

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

	Cubierta Metálica
	Silver
	Plan
	Silver 7110
<b>Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)</b>	
<b>Deducible Anual para Beneficios Médicos</b>	
Individual	\$0
Familiar	\$0
<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	50%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$8
Especialista	\$15
Sub-Especialista	\$20
Psiquiatra	\$15
Sicólogo	\$15
Podiatra	\$15
Quiropráctico	\$15
Audiólogo	\$15
Óptometra	\$15
Facilidad Ambulatoria	50%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	50%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	50%
Procedimientos Endoscópicos	50%
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero</b>	
Terapia Física	\$15
Terapia Respiratoria	\$15
Cuidado de Salud en el Hogar	50%
Equipo Médico Duradero	50%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$15
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15
Visitas Colaterales	\$15
<b>Medicamentos Recetados (Farmacia)</b>	
Genérico	\$10
Marca Preferida	90%
Marca No Preferida	90%
Medicamentos Especializados	90%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$1
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Genérico	\$25
Marca Preferida	90%
Marca No Preferida	90%
<b>Servicios de Laboratorios y Rayos X</b>	
Laboratorio	50%
Rayos X	50%
Pruebas Especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	50%
<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	50%
<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)	\$10
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	50%
Servicios de emergencia en EU	50%
Servicios y Tratamientos Preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en E.U)	50%
<b>Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)</b>	
Exámenes neurológicos	50%
Exámenes neurológicos (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	50%
Pruebas genéticas	50%
Terapia ocupacional y del habla (ambulatorios sólo para autismo)	\$15
Visitas al psiquiatra y psicólogo	\$15
Trabajador social (sólo para autismo)	Reembolso
Nutricionista	Reembolso
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	50%
<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
	Silver
	Plan
	Silver 7130
<b>Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)</b>	
<b>Deducible Anual para Beneficios Médicos</b>	
Individual	\$0
Familiar	\$0
<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	50%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$8
Especialista	\$15
Sub-Especialista	\$20
Psiquiatra	\$15
Sicólogo	\$15
Podiatra	\$15
Quiropráctico	\$15
Audiólogo	\$15
Óptometra	\$15
Facilidad Ambulatoria	50%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	50%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	50%
Procedimientos Endoscópicos	50%
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero</b>	
Terapia Física	\$15
Terapia Respiratoria	\$15
Cuidado de Salud en el Hogar	50%
Equipo Médico Duradero	50%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$15
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15
Visitas Colaterales	\$15
<b>Medicamentos Recetados (Farmacia)</b>	
Genérico	\$10
Marca Preferida	90%
Marca No Preferida	90%
Medicamentos Especializados	90%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$1
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Genérico	\$25
Marca Preferida	90%
Marca No Preferida	90%
<b>Servicios de Laboratorios y Rayos X</b>	
Laboratorio	50%
Rayos X	50%
Pruebas Especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	50%
<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	50%
<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)	\$10
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	50%
Servicios de emergencia en EU	50%
Servicios y Tratamientos Preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en E.U)	50%
<b>Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)</b>	
Exámenes neurológicos	50%
Exámenes neurológicos (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	50%
Pruebas genéticas	50%
Terapia ocupacional y del habla (ambulatorios sólo para autismo)	\$15
Visitas al psiquiatra y psicólogo	\$15
Trabajador social (sólo para autismo)	Reembolso
Nutricionista	Reembolso
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	50%
<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- <i>Root Canal</i> 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%