

Planes para 2019		
MCS Life Insurance Company	2019	2019
Rev. 5/2018	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]
	[Platinum]	[Platinum]
	[Plan]	[Plan]
[Modelo de Acceso de Farmacia: Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y Red de Farmacias PPO]	[9120, 9130, 9140]**	[9220, 9230, 9240]***
[Modelo de Acceso de Farmacia: Formulario de Medicamentos EHB y Red Especial de Farmacia]	[9120A, 9130A, 9140A]**	[9220A, 9230A, 9240A]***
[Modelo de Acceso de Farmacia: Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y Red Especial de Farmacia]	[9120B, 9130B, 9140B]**	[9220B, 9230B, 9240B]***
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)		
Deducible anual para beneficios médicos		
Individual	\$0	\$0
Familiar	\$0	\$0
Deducible anual para medicamentos recetados (Farmacia)		
Individual	\$0	\$0
Familiar	\$0	\$0
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para beneficios médicos y medicamentos recetados		
Individual	\$6,350	\$6,350
Familiar	\$12,700	\$12,700
Beneficios esenciales de salud		
Servicios de emergencia		
Accidente	\$0	\$0
Enfermedad	\$75	\$75
Centro de urgencias	\$25	\$25
Hospitalización		
Hospitalización parcial	\$75	\$50
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 1	\$125	\$100
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 2	\$250	\$300
Facilidad de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility)	20%	20%
Asistencia quirúrgica en hospital	0%	0%
Hospicio	20%	20%
Servicios ambulatorios		
Generalista (VIP)	\$5	\$5
Generalista (PPO)	\$8	\$8
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (VIP)	\$10	\$10
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (PPO)	\$15	\$15
Sub-especialista (VIP)	\$18	\$18
Sub-especialista (PPO)	\$20	\$20
Facilidad ambulatoria	\$75	\$75
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	0%	0%
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	10%	10%
Procedimientos endoscópicos	10%	10%
Medicamentos administrados a nivel ambulatorio	10%	20%
Quimioterapia y radioterapia	10%	10%
Diálisis y hemodiálisis	0%	0%
Servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico duradero		
Terapia física	\$7	\$7
Terapia respiratoria ambulatoria	\$7	\$7
Cuidado de salud en el hogar (Home Health Care)	0%	0%
Equipo médico duradero (DME)	30%	30%
Manipulaciones de quiropráctico	\$7	\$7
Salud mental		
Terapia de grupo	\$15	\$12
Visitas colaterales	\$15	\$12
Medicamentos recetados (farmacia)		
[Primer nivel de cubierta (cantidad que se aplica a los copagos o coseguros de primer nivel)]	N/A	N/A
[Segundo nivel de cubierta (una vez agotada la cantidad del primer nivel)]	N/A	N/A
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	\$5	\$5
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	15% mínimo \$15	25% mínimo \$10
Marca preferida [(primer nivel)]	15% mínimo \$20	25% mínimo \$30
Marca no preferida [(primer nivel)]	15% mínimo \$40	25% mínimo \$40
Medicamentos especializados preferidos [(primer nivel)]	30%	30%
Medicamentos especializados no preferidos [(primer nivel)]	40%	40%
Medicamentos fuera de recetario (OTC)	\$1	\$1
Programa de Medicamentos por Correo		
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	\$13	\$13
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	15% mínimo \$15	25%, mínimo \$25
Marca preferida [(primer nivel)]	15% mínimo \$50	25% mínimo \$75
Marca no preferida [(primer nivel)]	15% mínimo \$100	25% mínimo \$100
Servicios de laboratorio y rayos x		
Laboratorio (Red Especial)	20%	20%
Laboratorio (Red PPO)	35%	40%
Rayos X	30%	30%
Pruebas especializadas (CT Scan, PET CT, MRI, SPECT)	30%	30%
Pruebas moleculares y/o genéticas	30%	35%

Rev. 5/2018	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]
	[Platinum]	[Platinum]
	[Plan]	[Plan]
[Modelo de Acceso de Farmacia: Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y Red de Farmacias PPO]	[9120, 9130, 9140]**	[9220, 9230, 9240]***
[Modelo de Acceso de Farmacia: Formulario de Medicamentos EHB y Red Especial de Farmacia]	[9120A, 9130A, 9140A]**	[9220A, 9230A, 9240A]***
[Modelo de Acceso de Farmacia: Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y Red Especial de Farmacia]	[9120B, 9130B, 9140B]**	[9220B, 9230B, 9240B]***
Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas		
Servicios preventivos (incluyendo los de mujer y autismo)	0%	0%
Inmunizaciones preventivas (vacunas)	0%	0%
Inmunizaciones (vacunas) para Virus Respiratorio Sincitial	20%	20%
Servicios de Visión Pediátrica		
Visión pediátrica (lentes de corrección visual o marcos (frames) para lentes de corrección visual)	0%	0%
Otros servicios cubiertos		
Examen de refracción (adultos y niños)	\$0	\$0
Ambulancia aérea en Puerto Rico	30%	25%
Servicios de emergencia en los EEUU	30%	25%
Servicios y tratamientos preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en los EEUU)	30%	25%
Estudiantes en los EEUU	20%	20%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)		
Exámenes neurológicos	30%	30%
Exámenes neurológicos (pruebas especializadas CT Scan, PET CT, MRI, SPECT)	30%	30%
Pruebas genéticas	30%	35%
Terapia ocupacional/Terapia del habla y del lenguaje del habla (ambulatorios sólo para autismo)	\$7	\$7
Visitas al psiquiatra y psicólogo	\$12	\$15
Trabajador social (sólo para autismo)	Reembolso	Reembolso
Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida		
Procedimiento de cirugía bariátrica	40%	40%
Programas incluidos como parte de sus beneficios		
MCS Alivia	\$15	\$15
Telemedicina	\$25	\$25
Cubierta Dental		
Diagnóstico y preventivo	0%	0%
Mantenedores de espacio	20%	20%
Restaurativo	20%	20%
Cirugía oral	20%	20%
Máximo de cubierta por año póliza (excepto beneficios esenciales de salud)	\$1,000	\$1,000
Cubierta de Visión (servicios de visión adicionales a Visión Pediátrica)		
Cubierta de \$100 por año póliza por asegurado para servicios de visión	0%	0%
<small>**El producto Gold 8120 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Gold 8130 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Gold 8140 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>**El producto Gold 8220 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Gold 8230 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Gold 8240 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>**El producto Gold 8320 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Gold 8330 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Gold 8340 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>**El producto Platinum 9120 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Platinum 9130 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Platinum 9140 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>***El producto Platinum 9220 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Platinum 9230 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Platinum 9240 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>****El producto Platinum 9320 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Platinum 9330 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Platinum 9340 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>****El producto Platinum 9420 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Platinum 9430 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Platinum 9440 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		

Planes para 2019		
MCS Life Insurance Company	2019	2019
Rev. 5/2018	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]
	[Platinum]	[Platinum]
	[Plan]	[Plan]
[Modelo de Acceso de Farmacia: Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y Red de Farmacias PPO]	[9320, 9330, 9340]****	[9420, 9430, 9440]****
[Modelo de Acceso de Farmacia: Formulario de Medicamentos EHB y Red Especial de Farmacia]	[9320A, 9330A, 9340A]****	[9420A, 9430A, 9440A]****
[Modelo de Acceso de Farmacia: Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y Red Especial de Farmacia]	[9320B, 9330B, 9340B]****	[9420B, 9430B, 9440B]****
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)		
Deducible anual para beneficios médicos		
Individual	\$0	\$0
Familiar	\$0	\$0
Deducible anual para medicamentos recetados (Farmacia)		
Individual	\$0	\$20 por asegurado
Familiar	\$0	\$20 por asegurado
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para beneficios médicos y medicamentos recetados		
Individual	\$6,350	\$6,350
Familiar	\$12,700	\$12,700
Beneficios esenciales de salud		
Servicios de emergencia		
Accidente	\$0	\$25
Enfermedad	\$50	\$100
Centro de urgencias	\$15	\$25
Hospitalización		
Hospitalización parcial	\$50	\$75
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 1	\$75	\$125
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 2	\$200	\$350
Facilidad de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility)	20%	20%
Asistencia quirúrgica en hospital	0%	0%
Hospicio	20%	20%
Servicios ambulatorios		
Generalista (VIP)	\$0	\$7
Generalista (PPO)	\$5	\$10
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (VIP)	\$10	\$18
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (PPO)	\$12	\$20
Sub-especialista (VIP)	\$10	\$22
Sub-especialista (PPO)	\$15	\$22
Facilidad ambulatoria	\$60	\$100
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	0%	0%
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	10%	10%
Procedimientos endoscópicos	10%	20%
Medicamentos administrados a nivel ambulatorio	10%	10%
Quimioterapia y radioterapia	10%	10%
Diálisis y hemodiálisis	0%	10%
Servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico duradero		
Terapia física	\$7	\$7
Terapia respiratoria ambulatoria	\$7	\$7
Cuidado de salud en el hogar (Home Health Care)	0%	0%
Equipo médico duradero (DME)	25%	35%
Manipulaciones de quiropráctico	\$7	\$7
Salud mental		
Terapia de grupo	\$10	\$15
Visitas colaterales	\$10	\$12
Medicamentos recetados (farmacia)		
[Primer nivel de cubierta (cantidad que se aplica a los copagos o coseguros de primer nivel)]	N/A	Hasta \$2,000
[Segundo nivel de cubierta (una vez agotada la cantidad del primer nivel)]	N/A	60%
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	\$5	\$7
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	20% mínimo \$10	25% mínimo \$20
Marca preferida [(primer nivel)]	\$35	25% mínimo \$35
Marca no preferida [(primer nivel)]	45% mínimo \$50	25% mínimo \$40
Medicamentos especializados preferidos [(primer nivel)]	30%	35%
Medicamentos especializados no preferidos [(primer nivel)]	40%	50%
Medicamentos fuera de recetario (OTC)	\$1	\$1
Programa de Medicamentos por Correo		
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	\$13	\$18
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	20% min \$25	25% mínimo \$50
Marca preferida [(primer nivel)]	\$88	25% mínimo \$88
Marca no preferida [(primer nivel)]	\$113	25% mínimo \$100
Servicios de laboratorio y rayos x		
Laboratorio (Red Especial)	20%	25%
Laboratorio (Red PPO)	30%	50%
Rayos X	25%	30%
Pruebas especializadas (CT Scan, PET CT, MRI, SPECT)	25%	40%
Pruebas moleculares y/o genéticas	30%	40%

Rev. 5/2018	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]
	[Platinum]	[Platinum]
	[Plan]	[Plan]
[Modelo de Acceso de Farmacia: Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y Red de Farmacias PPO]	[9320, 9330, 9340]****	[9420, 9430, 9440]****
[Modelo de Acceso de Farmacia: Formulario de Medicamentos EHB y Red Especial de Farmacia]	[9320A, 9330A, 9340A]****	[9420A, 9430A, 9440A]****
[Modelo de Acceso de Farmacia: Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y Red Especial de Farmacia]	[9320B, 9330B, 9340B]****	[9420B, 9430B, 9440B]****
Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas		
Servicios preventivos (incluyendo los de mujer y autismo)	0%	0%
Inmunizaciones preventivas (vacunas)	0%	0%
Inmunizaciones (vacunas) para Virus Respiratorio Sincitial	10%	30%
Servicios de Visión Pediátrica		
Visión pediátrica (lentes de corrección visual o marcos (<i>frames</i>) para lentes de corrección visual)	0%	0%
Otros servicios cubiertos		
Examen de refracción (adultos y niños)	\$0	\$0
Ambulancia aérea en Puerto Rico	25%	25%
Servicios de emergencia en los EEUU	25%	40%
Servicios y tratamientos preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en los EEUU)	25%	25%
Estudiantes en los EEUU	20%	20%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)		
Exámenes neurológicos	25%	30%
Exámenes neurológicos (<i>pruebas especializadas CT Scan, PET CT, MRI, SPECT</i>)	25%	40%
Pruebas genéticas	30%	40%
Terapia ocupacional/Terapia del habla y del lenguaje del habla (ambulatorios sólo para autismo)	\$7	\$7
Visitas al psiquiatra y psicólogo	\$10	\$18
Trabajador social (sólo para autismo)	Reembolso	Reembolso
Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida		
Procedimiento de cirugía bariátrica	40%	50%
Programas incluidos como parte de sus beneficios		
MCS Alivia	\$15	\$15
Telemedicina	\$25	\$25
Cubierta Dental		
Diagnóstico y preventivo	0%	0%
Mantenedores de espacio	20%	20%
Restaurativo	20%	20%
Cirugía oral	20%	20%
Máximo de cubierta por año póliza (excepto beneficios esenciales de salud)	\$1,000	\$1,000
Cubierta de Visión (servicios de visión adicionales a Visión Pediátrica)		
Cubierta de \$100 por año póliza por asegurado para servicios de visión	0%	0%
<small>*El producto Gold 8120 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Gold 8130 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Gold 8140 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>**El producto Gold 8220 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Gold 8230 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Gold 8240 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>**El producto Gold 8320 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Gold 8330 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Gold 8340 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>***El producto Platinum 9120 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Platinum 9130 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Platinum 9140 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>****El producto Platinum 9220 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Platinum 9230 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Platinum 9240 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>*****El producto Platinum 9320 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Platinum 9330 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Platinum 9340 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		
<small>*****El producto Platinum 9420 tiene un Plan Dental 200, incluido en la cubierta básica. El producto Platinum 9430 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima. El producto Platinum 9440 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.</small>		