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

	Cubierta Metálica
	Gold
	Plan
	Gold 8110
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
Individual	\$0
Familiar	\$0
Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)	
Individual	\$50/miembro
Familiar	\$50/miembro
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
Accidente	\$50
Enfermedad	\$50
Hospitalización	
Hospitalización (incluyendo Salud Mental, regular o parcial)	\$100
Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	25%
Asistencia Quirúrgica	30%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$8
Especialista	\$15
Sub-Especialista	\$20
Psiquiatra	\$15
Sicólogo	\$15
Podiatra	\$15
Quiropráctico	\$15
Audiólogo	\$15
Optómetra	\$15
Facilidad Ambulatoria	\$75
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	25%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	25%
Procedimientos Endoscópicos	25%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física	\$10
Terapia Respiratoria	\$10
Cuidado de Salud en el Hogar	30%
Equipo Médico Duradero	30%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$10
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$15
Visitas Colaterales	\$15
Medicamentos Recetados (Farmacia)	
Primer Nivel de Cubierta (cantidad para aplicar copagos o coaseguros de Primer Nivel)	Hasta \$1,000, luego aplica Segundo Nivel de Cubierta
Genérico (Primer Nivel)	\$7
Marca Preferida (Primer Nivel)	\$30
Marca No Preferida (Primer Nivel)	\$40
Medicamentos Especializados (Primer Nivel)	30%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$1
Programa de Medicamentos Por Correo	
Genérico	\$18
Marca Preferida	\$75
Marca No Preferida	\$100
Segundo Nivel de Cubierta (luego de agotar cantidad de Primer Nivel)	90%
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
Laboratorio	30%
Rayos X	30%
Pruebas Especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer y Autismo)	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	25%
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	0%
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$10
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	30%
Servicios de emergencia en EU	30%
Servicios y Tratamientos Preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en E.U)	30%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)	
Exámenes neurológicos	30%
Exámenes neurológicos (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%
Pruebas genéticas	30%
Terapia ocupacional y del habla (ambulatorios sólo para autismo)	\$10
Visitas al psiquiatra y psicólogo	\$15
Trabajador social (sólo para autismo)	Reembolso
Nutricionista	Reembolso
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	40%
Programas Incluido como Parte de sus Beneficios	
MCS Alivia	\$15
Cubierta Dental (Servicios Dentales adicionales a Dental Pediátrico)	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	20%
Endodoncia (Tratamiento del nervio-Root Canal por Dentista Generalista)	20%
Cubierta de Visión (Servicios de Visión adicionales a Visión Pediátrica)	
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
	Gold
	Plan
	Gold 8130
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
Individual	\$0
Familiar	\$0
Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)	
Individual	\$50/miembro
Familiar	\$50/miembro
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
Accidente	\$50
Enfermedad	\$50
Hospitalización	
Hospitalización (incluyendo Salud Mental, regular o parcial)	\$100
Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	25%
Asistencia Quirúrgica	30%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$8
Especialista	\$15
Sub-Especialista	\$20
Psiquiatra	\$15
Sicólogo	\$15
Podiatra	\$15
Quiropráctico	\$15
Audiólogo	\$15
Óptica	\$15
Facilidad Ambulatoria	\$75
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	25%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	25%
Procedimientos Endoscópicos	25%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física	\$10
Terapia Respiratoria	\$10
Cuidado de Salud en el Hogar	30%
Equipo Médico Duradero	30%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$10
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$15
Visitas Colaterales	\$15
Medicamentos Recetados (Farmacia)	
Primer Nivel de Cubierta (cantidad para aplicar copagos o coaseguros de Primer Nivel)	Hasta \$1,000, luego aplica Segundo Nivel de Cubierta
Genérico (Primer Nivel)	\$7
Marca Preferida (Primer Nivel)	\$30
Marca No Preferida (Primer Nivel)	\$40
Medicamentos Especializados (Primer Nivel)	30%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$1
Programa de Medicamentos Por Correo	
Genérico	\$18
Marca Preferida	\$75
Marca No Preferida	\$100
Segundo Nivel de Cubierta (luego de agotar cantidad de Primer Nivel)	90%
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
Laboratorio	30%
Rayos X	30%
Pruebas Especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer y Autismo)	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincital	25%
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	0%
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$10
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	30%
Servicios de emergencia en EU	30%
Servicios y Tratamientos Preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en E.U)	30%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)	
Exámenes neurológicos	30%
Exámenes neurológicos (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%
Pruebas genéticas	30%
Terapia ocupacional y del habla (ambulatorios sólo para autismo)	\$10
Visitas al psiquiatra y psicólogo	\$15
Trabajador social (sólo para autismo)	Reembolso
Nutricionista	Reembolso
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	40%
Programas Incluido como Parte de sus Beneficios	
MCS Alivia	\$15
Cubierta Dental (Servicios Dentales adicionales a Dental Pediátrico)	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	20%
Endodoncia (Tratamiento del nervio-Root Canal por Dentista Generalista)	20%
Cubierta de Visión (Servicios de Visión adicionales a Visión Pediátrica)	
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
	Gold
	Plan
	Gold 8210
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
Individual	\$0
Familiar	\$0
Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)	
Individual	\$0
Familiar	\$0
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
Accidente	\$75
Enfermedad	\$75
Hospitalización	
Hospitalización (incluyendo Salud Mental, regular o parcial)	\$150
Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$150
Asistencia Quirúrgica	40%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$10
Especialista	\$15
Sub-Especialista	\$20
Psiquiatra	\$15
Sicólogo	\$15
Podiatra	\$15
Quiropráctico	\$15
Audiólogo	\$15
Optómetra	\$15
Facilidad Ambulatoria	\$100
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	25%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	25%
Procedimientos Endoscópicos	25%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física	\$10
Terapia Respiratoria	\$10
Cuidado de Salud en el Hogar	40%
Equipo Médico Duradero	40%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$10
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$15
Visitas Colaterales	\$15
Medicamentos Recetados (Farmacia)	
Primer Nivel de Cubierta (cantidad para aplicar copagos o coaseguros de Primer Nivel)	Hasta \$1,000, luego aplica Segundo Nivel de Cubierta
Genérico (Primer Nivel)	\$5
Marca Preferida (Primer Nivel)	\$20
Marca No Preferida (Primer Nivel)	\$30
Medicamentos Especializados (Primer Nivel)	30%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$1
Programa de Medicamentos Por Correo	
Genérico	\$13
Marca Preferida	\$50
Marca No Preferida	\$75
Segundo Nivel de Cubierta (luego de agotar cantidad de Primer Nivel)	70%
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
Laboratorio	40%
Rayos X	40%
Pruebas Especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	50%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer y Autismo)	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	25%
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	0%
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$10
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	40%
Servicios de emergencia en EU	40%
Servicios y Tratamientos Preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en E.U)	40%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)	
Exámenes neurológicos	40%
Exámenes neurológicos (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	50%
Pruebas genéticas	40%
Terapia ocupacional y del habla (ambulatorios sólo para autismo)	\$10
Visitas al psiquiatra y psicólogo	\$15
Trabajador social (sólo para autismo)	Reembolso
Nutricionista	Reembolso
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	40%
Programas Incluido como Parte de sus Beneficios	
MCS Alivia	\$15
Cubierta Dental (Servicios Dentales adicionales a Dental Pediátrico)	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	20%
Endodoncia (Tratamiento del nervio-Root Canal por Dentista Generalista)	20%
Cubierta de Visión (Servicios de Visión adicionales a Visión Pediátrica)	
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
	Gold
	Plan
	Gold 8230
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
Individual	\$0
Familiar	\$0
Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)	
Individual	\$0
Familiar	\$0
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
Accidente	\$75
Enfermedad	\$75
Hospitalización	
Hospitalización (incluyendo Salud Mental, regular o parcial)	\$150
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$150
Asistencia Quirúrgica	40%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$10
Especialista	\$15
Sub-Especialista	\$20
Psiquiatra	\$15
Sicólogo	\$15
Podiatra	\$15
Quiropráctico	\$15
Audiólogo	\$15
Óptica	\$15
Facilidad Ambulatoria	\$100
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	25%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	25%
Procedimientos Endoscópicos	25%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física	\$10
Terapia Respiratoria	\$10
Cuidado de Salud en el Hogar	40%
Equipo Médico Duradero	40%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$10
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$15
Visitas Colaterales	\$15
Medicamentos Recetados (Farmacia)	
Primer Nivel de Cubierta (cantidad para aplicar copagos o coaseguros de Primer Nivel)	Hasta \$1,000, luego aplica Segundo Nivel de Cubierta
Genérico (Primer Nivel)	\$5
Marca Preferida (Primer Nivel)	\$20
Marca No Preferida (Primer Nivel)	\$30
Medicamentos Especializados (Primer Nivel)	30%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$1
Programa de Medicamentos Por Correo	
Genérico	\$13
Marca Preferida	\$50
Marca No Preferida	\$75
Segundo Nivel de Cubierta (luego de agotar cantidad de Primer Nivel)	70%
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
Laboratorio	40%
Rayos X	40%
Pruebas Especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	50%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer y Autismo)	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	25%
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	0%
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$10
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	40%
Servicios de emergencia en EU	40%
Servicios y Tratamientos Preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en E.U)	40%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)	
Exámenes neurológicos	40%
Exámenes neurológicos (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	50%
Pruebas genéticas	40%
Terapia ocupacional y del habla (ambulatorios sólo para autismo)	\$10
Visitas al psiquiatra y psicólogo	\$15
Trabajador social (sólo para autismo)	Reembolso
Nutricionista	Reembolso
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	40%
Programas Incluido como Parte de sus Beneficios	
MCS Alivia	\$15
Cubierta Dental (Servicios Dentales adicionales a Dental Pediátrico)	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	20%
Endodoncia (Tratamiento del nervio-Root Canal por Dentista Generalista)	20%
Cubierta de Visión (Servicios de Visión adicionales a Visión Pediátrica)	
Cubierta de \$100 por año póliza por asegurado para servicios de visión	0%