

MCS Life Insurance Company  
MCS Personal  
PARTE IX: TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

	Cubierta Metálica
	Bronze
	Plan
	Bronze 6110
<b>Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)</b>	
<b>Deducible Anual para Beneficios Médicos</b>	
Individual	\$275/miembro
Familiar	\$275/miembro
<b>Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)</b>	
Individual	\$0
Familiar	\$0
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	75%
Enfermedad	75%
<b>Hospitalización</b>	
Hospitalización (incluyendo Salud Mental, regular o parcial)	\$250
Facilidad de Enfermería Especializada ( <i>Skilled Nursing Facility</i> )	\$250
Asistencia Quirúrgica	75%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	75%
Especialista	75%
Sub-Especialista	75%
Psiquiatra	75%
Sicólogo	75%
Podiatra	75%
Quiropráctico	75%
Audiólogo	75%
Óptometra	75%
Facilidad Ambulatoria	75%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	75%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	75%
Procedimientos Endoscópicos	75%
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero</b>	
Terapia Física	75%
Terapia Respiratoria	75%
Cuidado de Salud en el Hogar	75%
Equipo Médico Duradero	75%
Manipulaciones de Quiropráctico	75%
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	75%
Visitas Colaterales	75%
<b>Medicamentos Recetados (Farmacia)</b>	
Genérico	90%
Marca Preferida	90%
Marca No Preferida	90%
Medicamentos Especializados	90%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$1
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Genérico	90%
Marca Preferida	90%
Marca No Preferida	90%
<b>Servicios de Laboratorios y Rayos X</b>	
Laboratorio	75%
Rayos X	75%
Pruebas Especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	75%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer y Autismo)	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	75%
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	0%
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	75%
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	75%
Servicios de emergencia en EU	75%
Servicios y Tratamientos Preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en E.U)	75%
<b>Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)</b>	
Exámenes neurológicos	75%
Exámenes neurológicos (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	75%
Pruebas genéticas	75%
Terapia ocupacional y del habla (ambulatorios sólo para autismo)	75%
Visitas al psiquiatra y psicólogo	75%
Trabajador social (sólo para autismo)	Reembolso
Nutricionista	Reembolso
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	75%
<b>Programas Incluido como Parte de sus Beneficios</b>	
MCS Alivia	\$15
<b>Cubierta Dental (Servicios Dentales adicionales a Dental Pediátrico)</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	20%
Endodoncia (Tratamiento del nervio-Root Canal por Dentista Generalista)	20%
<b>Cubierta de Visión (Servicios de Visión adicionales a Visión Pediátrica)</b>	
Cubierta de \$100 por año póliza por asegurado para servicios de visión	0%

MCS Life Insurance Company  
MCS Personal  
PARTE IX: TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

	Cubierta Metálica
	Bronze
	Plan
	Bronze 6130
<b>Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)</b>	
<b>Deducible Anual para Beneficios Médicos</b>	
Individual	\$275/miembro
Familiar	\$275/miembro
<b>Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)</b>	
Individual	\$0
Familiar	\$0
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	75%
Enfermedad	75%
<b>Hospitalización</b>	
Hospitalización (incluyendo Salud Mental, regular o parcial)	\$250
Facilidad de Enfermería Especializada ( <i>Skilled Nursing Facility</i> )	\$250
Asistencia Quirúrgica	75%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	75%
Especialista	75%
Sub-Especialista	75%
Psiquiatra	75%
Sicólogo	75%
Podiatra	75%
Quiropráctico	75%
Audiólogo	75%
Óptometra	75%
Facilidad Ambulatoria	75%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	75%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	75%
Procedimientos Endoscópicos	75%
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero</b>	
Terapia Física	75%
Terapia Respiratoria	75%
Cuidado de Salud en el Hogar	75%
Equipo Médico Duradero	75%
Manipulaciones de Quiropráctico	75%
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	75%
Visitas Colaterales	75%
<b>Medicamentos Recetados (Farmacia)</b>	
Genérico	90%
Marca Preferida	90%
Marca No Preferida	90%
Medicamentos Especializados	90%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$1
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Genérico	90%
Marca Preferida	90%
Marca No Preferida	90%
<b>Servicios de Laboratorios y Rayos X</b>	
Laboratorio	75%
Rayos X	75%
Pruebas Especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	75%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer y Autismo)	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	75%
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	0%
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	75%
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	75%
Servicios de emergencia en EU	75%
Servicios y Tratamientos Preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en E.U)	75%
<b>Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)</b>	
Exámenes neurológicos	75%
Exámenes neurológicos (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	75%
Pruebas genéticas	75%
Terapia ocupacional y del habla (ambulatorios sólo para autismo)	75%
Visitas al psiquiatra y psicólogo	75%
Trabajador social (sólo para autismo)	Reembolso
Nutricionista	Reembolso
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	75%
<b>Programas Incluido como Parte de sus Beneficios</b>	
MCS Alivia	\$15
<b>Cubierta Dental (Servicios Dentales adicionales a Dental Pediátrico)</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	20%
Endodoncia (Tratamiento del nervio-Root Canal por Dentista Generalista)	20%
<b>Cubierta de Visión (Servicios de Visión adicionales a Visión Pediátrica)</b>	
Cubierta de \$100 por año póliza por asegurado para servicios de visión	0%