

FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN / CAMBIO GRUPAL

FAVOR COMPLETE LA SOLICITUD CON TINTA NEGRA EN LETRA DE MOLDE. EL DOCUMENTO DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD PARA PODER SER PROCESADO, INCLUYENDO EL ESPACIO PARA EL SEGURO SOCIAL.

ACCIÓN A REALIZAR: <input type="checkbox"/> No deseo participar en el Plan de Salud ofrecido por la compañía <input type="checkbox"/> Nueva Inscripción <input type="checkbox"/> Suscripción Tardía <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Reinstalación <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Terminación										
COMPLETE SEGUN LA SELECCIÓN DE SU PATRONO:										
Nombre del producto:					Nombre del metal:					
Tipo de Beneficio (Grupos PYMES 2-50):					Tipo de Beneficio (Grupos 51+):					
<input type="checkbox"/> Global Essential: Médico, Farmacia, Dental 100, Visión, Seguro de Vida					<input type="checkbox"/> MCS Global (incluye seguro de vida) _____ <input type="checkbox"/> MCS Ideal <input type="checkbox"/> MCS Association - Individual <input type="checkbox"/> MCS Association - Grupal					
<input type="checkbox"/> Global Premium: Médico, Farmacia, Dental 100, Visión, Seguro de Vida					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión					
<input type="checkbox"/> Global Elite: Médico, Farmacia, Dental 200, Visión, Seguro de Vida										
Cubiertas Opcionales: <input type="checkbox"/> Dental 300 (única opción dental para Global Essential) <input type="checkbox"/> Dental 400 <input type="checkbox"/> Cannabis Medicinal (solo para grupos de 51+)					Para uso oficial de MCS: Núm. de Paquete de Beneficio asignado _____					
Seleccione si prefiere otro idioma, que no sea español: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____ / Seleccione si desea formato: Braille <input type="checkbox"/> Sí Electrónico <input type="checkbox"/> Sí										
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL										
Núm. Seguro Social o Núm. Contrato (Requerido)		Apellidos del Asegurado o Empleado			Nombre del Asegurado o Empleado			Inicial	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Núm. de Grupo
Dirección Postal del Empleado: Urb. # Calle, Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal			Tel. Residencia		Tel. Trabajo	Tel. Celular	Fecha de Nacimiento Mes ____ / Día ____ / Año ____		Núm. de División	
Correo Electrónico (E-mail)			Núm. de Medicare (MBI) -Requerido si está elegible en Medicare			Nombre del Patrono			Fecha de Empleo Mes ____ / Día ____ / Año ____	
<input type="checkbox"/> Retirado Mes ____ / Día ____ / Año ____		Uso de tabaco*		Selección de Cubierta:			Fecha de Efectividad			
<input type="checkbox"/> Incapacitado Mes ____ / Día ____ / Año ____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Pareja			Mes ____ / Día ____ / Año ____			
<input type="checkbox"/> COBRA Mes ____ / Día ____ / Año ____										
Tipo de Cambio:		¿Está usted asegurado por otro plan de salud?		Nombre de la aseguradora que provee el otro plan		Núm. de póliza		Fecha de efectividad del otro plan Mes ____ / Día ____ / Año ____		Tipo de beneficio del otro plan <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE MATERIALES POR CORREO ELECTRÓNICO Y RECIBO DE MENSAJES DE TEXTO										
Al proveer en este formulario de suscripción su dirección de correo electrónico o número de celular y/o el de sus dependientes (mayores de 21 años), usted autoriza expresamente a MCS Life o sus afiliadas, por sí o por conducto de un tercero, para el envío y recibo voluntario de material de mercadeo, educativo, póliza, avisos y documentos, excepto conforme se dispone en el Art. 14.140(C)(1)(2) del Código de Seguros de Salud, a la dirección(es) o teléfono(s) provisto(s), inclusive mediante mensaje de texto (SMS o MMS). Mediante este consentimiento, usted reconoce que MCS Life ni sus afiliadas no imponen cargos por estos servicios. No obstante, ciertos cargos por el recibo y envío de correos electrónicos y/o mensajes de texto pueden ser aplicables de acuerdo al contrato con su proveedor de servicio de telefonía o data móvil. Para más información sobre los cargos aplicables deberá comunicarse con su proveedor de servicios. Este consentimiento se entenderá continuo e ininterrumpido y la efectividad de su póliza no depende de este. MCS Life no cancelará, negará a emitir o renovar una póliza debido a que se niegue al consentimiento de entrega electrónica. Para recibir información electrónicamente, es necesario tener acceso al equipo tecnológico donde pueda acceder a un correo electrónico con los programas básicos. Cuando sea necesario, MCS Life le notificará cualquier cambio en las especificaciones del equipo o aplicación que sea necesario para acceder, retener los documentos o información electrónica que remita. Deberá comunicarse a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente para cualquiera de las siguientes circunstancias: no desea recibir o continuar recibiendo comunicaciones mediante correo electrónico y/o mensaje de texto, solicitar recibir una copia impresa de la póliza, avisos y documentos libre de costos por correo postal al 787-281-2800 área metro o al 1.888.758.1616 o visitar alguno de nuestros Centros de Servicios para solicitar una copia impresa de los documentos antes mencionados libre de costos, actualizar los datos relacionados a su método de preferencia para el envío de información y/o seguir las instrucciones específicas incluidas en cada comunicación. Usted podrá recibir otros documentos, incluyendo el Aviso de Prácticas de Privacidad y una notificación trimestral sobre la disponibilidad del informe Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) en la página de Internet de MCS Life en la dirección mcs.com.pr. Sólo el asegurado principal podrá acceder el EOB de los dependientes menores de 21 años.										

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES ELEGIBLES QUE DESEA INCLUIR BAJO SU PLAN

Incluya: Cónyuge legal, hijos(as) hasta que alcancen la edad de veintiseis (26) años, hijos naturales, hijos de crianza, hijos adoptivos, hijos por adjudicación de custodia de un tribunal e hijastros, menores cuya custodia, patria potestad o tutela haya sido concedida o adjudicada a los abuelos u otros familiares que sean asegurados principales de esta póliza, cualquier hijo mayor de veintiseis (26) años que padezca de incapacidad física o mental y que no tenga los beneficios de Medicare (Parte A, B o ambas). Además, puede incluir parejas consensuales y/o parejas consensuales del mismo sexo si es autorizado por el patrono.

Código Participante	Apellidos / Nombre / Inicial	Uso de tabaco*	Sexo F / M	Fecha de nacimiento Mes / Día / Año	Edad	Parentesco descripción	Núm. Seguro Social (Requerido) o Núm. Contrato	¿Está su dependiente asegurado por otro plan?	Nombre de la aseguradora que provee el otro plan	Fecha de efectividad del otro plan Mes / Día / Año	Número de póliza	Tipo de cubierta del otro plan	Tipo de beneficio del otro plan	Incapacitado (Sí / No)
		[] Sí [] No						[] Sí [] No				[] Individual [] Pareja [] Familiar	[] Médico [] Dental [] Farmacia [] Visión	
Correo electrónico**														
Teléfono Celular**														
		[] Sí [] No						[] Sí [] No				[] Individual [] Pareja [] Familiar	[] Médico [] Dental [] Farmacia [] Visión	
Correo electrónico**														
Teléfono Celular**														
		[] Sí [] No						[] Sí [] No				[] Individual [] Pareja [] Familiar	[] Médico [] Dental [] Farmacia [] Visión	
Correo electrónico**														
Teléfono Celular**														
		[] Sí [] No						[] Sí [] No				[] Individual [] Pareja [] Familiar	[] Médico [] Dental [] Farmacia [] Visión	
Correo electrónico**														
Teléfono Celular**														
		[] Sí [] No						[] Sí [] No				[] Individual [] Pareja [] Familiar	[] Médico [] Dental [] Farmacia [] Visión	
Correo electrónico**														
Teléfono Celular**														
		[] Sí [] No						[] Sí [] No				[] Individual [] Pareja [] Familiar	[] Médico [] Dental [] Farmacia [] Visión	
Correo electrónico**														
Teléfono Celular**														

* Uso de tabaco - significa el uso de tabaco un promedio de cuatro o más veces a la semana dentro de un período de no más de seis meses. Incluye productos de tabaco, exceptuando el uso de tabaco para fines religiosos o ceremoniales. Además el uso de tabaco, se define en función de la última vez en que se usó el producto de tabaco. ** Complete, si es mayor de 21 años.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si su cónyuge o pareja y/o dependientes tienen otro plan de salud, indique si es empleado activo o retirado	Si su cónyuge o pareja y/o dependientes son retirados, indique fecha de retiro	¿Tiene usted y/o alguno de sus dependientes Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? <i>(Nota: Esta información será utilizada solo para coordinar beneficios con Medicare.)</i>
Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Fecha de retiro Mes ____ / Día ____ / Año ____	<input type="checkbox"/> Usted Desde: Mes ____ / Día ____ / Año ____
Dependiente <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Fecha de retiro Mes ____ / Día ____ / Año ____	<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja Desde: Mes ____ / Día ____ / Año ____
Dependiente <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Fecha de retiro Mes ____ / Día ____ / Año ____	<input type="checkbox"/> Dependiente Desde: Mes ____ / Día ____ / Año ____
Dependiente <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Fecha de retiro Mes ____ / Día ____ / Año ____	<input type="checkbox"/> Dependiente Desde: Mes ____ / Día ____ / Año ____
Dependiente <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Fecha de retiro Mes ____ / Día ____ / Año ____	<input type="checkbox"/> Dependiente Desde: Mes ____ / Día ____ / Año ____

¿Está usted o alguno de sus dependientes cubierto por Medicare?	Fecha de Efectividad (Mes / Día / Año):	Núm. de Medicare (MBI) -Requerido si está elegible en Medicare
<input type="checkbox"/> Usted	Parte A ____ / ____ / ____ Parte B ____ / ____ / ____ Parte D ____ / ____ / ____	Usted _____
<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja	Parte A ____ / ____ / ____ Parte B ____ / ____ / ____ Parte D ____ / ____ / ____	Cónyuge o pareja _____
<input type="checkbox"/> Dependiente	Parte A ____ / ____ / ____ Parte B ____ / ____ / ____ Parte D ____ / ____ / ____	Dependiente _____
<input type="checkbox"/> Dependiente	Parte A ____ / ____ / ____ Parte B ____ / ____ / ____ Parte D ____ / ____ / ____	Dependiente _____
<input type="checkbox"/> Dependiente	Parte A ____ / ____ / ____ Parte B ____ / ____ / ____ Parte D ____ / ____ / ____	Dependiente _____
<input type="checkbox"/> Dependiente	Parte A ____ / ____ / ____ Parte B ____ / ____ / ____ Parte D ____ / ____ / ____	Dependiente _____

SEGURO DE VIDA, MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Escriba el nombre y beneficio % correspondiente a las personas que usted designa como beneficiarios para el seguro de vida. Su patrono recibe y mantiene copia de esta información provista para la designación de beneficiarios de su seguro, en caso que exista una reclamación del mismo. El seguro de vida estará disponible para asegurado principal mayor de 18 años y menor de 65 años.

	Beneficiarios Principales	Parentesco	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Beneficio	Beneficiarios Contingentes	Parentesco	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Beneficio

Notas: 1. Un asegurado puede nombrar a uno (1) o más beneficiarios para recibir la cantidad pagadera a su muerte. El nombramiento o cambio de beneficiario debe ser: por escrito, firmado por el asegurado y registrado en MCS Life Insurance Company.
2. Si es un asegurado activo y proveyó previamente la información necesaria para su inscripción en cubierta médica, usted podrá completar únicamente esta sección para designar los beneficiarios principales del Seguro de Vida.

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Certifico que leí o me fue leída la información solicitada en este formulario, y que la información provista por mí es cierta y correcta. Autorizo a cualquier médico, hospital u otra instalación de servicios médicos, compañía de seguro u otra institución a proveer la información que MCS requiera.

Firma del Empleado	Fecha	Firma del Patrono	Fecha
--------------------	-------	-------------------	-------

DISPOSICIONES DEL PLAN DE SALUD

- Autorizo el pago de cualquiera y todos los beneficios pagaderos bajo la póliza a cualquier proveedor de servicios de salud autorizado que preste tratamiento para mí y mis dependientes.
- USOS Y DIVULGACIONES AUTORIZADAS POR LEY DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD:** MCS Life Insurance Company tiene el deber y el compromiso de mantener la privacidad y confidencialidad de su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). MCS Life Insurance Company como administrador del Plan puede divulgar PHI sin autorización del asegurado para llevar a cabo funciones relacionadas con su tratamiento, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud. Para más detalles sobre ley HIPAA y las practicas de privacidad acceda mcs.com.pr, seleccionar HIPAA, Avisos de Prácticas de Privacidad.
- AVISO DE FRAUDE:** De acuerdo con las disposiciones de la Ley Num. 230 del 9 de agosto del 2008, dispone lo siguiente: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.
- Certifico que recibí orientación sobre los beneficios bajo todas las alternativas de Plan de Salud ofrecidas por mi patrono.

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

Este formulario, una vez completado, contiene información privilegiada y confidencial por lo que la información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Si usted recibe la misma por equivocación o error, no está autorizado a revisar, divulgar, diseminar, distribuir o fotocopiar la misma. Si recibió esta información por error favor de notificar inmediatamente al 787.758.2500 para hacer los arreglos de devolución o destrucción de los documentos.

AVISO SOBRE CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y RELEVO ESCRITO DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____ con número de identificación _____, cumpliré con las obligaciones establecidas en el Artículo 16 de la Ley 194 de 25 de agosto de 2000, la cual lee de la siguiente manera:

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

Si tiene alguna duda o necesita orientación sobre sus derechos o responsabilidades favor de comunicarse con la Oficina del Procurador de la Salud al 787.977.0909 o con el Comisionado de Seguros al 787.304.8686 para pedir ayuda en cualquier momento. Por este medio relevo a MCS Life Insurance Company de cualquier responsabilidad que pueda surgir de mi incumplimiento con lo dispuesto en este documento y en el Artículo 16 de la Ley 194 de 25 de agosto de 2000.

Recibí un resumen adecuado y razonable de la Carta de Derecho y Responsabilidad del Paciente.

Nombre del Representante Autorizado: _____	Firma del Representante Autorizado: _____
Código del Representante Autorizado: _____	Firma del asegurado principal: _____
Nombre del Asegurado Principal: _____	Fecha: _____

DERECHOS DEL ASEGURADO

- Recibir servicios de salud de alta calidad.
- Ser tratado con respeto y reconocer su derecho a la dignidad y privacidad.
- Recibir información de su médico, así como participar en todas las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, incluyendo rechazar tratamiento médico.
- Recibir de parte de su médico toda la información sobre su condición, opciones de tratamientos disponibles y sus costos.
- Discutir las opciones de tratamiento médicamente necesario para su condición, independientemente del costo y/o que el servicio esté cubierto.
- Su proveedor de servicios de salud deberá respetar y obedecer sus decisiones y preferencias en cuanto a su tratamiento.
- Recibir orientación de su médico sobre las guías o directrices adelantadas de su preferencia y el método para establecerlas. Hacer uso de las mismas para su tratamiento médico.
- Seleccionar grupo médico, proveedor de servicios primarios, especialista, laboratorio, farmacia y rayos X de su preferencia, que estén incluidos en la lista de proveedores de salud de MCS Life Insurance Company.
- Cambiar de grupo médico, proveedor de servicios primarios siguiendo los procesos establecidos por MCS Life Insurance Company.
- Su información médica será mantenida bajo estricta confidencialidad por sus proveedores de servicios de salud, conforme al estándar de privacidad de la Ley HIPAA.
- Sujeto a cualquier requisito de pago de prima, en caso de cancelación o terminación de un plan o proveedor, el paciente podrá continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un período de transición de noventa (90) días, contado a partir de la fecha de la terminación del plan o proveedor. El paciente tiene derecho a que la entidad aseguradora le notifique dicha terminación o cancelación, con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.
 - En los casos de terminación o cancelación de un paciente que se encuentre hospitalizado al momento de la fecha de terminación del plan, y la fecha de alta de la hospitalización haya sido programada antes de dicha fecha de terminación, el período de transición se extenderá desde esta fecha hasta noventa (90) días después de la fecha en que sea dado de alta el paciente.
 - En los casos de terminación o cancelación de un paciente que se encuentre en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, de los dos lo que suceda último.
- En caso de paciente diagnosticado con condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con esa condición antes de la fecha de terminación, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.
- Ser atendido(a) en cualquier Sala de Emergencias en Puerto Rico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de autorización de su proveedor de servicios primarios o aseguradora.
- Recibir trato igual, considerado y respetuoso de parte de todos los miembros de la industria del cuidado de salud.
- No se discriminará en contra de ningún paciente por causa de la naturaleza pública o privada de las facilidades ni de cualquier consideración a criterios de raza, color sexo, edad, religión, origen o identificación étnica o nacional, ideología política, incapacidad física o mental presente o futura, información médica o genética, condición social, orientación sexual o capacidad o forma de pago del usuario o consumidor de dichos servicios y facilidades.
- Todo proveedor, institución médico hospitalaria y toda entidad aseguradora proveerán a todo paciente, acceso rápido a los expedientes y récords de éste. El paciente tiene derecho a recibir copia de su record médico en un período que no excederá de cinco (5) días, en los casos en que el expediente médico sea solicitado a una institución médico hospitalaria, el mismo deberá ser entregado en un término no mayor de quince (15) días laborables, mediante el pago de un costo razonable el cual no excederá de setenta y cinco (\$0.75) centavos por página hasta un máximo de veinticinco (\$25.00) dólares por récord médico.
- Tener disponible mecanismos o procedimientos sencillos, justos y eficientes para resolver las diferencias con sus planes de cuidado de salud y cualquier profesional o facilidades de cuidado médico y también, tener disponible una manera de apelar cualquier decisión.
- A que sea fácil para usted conseguir los servicios médicos adecuados para su condición.
- Recibir servicios médicos cuando lo solicite y sean médicamente necesarios, que estén incluidos en su cubierta de beneficios.
- Ningún plan de seguro de salud podrá imponerle cláusulas de mordazas a sus proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios o cláusulas penales u otros mecanismos contractuales que interfieran con la habilidad o capacidad de los proveedores de comunicarse con dichos asegurados y beneficiarios sobre las opciones de tratamiento disponibles.
- Radicar una querrela ante MCS Life Insurance Company, en cualquier momento que usted no esté satisfecho(a) con los servicios que está recibiendo. Debe referirse a la parte posterior de su tarjeta donde encontrará el número de teléfono de Servicio al Cliente.
- Comunicarse con la Oficina del Procurador de la Salud al 787.977.0909 o con el Comisionado de Seguros al 787.304.8686 para pedir ayuda en cualquier momento.
- Derecho a solicitar o que se le provea un recibo de los gastos incurridos por concepto de pago, parcial y/o total de deducible u otros, al momento de efectuar los mismos, incluyendo, como mínimo nombre de la facilidad o proveedor de servicios, número de licencia y especialidad, fecha de servicio prestado, nombre del paciente, nombre de la persona que paga los servicios si no es el paciente, cantidad pagada por servicio, y firma del oficial autorizado por la facilidad o proveedor.
- Recibir servicios de un especialista según la lista de proveedores de MCS Life Insurance Company, de acuerdo a los procedimientos de referido establecidos por su plan médico.
- Leer su contrato o libro de beneficios de cubierta.

RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO

- Proveer a su médico la información de salud más completa y exacta que le sea posible, sobre su condición de salud actual, enfermedades anteriores, medicamentos, hospitalizaciones y otros asuntos relacionados.
- Informarle a su médico los cambios inesperados en su condición de salud.
- Proveer copia de sus directrices o guías adelantadas por escrito, si existen, de sus deseos de recibir o no tratamiento médico para prolongar la vida.
- Mantenerse en buen estado de salud llamando y visitando a su proveedor de servicios primarios.
- Seguir el tratamiento médico acordado con su médico.
- Informar a su profesional de la salud si anticipa problemas en el tratamiento prescrito.
- Los pacientes son responsables de reconocer el impacto que su estilo de vida está teniendo en su salud personal y asumir la responsabilidad inicial personal por su propia salud y cuidado.
- Participar en todas las decisiones relacionadas a su cuidado de salud.
- Proveer información necesaria sobre planes médicos y de colaborar con el proveedor en relación a sus respectivos arreglos financieros cuando esto sea necesario para pagar oportunamente todas las cuentas y facturas que le son remitidas.
- Informar si tiene otro plan médico.
- Informar a las autoridades sobre cualquier actuación impropia o fraude del que tenga conocimiento con relación a los servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.
- Responsabilidad de cumplir con los procedimientos administrativos y operacionales de su plan de salud, proveedor de servicios de salud, y de los programas de beneficios de salud gubernamentales.
- Informarse sobre el tipo de cubierta, opciones, beneficios, límites, exclusiones, referidos, y procedimientos de radicación, revisión y solución de querrelas de su plan médico.
- Pagar el deducible asignado, según indique su tarjeta.
- Respetar que los servicios de este plan son para la persona que se suscribe. El uso indebido de la Tarjeta de Salud MCS Life Insurance Company, es prohibido por ley.
- Respetar el disfrute de otras personas al servicio ofrecido en las facilidades de salud.
- Los pacientes, sus familiares o acompañantes son responsables de hacer los arreglos correspondientes para que las necesidades del hospital, de otros pacientes, de la facultad médica, y de otros empleados no sean afectados por sus actuaciones particulares.
- Reconocer los riesgos y límites de la medicina y la posibilidad de equivocarse (falibilidad) del profesional de la salud.
- No demostrar conducta inhumana ni alterar la paz en las facilidades de salud.