedad que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, aprobado por las agencias estatales y federales correspondientes, cuando el asegurado sea elegible para participar en un estudio de tratamiento autorizado y brindado por una entidad o profesional de la salud bonafide, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del asegurado en el estudio le ofrezca a éste un beneficio potencial y siempre que la participación del asegurado en el estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el médico que refiere al estudio entienda que la participación del paciente es apropiada o el paciente provea al plan médico evidencia de que su participación es apropiada, el plan médico costeará los gastos médicos rutinarios del paciente. No serán gastos médicos rutinarios del paciente los gastos relacionados con el estudio, ni los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio.
18. Medicinas que tienen que ser tomadas o administradas en dosis completas o parciales, mientras el asegurado esté hospitalizado o en un hogar de convalecencia, sanatorio, facilidad de cuidado extendido o cualquier institución similar, en la cual en sus premisas se le permite operar una facilidad para dar medicinas o productos farmacéuticos o en el lugar que se prescriba u ordene.
19. MAPFRE Life" se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos que habrá de incluir en su cubierta de Farmacia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta tanto dicho medicamento sea evaluado y recomendado para inclusión en la Cubierta de Farmacia por Departamento de Asuntos Médicos. El proceso de evaluación para medicamentos nuevos no excederá 90 días luego de su entrada al mercado.

XIV. RESUMEN DE SU CUBIERTA DE VISION

1. Tabla de Beneficios	
Cubierta de visión	Provisiones
Plan de Reembolso	Cubierto hasta \$150 cada 12 meses

2. Elegibilidad

El Beneficio de Visión es suplementario a los otros beneficios grupales de salud de su Patrono, y como resultado usted o su(s) Dependiente(s) no podrán ser asegurados, o permanecer asegurados bajo este beneficio, a menos que estén asegurados bajo todos los otros Beneficios de Gastos Médicos.

3. Como se reciben los beneficios

Si usted o su Dependiente(s) requiere(n) servicios o suministros que son ordenados por un optometrista u oftalmólogo calificado, ABV pagará tal cantidad hasta la Cantidad Máxima indicada en el Contrato Grupal.

XV. CUBIERTA DENTAL

Tabla de Beneficios	
Dental	Provisiones
Servicios cubiertos y coaseguros:	
Nivel 1 (Preventivo) cubierto al 100%	Un examen oral, incluyendo limpieza y raspado de dientes, durante cualquier periodo de 6 meses;
	Una radiografía completa de la boca durante cualquier periodo de 24 meses
	Una radiografía de aleta de mordida (interproximal) durante cualquier periodo de 6 meses
	Una aplicación de fluoruro o de otra sustancia anti-caries durante cualquier periodo de 6 meses
Nivel 2 (Restaurativo) cubierto al 70%	Restauraciones de amalgama, silicato, acrílico, o compuestos; o sus reemplazos si han pasado por lo menos 12 meses desde que dicha restauración fue colocada o reemplazada, o que estuviera involucrada una superficie dental adicional
	Extracciones, incluyendo extracciones de dientes impactados
	Periodontal u otros tratamientos para enfermedades de las encías y tejidos de la boca
	Suministro e instalación inicial de separadores;
	Cirugía oral
	Tratamiento de endodoncia, incluyendo terapia del canal radicular.
Máximo Anual	\$500 por año calendario No aplica a niños menores de 19 años.

XVI. SEGURO DE VIDA

Beneficio de Seguro de Vida para el Empleado (Opcional)

Cantidad del Seguro de Vida Básico: \$10,000

Si usted muere mientras está asegurado para este beneficio, MAPFRE Life pagará la cantidad del beneficio debida a su Beneficiario. Si usted muere por suicidio, sea esté cabal o falto de su sano juicio, entonces por las cantidades que han estado en vigor por menos de 2 años durante su vida y para las cuales se requirió evidencia de Asegurabilidad, la única responsabilidad de MAPFRE Life será una devolución de las primas pagas.

Privilegio de Conversión

Si su seguro termina como se señala a continuación, entonces dentro de los 31 días siguientes a dicha terminación usted puede convertir su seguro, sin Evidencia de Asegurabilidad, a una póliza individual de seguro de vida (excepto término fijo) la cual MAPFRE Life emita en ese momento. La póliza individual de seguro de vida será emitida sujeta a los términos del Contrato Grupal.

Si su seguro termina debido a que su empleo termina, o ya no es miembro de una clase de seguro, puede convertir su seguro a la cantidad por la cual estaba asegurado en su fecha de terminación.

Si su seguro termina porque:

1. el beneficio se cancela;
2. el seguro de su Patrono bajo el Contrato Grupal se cancela;
3. la fecha en que su clase se cancela; o
4. el Contrato Grupal se cancela,

usted puede hacer la conversión si ha estado continuamente asegurado bajo este beneficio por lo menos durante 3 años.

La cantidad que puede ser convertida es la menor de:

- la cantidad por la cual usted está asegurado en su fecha de terminación; o
- \$4,000.00.

Cualquier cantidad convertida se reducirá por cualquier cantidad del seguro grupal de vida para el cual usted se hace elegible a los 31 días de la terminación.

Extensión de la Cubierta

Si usted es elegible para la conversión y muere dentro del periodo de 31 días después de su terminación, MAPFRE Life pagará la cantidad que usted habría convertido como un Beneficio por Muerte bajo el Contrato Grupal, y devolverá las primas que usted haya pagado por una póliza individual.

Limitación de Conversión

Si usted ha obtenido más de una póliza individual a través de este privilegio de conversión, la suma de todas las pólizas no puede exceder la cantidad mayor por la cual usted ha estado asegurado alguna vez bajo el Contrato Grupal en cualquier momento.

Reducción de Beneficios

Su cantidad de seguro antes de los 65 años se reducirá como sigue:

Edad	Porcentaje de Reducción
A los 65 años	35%
A los 70 años	55%
A los 75 años	70%
A los 80 años	80%
A los 85 años	80%
A los 90 años	90%

Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento del Empleado (Opcional)

Cantidad de Suma Principal: \$10,000

Reducción de Beneficios

Su cantidad de seguro antes de los 65 años se reducirá como sigue:

Edad	Porcentaje de Reducción
A los 65 años	35%
A los 70 años	55%
A los 75 años	70%
A los 80 años	80%
A los 85 años	80%
A los 90 años	90%

Tabla de Pérdidas y Beneficios	
Pérdida	Porcentaje de la Suma Principal
Vida	100%
Dos manos o dos pies	100%
La visión de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la visión de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La visión de un ojo	50%

***La pérdida de una mano o un pie significa corte en o por arriba de la articulación de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la visión debe ser completa e irreversible.**

Si, mientras está asegurado para este beneficio, usted incurre en alguna pérdida de las que aparecen en la **Tabla de Pérdidas y Beneficios**, MAPFRE Life pagará la Suma principal por dicha pérdida si:

1. La pérdida ocurre como el resultado de lesiones corporales ocurridas accidentalmente sin contribución de cualquier otra causa o causas, y
2. si la pérdida ocurre dentro de un plazo de 12 meses después de la fecha de la lesión.

La cantidad pagada será la cantidad provista por la pérdida en la fecha en que la lesión ocurrió. MAPFRE Life no pagará más del 100% de la Suma Principal por todas las pérdidas que le ocurrieron a usted que podrían resultar de cualquier Accidente.

El beneficio por la pérdida de vida se le pagará a su Beneficiario. Los beneficios por cualquier otra pérdida se le pagarán a usted.

Limitaciones

MAPFRE Life no pagará ninguna pérdida que resulte de, o a la que haya contribuido cualquiera de las siguientes causas:

1. Exclusión por las **Limitaciones Generales** incluidas en las DISPOSICIONES GENERALES;
2. suicidio o lesión auto-infligida de manera intencional, ya sea que esté cabal o falto de su sano juicio;
3. viaje o vuelo en cualquier avión, o descenso de dicho avión, si:
 - usted es el piloto u otro miembro de la tripulación del avión, o
 - el vuelo es para el propósito de instrucción, prueba o entrenamiento;
4. el uso voluntario de cualquier medicamento, a menos que haya sido recetado y utilizado de acuerdo con las instrucciones de un Médico;
5. enfermedad o padecimiento de cualquier clase, el tratamiento quirúrgico o médico resultante, o cualquier infección que no sea una infección causada por una herida visible ocurrida de manera accidental; o
6. lesiones corporales sufridas mientras usted opera un vehículo de motor, si al momento de sufrir las lesiones su sangre contenía un exceso de 100 miligramos de alcohol por cada 100 mililitros de sangre.

Beneficiarios, Beneficios por Muerte y Opciones

Asignación de Beneficiario

Usted puede asignar uno o más beneficiarios, los que recibirán la cantidad pagadera cuando usted muera. A menos que haya una restricción legal, puede cambiar el Beneficiario.

La asignación o cambio de un Beneficiario debe ser:

1. por escrito;
2. firmada por usted, y
3. archivada en la oficina Central de MAPFRE Life.

Importes provenientes de su Muerte

Si no hay ley que indique lo contrario, los importes provenientes de su muerte se pagarán como se describe a continuación.

1. Si usted ha asignado uno o más beneficiarios, MAPFRE Life pagará los importes:
 - al Beneficiario que le sobreviva; o
 - a los beneficiarios que le sobrevivan por partes iguales, a menos que usted indique lo contrario.
2. Si usted no ha asignado un Beneficiario, o ningún Beneficiario asignado le sobrevive, MAPFRE Life pagará los importes a la persona sobreviviente, o personas en partes iguales, en la primera de las siguientes categorías en las cuales una persona o personas sobreviven:
 - cónyuge;
 - hijos;
 - padres;
 - hermanos o hermanas;
 - albaceas o administradores.

Con el fin de determinar tal o tales personas, MAPFRE Life puede ampararse en un affidavit hecho por cualquiera de las personas mencionadas previamente. A menos que se reciba el aviso por escrito de un reclamo válido realizado por otra persona antes de que se haga el pago, el pago basado en dicha affidavit eliminará la responsabilidad de MAPFRE Life sobre la cantidad así pagada.

Sin embargo, si MAPFRE Life lo decide, puede pagar una cantidad de hasta \$500.00 o la cantidad permitida por la ley, a cualquier persona que haya incurrido en gastos por el funeral u otros gastos relacionados con su última enfermedad o muerte.

Si los importes provenientes de su muerte son pagaderos a un menor, o a una persona que no puede firmar legalmente una exención válida, MAPFRE Life puede pagar los importes a su tutor legal.

Los importes provenientes de la muerte de su Dependiente se le pagarán a usted.

Reclamaciones

La cantidad pagadera a su muerte sólo se pagará cuando MAPFRE Life reciba una prueba de reclamación satisfactoria.

La prueba de reclamación incluye lo siguiente:

1. evidencia y causa de la muerte;
2. prueba de edad;
3. posición del reclamante, y
4. cualquier otro dato que MAPFRE Life pueda requerir para establecer la validez de la reclamación.

Opciones para los Importes de la Póliza

En vez de que la cantidad pagadera bajo el Contrato Grupal se pague en una sola suma:

1. usted puede elegir; o
2. si muere sin haber elegido, su Beneficiario puede elegir

recibir el pago de todos o una parte de los importes del Contrato Grupal bajo cualquiera de las opciones de Depósito o Anualidad que estén disponibles en ese momento. Los detalles de estas opciones están disponibles en MAPFRE Life, según se requieran.

XVII. PROGRAMAS DE VALOR AÑADIDO

Beneficio de Asistencia Internacional de Emergencia

Información General

El Beneficio de Asistencia Internacional de Emergencia (BAIE), proporcionado por Federal Assist es una parte integral de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores. La Federal Assist está ahí cuando usted más lo necesita, mientras viaja y está lejos de su hogar. BAI le ofrece la administración total de su emergencia médica las 24 horas del día, 365 días al año, en cualquier parte del mundo con una red desplegada a nivel mundial de empleados multilingües.

La Ayuda se Encuentra a Solo una Llamada de Distancia si usted, o un miembro inmediato de su familia (cónyuge o hijo) necesitan cualquier clase de asistencia de emergencia y verificación de su cubierta de seguro, debe llamar al Centro de Llamadas de Asistencia Mundial de Emergencias de 24 Horas.

Federal Assist

Edificio Banco de Desarrollo Económico de Puerto Rico

Suite 201

638 Calle Aldebarán, Altamira

San Juan, Puerto Rico

Teléfono (787) 273-0985

Sin Cargos: 1-866-285-7297

Con cargos revertidos: 1-305-913-1872

En caso de una emergencia, usted debe llamar al Centro de Llamadas inmediatamente si es posible, o dentro de 48 horas de una admisión hospitalaria de emergencia.

Servicios proporcionados por la Cubierta de Federal Assist:

Servicios máximos en:

Estados Unidos de América \$ 6,000.00

Internacional \$10,000.00

Asistencia Médica

Federal Assist mantiene una base de datos de doctores y otros proveedores médicos a través de todo el mundo. Además, utilizando nuestros afiliados de MAPFRE así como nuestra propia red de agentes y corresponsales, podemos localizar a un doctor o proveedor médico en cualquier parte del mundo. Se harán referidos para situaciones que sean de emergencia así como para las que no son de emergencia. En cualquier caso, se realizan monitoreos y seguimientos completos.

Beneficio De Gastos Médicos

Los beneficios se proporcionan para pagar los gastos médicos de parte de una aseguradora. El servicio médico se puede arreglar para que los pagos vayan directamente a la Federal Assist, de esa manera quitándole al viajero la preocupación y el peso del pago. También aplican los límites y restricciones tales como los de condiciones preexistentes, según el texto de la póliza.

Evacuación Médica de Emergencia

Se realizarán todos los esfuerzos para referir al asegurado al mejor cuidado médico disponible en la región. Sin embargo, de vez en cuando, un servicio médico adecuado no está disponible y se debe realizar una evacuación médica.

Si el asegurado ha sido lesionado o está enfermo y, si en la opinión del Director Médico de Federal Assist, no hay facilidades médicas adecuadas disponibles localmente, Federal Assist proveerá una evacuación de emergencia (bajo supervisión médica si fuera necesario) por los medios que sean necesarios, hasta la facilidad más cercana que tenga la capacidad de

proporcionar un tratamiento adecuado. Los servicios incluyen procurar y proveer para la transportación y los servicios médicos relacionados (incluyendo escolta médica) y los suministros médicos que necesariamente se incurren en conexión con una evacuación de emergencia. Todos los arreglos de transporte se deben hacer por la ruta más directa y económica posible.

Repatriación Médica de Emergencia

Luego del tratamiento y la estabilización inicial para la lesión o enfermedad del asegurado, si el médico que lo atiende y el Director Médico de Federal Assist determinan que es médicamente necesario, Federal Assist transportará al viajero de regreso a su lugar de residencia permanente para recibir tratamientos médicos adicionales o para recuperarse. Los servicios incluyen procurar y proveer para la transportación y los servicios médicos relacionados (incluyendo escolta médica) y los suministros médicos que necesariamente se incurren en conexión con una evacuación de emergencia. Todos los arreglos de transporte se deben hacer por la ruta más directa y económica posible.

Viaje de un Miembro de la Familia

Cuando el asegurado esté viajando solo y es hospitalizado por un número de días consecutivos, se le proveerá a una persona escogida por el asegurado la coordinación del vuelo redondo más directo por boleto de transporte común al lugar de hospitalización, más \$175 USD por día, hasta un máximo de 7 días, se le reembolsarán los gastos por comidas, transporte, alojamiento y otros, siempre y cuando la repatriación no sea inminente.

Viajando con un Miembro de la Familia o un Amigo

Cuando el asegurado está viajando con un miembro de su familia o un amigo, y su compañero de viaje es hospitalizado por un número de días consecutivos, el programa de asistencia le proveerá \$175 USD por día al asegurado, hasta un máximo de 7 días, se le reembolsarán los gastos por comidas, transporte, alojamiento y otros.

Regreso de Niños Menores de Edad

Cuando haya Niños Dependientes con el Participante, y estos queden desatendidos como resultado de la hospitalización del Participante por más de un número de días, Federal Assist hará arreglos para el transporte, hasta el límite de la póliza, de dichos Niños Dependientes hasta el domicilio de una persona denominada por el Participante o la del familiar más cercano del Participante.

Interrupción del Viaje Debido a la Muerte de un Miembro de la Familia

Si hay una muerte o enfermedad grave en la familia, este programa hará arreglos para la interrupción del viaje.

Repatriación de Restos Mortales

En el caso de la muerte del Participante, Federal Assist proveerá asistencia para el regreso de los restos mortales. Los servicios incluyen: localizar una funeraria de envío; transportación del cuerpo del lugar donde ocurrió la muerte a la funeraria de envío; la preparación de los restos para el entierro o la cremación; la transportación de los restos de la funeraria al aeropuerto; ataúd mínimo necesario o bandeja aérea para el transporte; servicios consulares (en caso de muerte en el exterior); obtención de certificados de defunción; transporte de los restos del aeropuerto a la funeraria. Otros servicios que se pudieran rendir junto a aquellos mencionados anteriormente incluyen: Hacer arreglos de viaje para los acompañantes de viaje; identificación y notificación al familiar más cercano.

Transferencia de Medicamentos de Receta

Este servicio se proveerá para el remplazo de medicamentos perdidos, extraviados, u olvidados, localizando a un suplidor del mismo medicamento o haciendo arreglos para transportar el medicamento hasta el viajero tan pronto como sea posible. Esto incluye artículos tales como espejuelos, lentes de contacto, etc. Este servicio podría estar restringido por leyes locales.

Transmisión de Mensajes Urgentes

En caso de emergencia, Federal Assist hará contacto con amigos, familiares, patronos, agencias de seguros, etc. para transmitir un mensaje. Se usarán intérpretes cuando sea necesario.

Referidos Legales

Federal Assist proveerá los nombres y números de teléfono de abogados o agencias de abogados cuando el viajero esté lejos de su ciudad de residencia (No es una recomendación).

Rastreo de Equipaje Perdido

Cuando el equipaje es extraviado o perdido por un transportista común, Federal Assist rastreará dicho equipaje y lo encontrará. Federal Assist también hará arreglos para que el equipaje sea entregado al hotel del viajero o a otro lugar que el viajero indique.

Reemplazo de Efectos personales

Si el equipaje fuera extraviado por más de 24 horas por un transportista común, Federal Assist ayudará con el reemplazo de efectos personales.

Adelanto de Efectivo de Emergencia

Federal Assist aconsejará sobre cómo obtener o enviar fondos de emergencia en cualquier parte del mundo. Federal Assist proveerá referidos a las más apropiadas instituciones bancarias, oficinas de servicios de viajero, cajeros automáticos u otros medios disponibles. En caso de una emergencia, Federal Assist asistirá al viajero proporcionándole adelantos en efectivo solamente si una garantía de reembolso ha sido asegurada de una fuente fidedigna. También podemos cargar el adelanto contra una de las principales tarjetas de crédito.

Asistencia de Traducción/Interpretación

En el caso de que un viajero internacional no pueda comunicarse con alguien debido a problemas de lenguaje, podrán contactar a Federal Assist para obtener asistencia. Federal Assist también hará arreglos para los servicios de un traductor calificado para reuniones o funciones sociales, según sea requerido.

Información sobre la Embajada o el Consulado

Federal Assist proveerá al viajero con información completa sobre como contactar la embajada o el consulado más cercano. Números de teléfono y direcciones pueden ser proporcionados.

Información Previa al Viaje

Federal Assist proveerá toda la información que necesite para obtener un pasaporte y/o una visa en cualquier lugar del mundo. Se proveerá información sobre todas las vacunas requeridas relativas al área del mundo que va a visitar el viajero así como cualquier otra información médica pertinente. Diariamente se proveen tasas de cambio para todas las monedas principales del mundo.

Servicio de Asistencia Personal Internacional

Se puede proveer información de viajero para más de 250 ciudades en todo el mundo. Los temas incluyen hoteles, restaurantes, lugares históricos, transportación, cosas para hacer con los niños, compras, teatro, etc.

Condiciones

La Persona Asegurada:

1. verificará todos los gastos incurridos por los cuales se hace un reclamo;
2. obtendrá cuentas detalladas de todos los servicios que fueron proporcionados;
3. proveerá prueba satisfactoria para MAPFRE Life de todos los gastos incurridos para los cuales se haga un reclamo y donde aplique, prueba satisfactoria de que los gastos fueron Médicamente Necesarios;
4. verificará la fecha originalmente planificada para el viaje no asegurado de regreso donde sea aplicable.

Exclusiones

Ninguna cantidad se pagará por cargos que directa o indirectamente resultaran de:

1. Aquellos causados intencionalmente por el titular de la póliza o el conductor.
2. Fenómenos naturales extraordinarios tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, tormentas ciclónicas atípicas, la caída de cuerpos astrales, aerolitos, etc.
3. Acciones que surjan del terrorismo, motines, o disturbios públicos.
4. Acciones o actos por las Fuerzas Armadas o Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.
5. Aquellos que surjan de energía nuclear radioactiva.
6. Aquellos que se produzcan cuando el titular de la póliza participe en retos o apuestas.
7. Cualquier servicio que el titular de la póliza haya contratado por su cuenta, sin informar o sin el consentimiento de la Compañía, excepto en casos de *fuerza mayor* o de necesidad urgente.
8. Gastos por asistencia médica obtenida en Puerto Rico.
9. Enfermedad o lesiones que surjan de condiciones crónicas o de aquellas que existían previamente al comienzo del viaje.
10. Muerte resultante de un suicidio y lesiones y efectos infligidos en su intento.
11. Muerte o lesiones causadas directa o indirectamente por acciones fraudulentas del titular de la póliza.
12. Asistencia por enfermedades o estados patológicos causados por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos, o medicamentos adquiridos sin una receta médica.
13. Prótesis, espejuelos, y los gastos de asistencia por embarazo, parto, o cualquier clase de enfermedad mental.

XVIII. HERRAMIENTAS

Información de contacto del plan en caso de preguntas	
Preguntas:	1.787.622.7780 1.800.981.3271 1.866.616.4947 (English)
Utilización – Solicitud de Pre-certificación	(Solicitudes de Pre-certificación enviar a MAPFRE's Medical Affair Department) Fax: 787.772.8476 / 787.772.8503 Email: oam@MAPFREpr.com
Reclamaciones	Correo: MAPFRE Life Insurance Company of Puerto Rico PO Box 70297 San Juan, PR 00936-8297 EDI: Payer ID 460012
Servicio al Cliente	Medassist (24 horas Emergencia del Viajero): Libre de Cargo: 1.866.285.7297 Cobrando: 1.305.913.1872 PAE: 1.888.628.7488 Visión: 1.888.655.6444 Viviendo bien con diabetes y MAPFRE: Puerto Rico: 1.787.783.9855 Islas Vírgenes: 1.877.782.7995

XIX. PROCESO DE QUERELLAS, APELACIONES Y RECLAMACIONES

Procedimientos de quejas y apelaciones

Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión que tomemos que niega el pago en su reclamación o su solicitud de cobertura de un servicio de atención médica o tratamiento.

Usted puede pedir más explicación cuando se le niega su reclamación o solicitud de cobertura de un servicio de atención médica o tratamiento o el servicio de atención médica o tratamiento que usted recibió no fue totalmente cubierto. Póngase en contacto con nosotros al:

- No entender la razón de la negación;
- No entender por qué el servicio de atención médica o tratamiento no fue totalmente cubiertos;
- No entender por qué se le negó una solicitud de cobertura de un servicio de atención médica o tratamiento;
- No se puede encontrar la disposición aplicable en los documentos de su Plan de Beneficios;
- Quiere una copia (de forma gratuita) de la directriz, criterios o fundamentos clínicos que utilizamos para tomar nuestra decisión; o
- estar en desacuerdo con la negación o la cantidad no cubierta y usted desea apelar.

Si su reclamación fue denegada debido a falta de información o incompleta, usted o su proveedor médico puede volver a presentar la reclamación a nosotros con la información necesaria para completar la reclamación.

Apelaciones internas: Todos las apelaciones por reclamaciones denegadas (o cualquier decisión que no cubramos los gastos que usted cree que deberían haber sido cubiertos) deben ser enviadas a: MAPFRE Life Insurance Company of Puerto Rico, Departamento de Reclamaciones, PO BOX 70297 San Juan PR 00936-8297 dentro de los 180 días de la fecha en que reciba nuestra negación. Vamos a ofrecer una revisión completa y justa de su reclamación por los individuos asociados con nosotros, pero que no estaban involucrados en la toma de la negación inicial de su reclamación. Usted nos puede proporcionar información adicional que se relaciona con su reclamación y usted puede solicitar copias de la información que tenemos que pertenece a sus reclamos. Le notificaremos de nuestra decisión por escrito dentro de los 60 días de haber recibido su apelación. Si usted no recibe nuestra decisión dentro de los 60 días de haber recibido su apelación, usted puede tener derecho a presentar una solicitud de revisión externa.

MAPFRE Life y usted pueden tener otras opciones para la resolución voluntarias de conflictos como la mediación y arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, póngase en contacto con el Comisionado de Seguros en Oficina del comisionado de Seguros o Oficina del Procurador del Paciente.

Para asistencia a la persona cubierta o el asegurado podrá ponerse en contacto con la Oficina del Comisionado del Seguro al (787) 304-8686 o en la siguiente dirección: B5 Calle Tabonuco,

Oficina 216 PBM 356 Guaynabo, PR 00968-3029 y la Oficina del Procurador del Paciente al 1215 Ave. Ponce de León, Parada 18 Santurce, PR, teléfono # (787) 977-0909.

Primer Nivel Revisión de Quejas Relacionadas a una determinación adversa: no más tarde de ciento ochenta (180) días siguientes al recibir la notificación de una determinación adversa, la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, puede presentar una queja con la organización de seguros de salud o aseguradora solicitando una revisión del primer nivel de la determinación adversa.

MAPFRE Life proporcionará a la persona asegurada o el asegurado, el nombre, dirección y número de teléfono de la persona u organización designada para coordinar la revisión de clase en nombre de MAPFRE Life.

Opiniones ordinarias de Quejas no relacionada a una determinación adversa: el asegurado o la persona asegurada o, si aplica, de su representante autorizado tienen derecho a presentar materiales escritos para la consideración de las personas designadas por MAPFRE Life para llevar a cabo una revisión ordinaria. MAPFRE Life informará los derechos de la persona cubierta o asegurado o, si aplica, su representante personal, dentro de los tres (3) días siguientes a la recepción de la queja.

MAPFRE notificará su determinación al asegurado o la persona cubierta o, si aplica, a su representante personal, a más tardar treinta (30) días calendario al recibir la queja.

Revisión Externa: Hemos negado su solicitud de la prestación o pago de un servicio de atención médica o tratamiento. Usted puede tener derecho a que nuestra decisión sea revisada por profesionales de la salud independientes que no tienen relación con nosotros si nuestra decisión implicó hacer un juicio en cuanto a la necesidad médica, idoneidad, establecimiento de atención de salud, el nivel de la atención o la eficacia del servicio de atención de la salud o tratamiento que solicitó mediante la presentación de una solicitud de revisión externa dentro de 4 meses después de recibida esta notificación. Para la revisión externa estándar, una decisión será tomada dentro de los 45 días de haber recibido su solicitud. Si usted tiene una condición médica que ponga en peligro su vida o su salud o ponga en peligro su capacidad de recuperar sus funciones al máximo si se retrasa el tratamiento, usted puede tener derecho a solicitar una revisión externa acelerada de nuestra negación. Si nuestra negación a proporcionar o pagar por el servicio de atención médica o curso de tratamiento se basa en la determinación de que el servicio o tratamiento es experimental o de investigación, usted también puede tener derecho a presentar una solicitud de revisión externa de nuestra negación. Para obtener más información, por favor revise su Plan de Beneficios de documentos, póngase en contacto con nosotros a:

Por favor, envíe su información a la dirección de abajo:

MAPFRE Life Insurance Company of Puerto Rico

Departamento de Reclamaciones

PO BOX 70297

San Juan PR 00936-8297

XX. NOTIFICACIONES IMPORTANTES

Notificaciones importantes en relación a Proveedores

Usted tiene completa libertad para seleccionar el proveedor de servicios de cuidado de la salud que usted prefiera. Los beneficios pagarán los cargos hechos por un Proveedor Participante o un Proveedor No Participante, por el tratamiento, los servicios y los suministros que usted reciba.

Un Proveedor Participante es un proveedor de servicios de la salud de Puerto Rico, como un Médico, hospital, laboratorio, etc. que haya suscrito un contrato de Organización de Proveedores Preferidos (OPP) con MAPFRE Life. Como resultado, estos proveedores han acordado proveerle los servicios a usted en base al sistema de honorarios por servicio. Su Patrono tiene una lista actualizada de Proveedores Participantes y asignará una tarjeta de identificación para usted. Si usted va a un Proveedor Participante, no tendrá que hacer ningún pago por el tratamiento, los servicios y los productos que reciba, excepto por cualquier deducible o cantidad de coaseguros que sean aplicables.

Un Proveedor No Participante es un proveedor de servicios de la salud de Puerto Rico, como un Médico, hospital, laboratorio, etc. que no se haya suscrito a un contrato de Organización de Proveedores Preferidos (OPP) con MAPFRE Life. Si usted va a un Proveedor No Participante, tendrá que pagarle a ese proveedor por el tratamiento, los servicios y los suministros que reciba. MAPFRE Life le reembolsará la cantidad que usted hubiera pagado si dicho tratamiento, servicios o productos hubieran sido suministrados por un proveedor participante, menos cualquier deducible o cantidad de coaseguros que sean aplicables y sujeto a las cantidades máximas indicadas en este Certificado.

Notificaciones importantes en relación Pago de Beneficios

Los beneficios se pagarán de acuerdo con los términos del Contrato Grupal en la fecha en que se reciban las reclamaciones. Usted es responsable por el pago de cualquier deducible y/o cantidad de coaseguros indicado en este Certificado. El pago por beneficios no excederá ninguna de las cantidades máximas indicadas en este Certificado.

Notificaciones importantes en relación Manejo de Caso

El manejo de caso es un programa diseñado para promover el cuidado de calidad en casos de enfermedades o lesiones catastróficas o crónicas en el ambiente más adecuado para dichas lesiones o enfermedades. Está disponible para usted y su(s) dependiente(s) asegurado(s) una vez que su Médico haya emitido un diagnóstico. La identificación y referido temprano a MAPFRE Life es esencial para el manejo efectivo del caso. Tanto usted como su Médico podrán referir un caso para revisión a MAPFRE Life sencillamente llamando al 787-250-5214 si se encuentra en el área metropolitana de la isla, o al 1-888-835-3634 si no está en el área metropolitana de la isla, entre las 8:30 A.M. y las 5:00 P.M. Toda pregunta o información que se reciba se mantendrá en confidencialidad. Una enfermera registrada coordinará, desarrollará e implementará un plan de cuidado apropiado con la ayuda de un Médico asesor. Usted y su Médico tomarán la decisión final sobre cualquier curso de tratamiento.

Notificaciones importantes en relación a Evaluación Concurrente y Retrospectiva

Todas las admisiones de Hospital estarán sujetas a evaluaciones concurrentes y retrospectivas con relación al tiempo de su estancia.

Si se realiza una evaluación concurrente, habrá comunicación entre su Médico y MAPFRE Life durante su hospitalización para determinar, en base a criterios médicos, el término más apropiado para su estancia.

Si se realiza una evaluación retrospectiva, los expedientes médicos son evaluados para determinar la necesidad médica de la admisión y el término apropiado de la estancia. Si el Hospital y los Médicos no llegan a un acuerdo, tienen cuarenta y cinco días inmediatamente después para revisar y apelar la decisión de MAPFRE Life.

Notificaciones importantes en relación a Extensión de Beneficios Médicos y Dentales

Las extensiones del seguro se proveen según se describe a continuación:

1. Si usted o su Dependiente tienen Incapacidad Total en la fecha en que termina el seguro según se describe a continuación, MAPFRE Life pagará los cargos elegibles incurridos durante el periodo de extensión que resulten únicamente a causa de la incapacidad.
 - Si el seguro bajo los beneficios indicados a continuación terminara debido a la terminación de su empleo, los periodos de extensión serán:

Hospital	3 meses
Cirugía	3 meses
Medico Mayor	12 meses
 - Si el seguro terminara debido a la cancelación de la Póliza, el beneficio o la clase asegurada, no aplicará ninguna extensión.

Todas las extensiones terminarán cuando ocurra el primero de los siguientes eventos:

- la fecha en que usted o su Dependiente deje de tener Incapacidad Total; o
 - la fecha en que usted o su Dependiente obtengan derecho a beneficios bajo otro contrato grupal o bajo un programa de Medicare.
2. Si termina el seguro para Beneficios Dentales, cualquier procedimiento elegible que haya comenzado antes de la fecha de terminación debe ser completado dentro de 31 días luego de la fecha de terminación para que el cargo sea pagadero.

Para los propósitos de esta Extensión de Beneficios Médicos y Dental, Incapacidad Total, Totalmente Incapacitado, significa:

Un estado de incapacidad debido a enfermedad o lesiones corporales accidentales que requieran la regular y personal atención de un Médico y que no le permitan a usted o a su Dependiente desempeñar o participar en los deberes y las ocupaciones normales y acostumbradas suyas o de su Dependiente, sea o no por salario o lucro, o de las actividades suyas o de su Dependiente, sean caseras o no, que se puedan considerar razonablemente como normales para una persona de la misma edad y sexo.

Notificaciones Importantes en relación a su Cubierta de Farmacia

Medicamentos nuevos en el mercado su confirmación de cubierta está sujeta a evaluación y recomendación de costo efectividad del Departamento de Farmacia.

Listado de medicamentos excluidos:

- Preparaciones de Adenosina
- Esteroides Anabólicos
- Abortivos (ej.: Mifeprex®)
- Agentes de Inmunización (e.j. inmuno globulina, Anti Rho (D) inmuno globulina), alérgenos, plasma sanguíneo, suero en sangre y sustancias relacionadas.
- Vacunas para individuos mayores de 19 años.
- Medicamentos para tratamiento anti obesidad
- Toxina del Botulismo (ej.) Botox®)
- Agentes anti arrugas (ej. Renova®)
- Drogas para el tratamiento de alcoholismo, específicamente: Antabuse® (ej.: disulfiram), acamprosate (ej.: Campral®)
- Drogas para tratar la dependencia química a medicamentos, específicamente: Metadona, Drogas psicoactivas (naloxone, nalmefene, naltrexone, flumazenil)
- Agentes de Diagnósticos (ej.: Telepaque®, Bilopaque®, Hypaque®)
- Evacuantes para pruebas de Rayos X (ej.: Colyte®)
- Agentes Esclerosantes
- Oxazolidinone, como linezolid (ej.: Zyvox®) y Tedizolid (ej: Sivextro).
- Drogas para tratar Desórdenes de Déficit de Atención ADD/ Narcolepsia para individuos mayores 19 años o más – incluyendo anfetaminas, sales de anfetaminas, ej.: Adderall®, Adderall XR®
- Drogas para tratamiento de Myasthenia Gravis, específicamente: pyridostigmine, neostigmine
- Inhibidores de Proteasa, específicamente: atazanavir (ej.: Reyataz®), Saquinavir (ej.; Invirase®) (ej.: Crixivan®), ritonavir (ej.: Norvir®), amprenavir/vitamina e (eg.: Agenerase®), fosamprenavir (ej.: Lexiva®), nelfinavir (ej.: Viracept®)
- Champú y preparaciones anti caspa
- Drogas para tratar disfunción eréctil (ej.: yohimbine, slidenafil, vardenafil, taladafil)
- Agentes para deficiencia enzimática (ej.: Cerazyme®)
- Medicamentos para tratar infertilidad independientemente de la intención de utilización
- Suplementos de Fluoruro
- Hormonas de crecimiento no importa la intención de utilización
- Removedor de crecimiento del vello (ej.: Vaniqa®)
- Estimulantes de crecimiento cabello
- Hematinicos; excepto: ácido fólico que está cubierto
- Drogas que no tengan leyenda federal a excepción de la insulina
- Suplementos Nutricionales
- Suplementos de Potasio
- Agentes para pigmentación o depigmentación de la piel
- Antagonistas & Antídotos específicos
- Escabicidas y Pediculicidas
- Tratamientos para dejar de fumar
- Tretinoin (ej.: Retin-A®) and isotretinoin (ej.: Accutane®) para individuos mayores de 22 años

- Accesorios o dispositivos terapéuticos (incluyendo agujas y jeringuillas) excepto que estén incluido en listado de productos cubiertos
- Vitaminas y minerales; excepto: Vitaminas Pre-natales, las cuales están cubiertas
- Cualquier droga no incluida en la sección de cubierta como cubierta

Medicamentos que requieren pre-certificación, los siguientes medicamentos o categoría de medicamentos:

- Agentes Antineoplásicos e Inmunosupresores (ej.: Zoladex®) (inyectable & oral),
- Anticuerpos monoclonales, ej: Synagis®
- Drogas Bio tecnológicas (según listado de medicamentos de MAPFRE)
- Butorphanol (ej.: Stadol®)
- Nalbuphine (ej.: Nubain®)
- Drogas para el tratamiento de Esclerosis Amiotrofica o Esclerosis Múltiple,(ej.: Rilutek®), glatiramer (ej.: Copaxone®), interferon (ej.: Betaseron®), Avonex®)
- Antiartríticos, específicamente ej Tumor Necrosis Factor Inhibitor: etanercept (ej.: Enbrel®), adalimumab (ej.: Humira®)
- Drogas para tratar Fibrosis Cística, específicamente: domase alpha solución para inhalación. (ej.: Pulmozyme®), tobramycin solución para inhalación (ej. Tobii®)
- Hormonas antidiuréticas
- Antieméticos (anti náusea), específicamente: dolasetron (ej.: Anzemet®), granisetron (ej.: Kytril®), ondansetron
- Agentes antimalaria ,
- Células sanguíneas recombinantes e.g. Epogen®, Procrit®, Neupogen®
- Tratamiento de Hepatitis B & C , ej: adefovir, lamivudine (e.g. Epivir HBV®), interferon, ribavirin/interferon
- Antirreumáticos (oral), ej.: azathioprine
- Tratamiento de Osteoporosis (inyectables específicamente calcitonin-salmon ej.: Calcimar®, Miacalcin®) y teriparatide (ej.: Forteo®)
- Drogas para tratar narcolepsia específicamente: modafinil (ej.: Provigil®)
- Agentes Antifungales, ej.: Sporanox®
- Drogas para tratar hemofilia y la condición Von Willebrand y otros desordenes sanguíneos relacionados, específicamente factores anti hemofílicos.)

Notificaciones Importantes en relación a su Cubierta de Dental

Los cargos elegibles incurridos en Puerto Rico serán pagados de acuerdo con la actual escala de tarifas OPP de MAPFRE Life.

Si usted o su(s) Dependiente(s) incurren en cargos por cuidado o servicios dentales de un Dentista, higienista, o técnico dental Licenciado, MAPFRE Life pagará los beneficios sujeto a todas las disposiciones del Contrato Grupal. Dichos cuidados o servicios deben estar dentro del ámbito de la licencia del Dentista, higienista, o técnico dental.

Se considera que se incurre en un cargo por cuidados o servicios dentales en la fecha en que se realiza el procedimiento dental en usted o su Dependiente.

Sin embargo, si dos o más citas son requeridas para completar un procedimiento dental, entonces se considera que se incurre en los cargos por dicho procedimiento en el primer día en que comienza dicho tratamiento.

La cantidad de beneficio a pagar por cualquier cargo será:

1. limitado por cualquier cantidad máxima o limitación aplicable a ese cargo específico;
2. reducido por cualquier Cantidad Deducible; y
3. multiplicado por la Cantidad de Coaseguro; según se indica en la descripción de la cubierta;

La cantidad total a pagar por MAPFRE Life por todos los cargos incurridos por usted o su(s) Dependiente(s) no excederá la Cantidad Máxima por Año Calendario indicada en la descripción de la cubierta.

Predeterminación de Beneficios

Antes del comienzo de cualquier curso de tratamiento que pudiera costar más de \$200.00, se le debe proveer a MAPFRE Life un plan de tratamiento. Dicho plan incluirá el diagnóstico del Dentista, los detalles del curso de tratamiento propuesto y el costo esperado. Si MAPFRE Life requiere otros materiales, tales como radiografías, modelos, cartas o reportes escritos, dichos materiales deben ser proporcionados por o de parte de usted o su Dependiente. MAPFRE Life tiene el derecho, y asume el costo, de requerir un examen por un Dentista específico o puede consultar una asociación de colegas dentistas antes de estimar los beneficios. Entonces, MAPFRE Life le informará a usted y al Dentista sobre los beneficios que son pagaderos bajo el Contrato Grupal.

MAPFRE Life podría proveer un estimado para planes de tratamiento alternos que producirían el mismo resultado. Si usted escoge el tratamiento más caro, usted será responsable por cualquier costo que exceda la cantidad que MAPFRE Life ha determinado que es pagadera. No se considerará ningún tratamiento que sea innecesario o inapropiado para el pago de beneficios. Si no se le provee un plan de tratamiento a MAPFRE Life, cualquier beneficio a pagar será pagado como si se hubiera provisto el plan, excepto que no se pagará ningún beneficio por ningún tratamiento que MAPFRE Life no hubiera aprobado si el plan de tratamiento se hubiera provisto.

Extensión de los Beneficios

Este Beneficio Dental pagará por cargos incurridos dentro de los 31 días de la terminación del seguro para cualquier procedimiento dental que haya comenzado antes de la fecha de terminación y que sea completado dentro del periodo de 31 días.

Notificaciones Importantes en relación a su Cubierta de Visión

Si usted o su Dependiente(s) incurre(n) en cargos por servicios o suministros que son brindados u ordenados por un optometrista u oftalmólogo calificado, MAPFRE Life pagará tal cantidad hasta la Cantidad Máxima indicada en este Certificado.

DERECHOS ERISA

Como Empleado, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la ley **ERISA de 1974, Employee Retirement Income Security Act of 1974** (Decreto de los Ingresos del Empleado para la Seguridad en el Retiro).

Si su reclamación de beneficios bajo el Contrato Grupal se le niega totalmente o en parte, debe recibir una explicación por escrito que aclare la razón de la negación. Usted tiene el derecho de hacer que la decisión se examine y se reconsidere.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el Contrato Grupal, debe ponerse en contacto con su Patrono o el Administrador del Contrato Grupal. Si tiene alguna pregunta sobre los procedimientos o sobre sus derechos bajo ERISA, debe ponerse en contacto con la oficina de Área más cercana de la Administración de Servicios Obrero Patronal, del Departamento del Trabajo.

XXI. DEFINICIONES

Accidente: Una ocurrencia debida a causas externas, violentas, repentinas, fortuitas, fuera del control de la persona asegurada, que debe ocurrir mientras el seguro de la persona está en vigor bajo el contrato grupal.

Administración: La Administración de Seguros de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Administrador del Plan: La persona o firma responsable por la administración del contrato grupal.

Alojamiento y Comida: alojamiento y comida, enfermera de turno, y cualquier otro cuidado, servicio o suministro que se provea regularmente para el tipo de unidad que se ocupa.

Año Calendario: Período de 12 meses comenzando el 1ro de enero de cualquier año y terminando el 31 de diciembre de ese mismo año.

Asegurado o Suscriptor: El (la) empleado(a) que se acoge a un plan de beneficios de salud

Beneficiario: La(s) persona(s) designada(s) por una persona asegurada para recibir el beneficio pagadero en el evento de su muerte.

Beneficio Máximo: La cantidad máxima que una persona asegurada puede recibir por un beneficio provisto por el contrato grupal.

Beneficio por Muerte: La cantidad de seguro pagada a un beneficiario en el momento de la muerte de una persona asegurada.

Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento: Pago global por pérdida de vida de un empleado asegurado, de la vista o de extremidades, como causa directa de un accidente.

Cargos Razonables y Acostumbrados: Gastos por el cuidado, servicios, suministros o materiales usualmente cobrados por casos de la naturaleza y severidad del caso siendo tratado y que están de acuerdo con los honorarios y precios normales como sean determinados por MAPFRE Life.

Cirugía Bariátrica: procedimiento quirúrgico para controlar la obesidad, que puede ser realizado mediante cuatro técnicas: bypass gástrico, banda ajustable, balón intragástrico o gastrectomía en manga. La cirugía de balón intragástrico no está cubierta.

Certificado: Documento de seguro distribuido a los empleados por el patrono, el cual describe los beneficios ofrecidos por el patrono y las condiciones de pago de aquellos beneficios.

Cohabitación - Acción de habitar juntamente con otra persona en las circunstancias que se describen en la definición de personas cohabitantes.

Colegio Reconocido o Universidad: Un colegio, universidad o institución vocacional inscrita como acreditada en la publicación actual de instituciones acreditadas de educación superior emitida por la comisión acreditadora regional de educación superior.

Contrato Grupal: La Póliza de Seguro Grupal número ASES – UNIFORME ORO establecida a nombre del Tenedor de póliza por MAPFRE Life.

Conviviente: Una persona del sexo opuesto con quién el empleado ha estado conviviendo por un período mínimo de 0 meses consecutivos. Dicho modo de vida debe ser reconocido como una relación conyugal en la comunidad donde la pareja reside.

Costo para habitación semiprivada: La tarifa diaria cobrada por un hospital por las habitaciones semiprivadas más usuales.

Cubierta: Los beneficios y la cantidad de seguro bajo aquellos beneficios por los cuales el empleado está asegurado

Dependiente:

1. Cónyuge o Conviviente Legal del Empleado Asegurado;
2. Cada hijo(a) de un Empleado Asegurado, incluyendo:
 - a) hijo/a natural, hijo/a adoptado(a) legalmente, hijo/a del cónyuge, hijo/a hijastro/a o de crianza, y siempre que dicho hijo/a sea
 - b) menor de 26 años de edad, o

El alcanzar cualquier edad límite indicada arriba no discontinuará el seguro de un hijo Dependiente asegurado que es incapaz de mantenerse independientemente debido a una incapacidad mental o física si el Empleado presenta prueba, satisfactoria a MAPFRE Life, de la continua incapacidad y dependencia de dicho hijo dentro de los 31 días de alcanzar la edad límite; y según sea requerido de ahí en adelante.

Determinación Adversa de Beneficios: Una negación; reducción; terminación de; o el no proporcionar o hacer el pago (en su totalidad o en parte) por un servicio, suministro o prestación.

Elegibilidad: Las condiciones del contrato grupal que establecen requisitos que deben ser satisfechos por la(s) persona(s) asegurada(s) para que la cubierta de seguro entre en vigor.

Empleado: Una persona que:

1. trabaja regularmente un mínimo de 30 horas a la semana a tiempo completo para un patrono;
2. recibe un salario regular;
3. y que reside en Puerto Rico.

Evidencia de Asegurabilidad: Prueba satisfactoria a MAPFRE Life de que un empleado es un riesgo aceptable bajo el contrato grupal.

Facilidad de Tratamiento Prolongado: Una institución que

- a. califica para participar y es elegible para recibir pagos bajo y de acuerdo con las cláusulas del programa Medicare de los Estados Unidos;
- b. no es un hospital o parte de un hospital;
- c. y que no es, sino que incidentalmente, un hogar para ancianos, un hogar CUIDADOSAMENTE domiciliarios, o cualquiera otra institución para la cual reconocimiento es requerido por la ley del estado.

Fecha de Efectividad: La fecha en la cual la cubierta de seguro entra en vigor. Puede referirse a un plan grupal, a un beneficio o a un asegurado.

Hospital: Una institución debidamente acreditada como hospital por la comisión conjunta de acreditación de hospitales y licenciada como tal por el estado, y que

1. está equipada con facilidades para diagnóstico, tratamiento de enfermedades y lesiones, y para cirugía, excepto que las facilidades quirúrgicas no son requeridas si el tratamiento o servicios médicos son dispensados respecto a una enfermedad mental o nerviosa; y que
2. emplea enfermeros/as graduados/as que estén presentes, de servicio o de guardia 24 horas por día;
3. y que no es, sino incidentalmente, una clínica de reposo, un hogar para ancianos, un hogar CUIDADOSAMENTE domiciliarios, o cualquiera otra institución para la cual reconocimiento es requerido por la ley del estado.

Hospital No Participante: un Hospital que no participa en el contrato OPP con MAPFRE Life.

Hospital Participante: un Hospital que participa en el contrato OPP con MAPFRE Life.

Incapacidad Total: La incapacidad de un empleado, debido a una enfermedad o lesión corporal accidental, que evita al empleado el desempeñar cualquier ocupación o profesión lucrativa para la cual está o estará adaptado por razón de su educación, adiestramiento y experiencia.

Lesión Corporal Accidental: Lesión corporal sufrida como resultado de un accidente.

Medicamentos de marca no preferidos: "Medicamentos de marca no preferidos son las drogas en nuestra lista de medicamentos que tienen un costo más alto que los medicamentos de marca preferidos y que tienen un copago/coaseguro más alto". Por favor, consulte la guía de recetas adjunta a esta póliza.

Médico: Un doctor en medicina debidamente licenciado y cualquier otro practicante que MAPFRE Life debe reconocer bajo esta póliza de acuerdo con la autoridad estatal de seguros, siempre que el practicante esté debidamente licenciado para prescribir y administrar tratamiento médico, y para practicar cirugía dentro del límite de su licencia.

Obesidad Mórbida: es el exceso de grasa en el cuerpo, según determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35.

OPP: La Organización Preferida de Proveedores que mantiene contrato con MAPFRE Life para proveer servicios a base de pago por servicio

Otros Servicios Hospitalarios: La asignación provista en los planes grupales para cubrir tratamientos, servicios y/o suministros hospitalarios o de dispensario que no sean habitación y dieta

Patrono: El tenedor de la póliza mencionado en la primera página del contrato grupal. Las siguientes compañías asociadas, afiliadas o subsidiarias también serán consideradas como el patrono para los efectos del contrato grupal. Oficina Servicios Legislativos Comisión Especial Conjunta – Donativos Especiales

Persona Asegurada: Un empleado asegurado, o un dependiente elegible de un empleado que está asegurado bajo el contrato grupal.

Personas Cohabitanes: Dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, que no están relacionadas por lazos familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, (1) año, que cohabitan en una residencia común sin estar casadas entre sí y que tienen la intención de continuar con la situación cohabitacional indefinidamente

Profesional de la Salud: significa un médico u otro profesional en el campo de la salud con licencia, acreditada o certificada por las entidades apropiadas para proporcionar ciertos servicios de atención de la salud de conformidad con las leyes y regulaciones estatales.

Proveedor Participante: Aquel proveedor de servicios médicos que mantiene contrato con MAPFRE Life. Si usted va a un proveedor participante, usted asignará el pago de los beneficios del contrato grupal directamente a éste y usted solamente será responsable por el pago del deducible o coaseguro no pagados por el contrato grupal.

Proveedor No Participante: Aquel proveedor de servicios médicos que no mantiene contrato con MAPFRE Life. Si usted va a un proveedor no participante, usted será responsable del pago total de los servicios rendidos. Luego, los beneficios serán reembolsados a usted al someter una reclamación. Se le reembolsará a base de la cantidad que se hubiese pagado a un proveedor participante, sujeto a cualquier cantidad máxima que aparece en este Certificado.

Prueba de Pérdida: Aquellos documentos, como formas de reclamación, facturas, diagnóstico médico y cualquiera otra información requerida por MAPFRE Life, para validar una reclamación de una persona asegurada por beneficios bajo el contrato grupal. Ningún beneficio es pagadero sin "prueba de pérdida".

Relevo de Primas: Provisión del contrato grupal, que bajo ciertas condiciones, deja en vigor el seguro de vida de una persona asegurada sin pago de primas. Usualmente se ofrece en el evento de incapacidad.

Salario: El salario regular recibido por un empleado asegurado del patrono, excluyendo cualesquier comisiones, bonos, o pagos por sobretiempo.

Seguro de Salud: Todas las cubiertas grupales excepto el seguro de vida.

Servicio Adicional: el cuidado, servicios o suministros que se proveen en conexión con:

- a. Su estancia en un Hospital o en una Facilidad de Tratamiento Prolongado;
- b. servicios para pacientes ambulatorios en:
- c. un Hospital;
- d. una facilidad de cirugía independiente;
- e. un centro de cirugía ambulatoria; o
- f. cualquier otra institución según requerido por ley;
- g. salas de operaciones, de recuperación y maternidad, sala de aislamiento;
- h. los medicamentos recetados por el medico durante la hospitalización, que se incluyen en el contrato;
- i. oxígeno y su administración;
- j. suministros desechables;
- k. dietas regulares y especiales;
- l. servicio de enfermería regular en hospital.

Sicólogos: significa profesionales capacitados a través de o doctorado de maestría en psicología con formación y experiencia para proporcionar servicios de salud y debidamente autorizado por la Junta Examinadora de Sicólogos de Puerto Rico. Los servicios de salud en la psicología, pueden incluir, pero no limitarse a: la prevención, la descripción del comportamiento o el diagnóstico, evaluación psicológica, intervención terapéutica con problemas psicológicos de diversos niveles de gravedad y consultoría en relación con el funcionamiento intelectual, emocional, conductual, interpersonal, familiar, social y los individuos y los grupos ocupacionales.

Trabajo Activo / Activamente en el trabajo: Un empleado que

- a) está actualmente desempeñando sus obligaciones normales en el transcurso de un día regular de trabajo, o
- b) es capaz de desempeñar sus obligaciones normales pero que no está en el trabajo debido a vacaciones, día feriado público, o porque no es un día regular de trabajo,

en el lugar normal de negocios o en otra localidad donde el negocio de su patrono requiere su presencia.