

FORMULARIO DE SUSCRIPCION/CAMBIO - PRODUCTOS INDIVIDUALES

Favor utilizar letra de molde y tinta negra para completar la solicitud.

Nombre del producto seleccionado: MCS Personal _____ Fecha de efectividad solicitada: _____ mes/ día/año

Cubierta Metálica: Bronze Silver Gold

Cubiertas opcionales seleccionadas: Dental 300 Dental 400 Seguro de Vida Aplica periodos de espera: Sí No

Seleccione si prefiere otro idioma, que no sea español:

Inglés Otro: _____ Plan Médico anterior: Triple S First Medical Humana Otro Grupal Individual

Seleccione si desea formato: Braille Sí Electrónico Sí

El contrato es: Venta Cambio de Producto Inclusión Conversión dentro del mismo producto

Centro de Servicio: _____

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		I.	Edad
Fecha de nacimiento		Género	Número de Seguro Social (Requerido)		Uso de Tabaco*	Prima mensual: Salud: \$ _____ Vida: \$ _____ Total: \$ _____	
m m d d a a a a		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección Postal							
						P	R
Dirección Residencial							
						P	R
Marque Tipo de Contrato		Código de Representante Autorizado		Correo electrónico del asegurado principal			
<input type="checkbox"/> Ind. <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Fam.							
Teléfono Residencial		Teléfono Trabajo		Extensión		Teléfono Celular	
						Método de pago** <input type="checkbox"/> ACH <input type="checkbox"/> L.C.	
Si tiene otro plan de salud, indique compañía:			Tipo de Cubierta: <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Empleado Activo		Tipo de póliza otro plan: <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Ind.		
Número de póliza / contrato		Fecha de efectividad de otra póliza		Contrato de otra póliza		Tipo de beneficio de otra póliza	
				<input type="checkbox"/> Ind. <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Fam		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión	
Tiene Medicare		Núm. de Medicare (MBI)		Fecha de efectividad de Parte A		Fecha de efectividad de Parte B	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

ACUERDO DE DESCUENTO AUTOMÁTICO PARA PAGO DE PRIMA

Usted tiene la opción de escoger una de las dos alternativas de pago automático disponibles. Para ello, complete la siguiente información:

1- Cuenta Bancaria

Tipo de cuenta	Número de ruta y tránsito	Número de cuenta
<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Cheque		

Por este medio usted autoriza a MCS Life Insurance Company a debitar de su cuenta bancaria los cargos mensuales para el pago de la prima del contrato en referencia. El descuento automático se realizará el día diez (10) de cada mes. Para identificar mejor su cuenta, favor remitir un cheque nulo (o copia del mismo) de la cuenta a ser debitada. En caso de cuenta de ahorro, remita copia de identificación que aparece en el Estado de Cuenta Mensual. Todo descuento automático devuelto conllevará un cargo de \$15.00 por manejo y procesamiento.

2- Tarjeta de Crédito

Tipo de tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> AMEX	Número de Tarjeta	Fecha de Expiración: M M / A A

Firma autorizada de la cuenta _____

DEPENDIENTES DIRECTOS (CÓNYUGE O COHABITANTE E HIJOS):

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		I.	Edad
Relación (cónyuge o cohabitante/hijos)		Sexo	Fecha de nacimiento		Seguro Social (Requerido)	Uso de Tabaco*	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	m m d d a a a a			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico (si es mayor de 21 años)						Prima mensual: Salud: \$ _____	
Teléfono Celular (si es mayor de 21 años)		¿Está su dependiente empleado?		Patrono del dependiente		¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del plan de salud del patrono del dependiente(s)		Número de póliza/contrato del plan patronal		Fecha de efectividad del plan patronal		Tipo de contrato de plan patronal	
				Mes ____ / Día ____ / Año ____		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familia	
Beneficio del plan patronal: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión				¿Está su dependiente cubierto por Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Núm. Medicare (MBI) (Requerido):				Fecha de efectividad: Parte A: Mes ____ / Día ____ / Año ____ Parte B: Mes ____ / Día ____ / Año ____			

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		I.	Edad
Relación (cónyuge o cohabitante/hijos)		Sexo	Fecha de nacimiento		Seguro Social (Requerido)	Uso de Tabaco*	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	m m d d a a a a			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico (si es mayor de 21 años)						Prima mensual: Salud: \$ _____	
Teléfono Celular (si es mayor de 21 años)		¿Está su dependiente empleado?		Patrono del dependiente		¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del plan de salud del patrono del dependiente(s)		Número de póliza/contrato del plan patronal		Fecha de efectividad del plan patronal		Tipo de contrato de plan patronal	
				Mes ____ / Día ____ / Año ____		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familia	
Beneficio del plan patronal: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión				¿Está su dependiente cubierto por Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Núm. de Medicare (MBI) (Requerido):				Fecha de efectividad: Parte A: Mes ____ / Día ____ / Año ____ Parte B: Mes ____ / Día ____ / Año ____			

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		I.	Edad
Relación (cónyuge o cohabitante/hijos)		Sexo	Fecha de nacimiento		Seguro Social (Requerido)	Uso de Tabaco*	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	m m d d a a a a			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico (si es mayor de 21 años)						Prima mensual: Salud: \$ _____	
Teléfono Celular (si es mayor de 21 años)		¿Está su dependiente empleado?		Patrono del dependiente		¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del plan de salud del patrono del dependiente(s)		Número de póliza/contrato del plan patronal		Fecha de efectividad del plan patronal		Tipo de contrato de plan patronal	
				Mes ____ / Día ____ / Año ____		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familia	
Beneficio del plan patronal: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión				¿Está su dependiente cubierto por Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Núm. de Medicare (MBI) (Requerido):				Fecha de efectividad: Parte A: Mes ____ / Día ____ / Año ____ Parte B: Mes ____ / Día ____ / Año ____			

* Uso de tabaco significa el uso de tabaco en 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. ** Metodo de Pago: ACH - Descuento Automático / L.C. - Libreta de Cupones.

DEPENDIENTES DIRECTOS (CÓNYUGE O COHABITANTE E HIJOS):

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		I.	Edad
Relación (cónyuge o cohabitante/hijos)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de nacimiento m m d d a a a a		Seguro Social (Requerido)	
Correo electrónico (si es mayor de 21 años)		Prima mensual:		Salud: \$ _____			
Teléfono Celular (si es mayor de 21 años)		¿Está su dependiente empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Patrono del dependiente		¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del plan de salud del patrono del dependiente(s)		Número de póliza/contrato del plan patronal		Fecha de efectividad del plan patronal Mes ____ / Día ____ / Año ____		Tipo de contrato de plan patronal <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familia	
Beneficio del plan patronal: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión		¿Está su dependiente cubierto por Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Núm. de Medicare (MBI) (Requerido):				Fecha de efectividad:		Parte A: Mes ____ / Día ____ / Año ____ Parte B: Mes ____ / Día ____ / Año ____	

Será aplicable un periodo de espera de 90 días (salvo para servicios de emergencia) a toda suscripción fuera del Periodo Anual de Suscripción o fuera del Periodo Especial de Suscripción que resulte de alguna circunstancia que no constituye un evento cualificante de conformidad a las normas establecidas en el Código de Seguros de Salud y/o reglamento aplicable según emitido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

SEGURO DE VIDA POR MUERTE (\$25,000 si escoge la opción adicional de seguro de vida):

El beneficio de Seguro de Vida por muerte estará disponible para el asegurado principal mayor de 18 años y menor de 65 años, siempre que seleccione la opción adicional de seguro de vida.

Información de Beneficiarios:

Escriba el nombre de las personas que recibirán el beneficio de su seguro y el porcentaje (Total debe ser igual a 100%)

Beneficiarios (nombre y dos apellidos)	Cantidad	Beneficiarios (nombre y dos apellidos)	Cantidad
1 _____		3 _____	
2 _____		4 _____	

TÉRMINOS DE LA PÓLIZA

Certifico que la información provista en este formulario sobre mi persona y/o la de mis dependientes elegibles es cierta y correcta, según mi mejor conocimiento, y que no se ha omitido información de forma negligente o intencional. Entiendo y estoy de acuerdo que mi representante autorizado de seguros no tiene autoridad para omitir respuestas o información requerida de forma parcial o completa, de realizar promesas de seguro, de alterar cualquier contrato y/o de omitir información referente a cualquier regulación relacionada a un seguro de salud individual en Puerto Rico. Además, estoy de acuerdo que el seguro no será efectivo hasta el día en que la póliza es aceptada por MCS Life Insurance Company y que una notificación escrita me sea dada. Reconozco que en caso de recibir una solicitud incompleta, la información provista será válida por un máximo de 60 días desde la fecha de la firma de la solicitud.

MCS Life se reserva el derecho legal de exigir cualquier documento necesario para completar los requisitos de suscripción incluyendo, pero sin limitarse a certificado de nacimiento, carta o certificación de cubierta anterior que sea requerida por Ley, entre otros. MCS Life podrá requerir al solicitante del plan médico que complete un cuestionario médico en el que suministre información sobre las condiciones que padece, medicamentos que ingiere y cuidados que recibe para mantener bajo control su condición de salud, así como información sobre el médico primario que atiende su condición. La información de este cuestionario será usada única y exclusivamente por el asegurador con el fin de matricular al asegurado en los programas de manejo de enfermedades que tenga establecidos.

Entiendo que la póliza para la cual solicito ser suscrito no es un plan de salud grupal auspiciado por alguna compañía o patrono y que, por ende, no está sujeta al cumplimiento con las leyes federales aplicables para pequeñas empresas. Mediante la presente solicitud, certifico que no cualifico, o he renunciado por voluntad propia a participar de un plan de salud grupal o he recibido trato contributivo preferencial al amparo de las leyes federales o las leyes de Puerto Rico.

Certifico haber leído o que se me ha leído este documento. Entiendo que si no solicito cubierta para mis dependientes elegibles, o renuncio a participar de un plan por estar acogido a otra cubierta de salud y posteriormente decido ingresar o ingresar a cualquiera de mis dependientes elegibles, se podría estar sujeto a los términos y condiciones de suscripción de conformidad a la póliza y/o regulación aplicable.

Yo reconozco que se me ha provisto el Aviso Sobre Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción completa de cómo mi información de salud protegida puede ser usada o divulgada.

Cualquier persona que, en conocimiento y con la intención de defraudar a MCS Life, somete una solicitud o una reclamación que contenga cualquier información o declaración falsa dicha información puede ser usada para denegar una reclamación, terminarla o anular la póliza si esa información materialmente afecta el grado del riesgo. Esta disposición entrará en vigor siempre que el hecho omitido o expresado falsamente sea la causa directa de la pérdida reclamada a la aseguradora, conforme a la Ley Núm. 230 del 9 de agosto del 2008, que 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.”

En caso de identificar alguna situación de potencial fraude, abuso, despilfarro y/o incumplimiento, puede comunicarse al 1.877.627.0004 o a mcs.com.pr. La llamada es totalmente confidencial y puede hacerse de forma anónima.

Las contestaciones vertidas en esta solicitud forman parte de ésta como si se incluyeran sobre la firma del solicitante principal que aparece abajo. Según el artículo 27.170 de la Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008, según enmendada, conocido como Informes y Declaraciones Falsas para obtener seguros: (1) Ninguna persona podrá rendir, presentar, ofrecer, participar o ayudar a rendir, presentar u ofrecer cualquier documento, dato, declaración o informe que sea falso para obtener una póliza de seguros y (2) cualquier persona que a sabiendas incurra en los actos antes descritos se considerará que ha cometido fraude para los efectos de este capítulo. Si MCS Life determina que hubo fraude o falsa representación intencional de un hecho material, según lo prohíbe los términos del plan o póliza, procederá a la cancelación de la póliza automáticamente y a efectuar el recobro de cualquier cantidad pagada por servicios prestados. Reconozco que si la póliza es cancelada, asumiré la responsabilidad del costo de los servicios que se presten indebidamente a cualquiera de los asegurados por la póliza a partir de la fecha de cancelación.

Si desea realizar algún cambio en su método de pago, comuníquese a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. al 787.281.2800 área metro o al 1.888.758.1616 o visite nuestros centros de servicio.

Certifico que leí o me fue leída la información ofrecida por mí en esta solicitud, que la misma es cierta y está completa. Una copia será tan válida como el original.

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE MATERIALES POR CORREO ELECTRÓNICO Y RECIBO DE MENSAJES DE TEXTO

Al proveer en esta hoja de suscripción su dirección de correo electrónico o número de celular y/o el de sus dependientes (mayores de 21 años), autorizo 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 cargo 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 que se niegue al consentimiento de entrega electrónica. Para recibir la póliza electrónicamente, es necesario tener acceso al equipo tecnológico donde pueda acceder a un correo electrónico con los programas básicos. Cuando sea necesario, MCS Life o sus afiliadas me 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 los siguientes: 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, entre otros documentos, 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.

También entiendo que la tarifa o prima mensual se fijará de acuerdo a la edad cumplida del asegurado principal y cada uno de sus dependientes a la fecha de la renovación y el estatus de fumador o no fumador, según informado por éstos a MCS Life de conformidad a lo dispuesto por la Ley PPACA y el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. De ocurrir cambios en el estatus de fumador o no fumador, es responsabilidad y obligación del asegurado notificar dicho cambio por escrito a MCS Life mediante Certificación Médica. Además advengo en conocimiento que la cubierta de salud conlleva una responsabilidad de pago que deberá realizarse el día primero de cada mes y si por alguna razón no se cumple con dicha responsabilidad, MCS Life podrá determinar, de acuerdo a los periodos de gracia, según el Artículo 7 de la Ley Núm. 161 del año 2010, la cancelación del plan por incumplimiento de pago.

Certifico que el Representante Autorizado, abajo indicado, me explicó y entendí los periodos de espera (90 días) que pudieran aplicar a la Póliza. También certifico que recibí de su parte el Resumen de Beneficios y Cubierta (SBC, por sus siglas en inglés) del producto solicitado en este formulario y que me fue informada mi prima mensual y las de mis dependientes, según incluidas en este documento. La cancelación o terminación de una póliza o contrato de seguros o de los beneficios de una póliza de seguro médico o de seguro de vida se enviará mediante correo al asegurado principal.

_____ Nombre impreso del solicitante principal	_____ Nombre del pagador (si es diferente al solicitante)
_____ Firma del solicitante principal	_____ Firma del pagador
_____ Fecha	_____ Seguro Social del pagador (Requerido)
	_____ Fecha

Representante Autorizado:

_____ Nombre del Representante Autorizado	_____ Código del Representante Autorizado	_____ Firma	_____ Fecha
--	--	----------------	----------------

Comentarios del Solicitante o Representante Autorizado: _____

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

Yo, _____, 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 Derechos y Responsabilidades del Paciente y el Aviso sobre Prácticas de Privacidad.

_____ Nombre del Representante Autorizado	_____ Nombre del Asegurado Principal
_____ Firma del Representante Autorizado	_____ Firma del Asegurado Principal
_____ Código del Representante Autorizado	_____ Fecha del Relevo

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

Este formulario 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.

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 reglamento 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 periodo 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 periodo 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 periodo 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 periodo 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 siete 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 récord médico en un periodo 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.

MCS Life Insurance Company
P.O. Box 9023547
San Juan, P.R. 00902-3547



ACUSE DE RECIBO

Fecha de solicitud: _____
Nombre del solicitante: _____
Teléfono del solicitante: _____
Producto solicitado: _____