

### FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / CAMBIO GRUPAL

POR FAVOR COMPLETE LA INSCRIPCIÓN EN LETRA DE MOLDE O MAYÚSCULA, UTILIZAR TINTA AZUL O NEGRA  
LA INSCRIPCIÓN DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD PARA PODER SER PROCESADA, INCLUYENDO EL ESPACIO PARA EL SEGURO SOCIAL

No deseo participar en el Plan de Salud ofrecido por la compañía <input type="checkbox"/>		Nombre del producto: _____		ACCESO: <input type="checkbox"/> Organización Proveedores Preferidos (PPO) <input type="checkbox"/> Cuidado Coordinado (HMO)*										
<b>ACCIÓN A REALIZAR</b>														
<input type="checkbox"/> Nueva Inscripción <input type="checkbox"/> Inscripción Tardía <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Reinstalación <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Terminación														
<b>Tipo de Beneficio (Grupos 2-50):</b>				<b>Tipo de Beneficio (Grupos 51+):</b>										
<input type="checkbox"/> Global Premium: Médico, Farmacia, Dental 100 y Visión		Cubiertas Opcionales: <input type="checkbox"/> Dental 200 <input type="checkbox"/> Dental 300 <input type="checkbox"/> Dental 400 <input type="checkbox"/> Seguro de Vida		<input type="checkbox"/> Médico (incluye seguro de vida) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión										
<input type="checkbox"/> Global Health: Médico, Farmacia, Dental 100 y Visión		Cubiertas Opcionales: <input type="checkbox"/> Dental 200 <input type="checkbox"/> Dental 300 <input type="checkbox"/> Dental 400 <input type="checkbox"/> Seguro de Vida												
<input type="checkbox"/> Global Elite: Médico, Farmacia, Dental 200 y Visión		Cubiertas Opcionales: <input type="checkbox"/> Dental 300 <input type="checkbox"/> Dental 400 <input type="checkbox"/> Seguro de vida		Para uso oficial de MCS: Núm. de Paquete de Beneficio asignado _____										
<b>INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL</b>														
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										
Dirección Postal del Empleado: Urb. # Calle, Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal _____		Tel. Residencia _____		Tel. Trabajo _____										
		Tel. Celular _____		Fecha de Nacimiento _____										
				Mes ____ / Día ____ / Año ____										
Correo Electrónico (E-mail) _____		Núm. de contrato de Medicare (HICN) (Requerido) _____		Nombre del Patrono _____										
				Fecha de Empleo _____										
				Mes ____/Día ____/Año ____										
<input type="checkbox"/> Retirado Mes ____/Día ____/Año ____		Uso de tabaco** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Selección de Cubierta <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Pareja										
<input type="checkbox"/> Incapacitado Mes ____/Día ____/Año ____				Fecha de Efectividad Mes ____ / Día ____ / Año ____										
<input type="checkbox"/> COBRA Mes ____/Día ____/Año ____														
Tipo de Cambio: _____		¿Está usted asegurado bajo otro plan de salud, HMO o Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		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										
<b>* SELECCIÓN DE GRUPO MÉDICO Y MÉDICO PERSONAL (PARA PLANES CON MODELO DE ACCESO DE CUIDADO COORDINADO)</b>														
El grupo médico y el médico personal (PCP, puede ser: generalista, médico de familia, internista, ginecólogo/obstetra o pediatra) que escoja tiene que estar contratado por MCS Life Insurance Company, para proveer dichos servicios dentro del modelo de cuidado coordinado. El asegurado y todos sus dependientes podrán elegir un médico personal diferente, que forme parte del mismo grupo médico. Las aseguradas podrán seleccionar a su médico personal (médico de familia, internista o generalista), además de seleccionar a su ginecólogo/obstetra. En caso de embarazo, su médico personal será el ginecólogo/obstetra, quien debe formar parte del grupo médico seleccionado. Una vez culminado el embarazo, regresará al cuidado de su médico personal (médico de familia, internista o generalista). Este proceso es individual para cada una de las personas que son elegibles en el plan familiar.														
<b>ASEGURADO PRINCIPAL</b>		Nombre de grupo médico: _____		Número de grupo médico: _____										
		Nombre de médico personal: _____		Número de médico personal: _____										
<b>INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES ELEGIBLES QUE DESEA INCLUIR BAJO SU PLAN:</b> Es importante que tanto usted y cualquiera de sus dependientes elegibles mayores de 21 años completen el campo de E-mail para que reciban información del plan y otros documentos promocionales de manera electrónica. Recibirán, 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 nuestra página de Internet <a href="http://www.mcs.com.pr">www.mcs.com.pr</a> . Solo el asegurado principal podrá acceder el EOB de los dependientes menores de 21 años.														
Incluya: Cónyuge legal, hijos, hijos adoptados legalmente e hijastros que sean elegibles.														
Código Participante	Apellidos / Nombre / Inicial	Uso de tabaco** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo F / M	Fecha de nacimiento Mes / Día / Año	Edad	Parentesco descripción	Núm. Seguro Social (Requerido) ó 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 <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	Tipo de beneficio del otro plan <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión	Incapacitado (Si / No)
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión	
Correo electrónico								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión	
Nombre y número PCP								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión	
OB/GYN (si aplica)								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión	

Código Participante	Apellidos / Nombre / Inicial	Uso de tabaco*	Sexo F / M	Fecha de nacimiento Mes / Día / Año	Edad	Parentesco descripción	Núm. Seguro Social (Requerido) ó 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														
Nombre y número PCP														
OB/GYN (si aplica)														

\* \* 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.

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Si su cónyuge y/o dependientes tienen otro plan de salud, indique si es empleado activo o retirado	Si su cónyuge 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)? (Nota: Esta información será utilizada solo para coordinar beneficios con Medicare.)
Cónyuge [ ] Activo [ ] Retirado	Fecha de retiro Mes ___ / Día ___ / Año ___	[ ] Usted Desde: Mes ___ / Día ___ / Año ___
Dependiente [ ] Activo [ ] Retirado	Fecha de retiro Mes ___ / Día ___ / Año ___	[ ] Su cónyuge Desde: Mes ___ / Día ___ / Año ___
Dependiente [ ] Activo [ ] Retirado	Fecha de retiro Mes ___ / Día ___ / Año ___	[ ] Dependiente Desde: Mes ___ / Día ___ / Año ___
Dependiente [ ] Activo [ ] Retirado	Fecha de retiro Mes ___ / Día ___ / Año ___	[ ] Dependiente Desde: Mes ___ / Día ___ / Año ___
Dependiente [ ] Activo [ ] Retirado	Fecha de retiro Mes ___ / Día ___ / Año ___	[ ] Dependiente Desde: Mes ___ / Día ___ / Año ___

¿Está usted o alguno de sus dependientes cubierto por Medicare?	Fecha de Efectividad (Mes / Día / Año):	Núm. de contrato de Medicare (HICN) (Requerido)
[ ] Usted	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Usted _____
[ ] Su cónyuge	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Su cónyuge _____
[ ] Dependiente	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Dependiente _____
[ ] Dependiente	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Dependiente _____
[ ] Dependiente	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Dependiente _____
[ ] Dependiente	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Dependiente _____

**SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO**

**Asegurado de grupo Pymes (2-50 empleados):** Si su patrono seleccionó un producto que incluye seguro de vida, escriba el nombre de las personas que recibirán el beneficio de su seguro. Si su patrono no seleccionó un producto que incluye seguro de vida, este beneficio no aplica a su cubierta.

**Asegurados de grupos que no son Pymes (grupos 51 empleados en adelante):** la cubierta seleccionada por su patrono incluye seguro de vida. Favor escriba el nombre de las personas que recibirán el beneficio de su seguro.

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.

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

Certifico que leí o me fue leída la información ofrecida por mí en este formulario, que la misma 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**

1. 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.

**2. 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 a [www.medicalcardsystem.com](http://www.medicalcardsystem.com), seleccionar HIPAA, Nota de Privacidad.

**3. AVISO DE FRAUDE**

De acuerdo a las disposiciones de la Ley Número 230 del 9 de agosto de 2008, le advertimos que el Artículo 27.33 del Código de Seguros de Puerto Rico 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 \$5,000, ni mayor de \$10,000 o pena de reclusión por un término fijo de 3 años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de 5 años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de 2 años."

4. 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.



**MCS Life Insurance Company**  
San Juan, Puerto Rico  
Teléfono: (787) 758-2500 X-2188/4188  
Fax: (787) 622-2098

**ACUERDO PARA PAGO POR DESCUENTO AUTOMATICO DE PRIMA**

**Nombre de Grupo** \_\_\_\_\_ **Número de Contrato** \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo a **MEDICAL CARD SYSTEM, INC.**, a través del **BANCO** (Institución Financiera) \_\_\_\_\_ a debitar la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, de la siguiente cuenta.

**Número de Cuenta** \_\_\_\_\_

**Tipo de Cuenta (ahorro/ cheque)** \_\_\_\_\_

**Numero de Ruta o Transito (ABA)** \_\_\_\_\_ **(favor verificar con su Banco)**

**Sucursal** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **País** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

Este acuerdo permanecerá en efecto hasta que **MEDICAL CARD SYSTEM, INC.** y el **BANCO**, reciba una notificación escrita de \_\_\_\_\_, ordenando su terminación.  
**(Nombre de Grupo)**

**Nombre** \_\_\_\_\_  
**(Persona Autorizada)**

**Firma Autorizada** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Nota:**

- ✓ Favor completar cada blanco y proveer una copia de este documento al BANCO. Cualquier cambio debe de ser notificado por adelantado al BANCO para que pueda ser efectuado.
- ✓ Favor adjuntar copia de un cheque en BLANCO de la cuenta a debitar, cuando someta este documento.
- ✓ Debito devuelto conllevara un cargo adicional de 15.00 como penalidad por el manejo y procedimiento del mismo.

**A quien pueda interesar:**

**Quiero por este medio reconocer a Medicalink, Corp. como la Agencia General de seguros para mi cubierta médico-hospitalaria, sin limitarse a gestiones en el futuro de negociar cubierta y/o beneficios que pudieran surgir con las compañías de seguros en mi beneficio.**

**Igualmente autorizo, en cumplimiento a la ley HIPAA, que se le entregue a Medicalink, Corp. cualquier información médica mía que pueda ésta necesitar, a raíz de una investigación solicitada por mí.**

**Sin otro particular quedo**

**Atentamente,**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Asegurado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma Asegurado**

\_\_\_\_\_  
**Plan Médico**

\_\_\_\_\_  
**Número de Seguro Social**

\_\_\_\_\_  
**Cubierta**

\_\_\_\_\_  
**Correo Electrónico**

## 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 médica 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 médica 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 (.75) centavos por página hasta un máximo de veinticinco (25) 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 inmoral ni alterar la paz en las facilidades de salud.