

[Cubierta Metálica]
Plan
[Gold]
[8110***, 8130***]

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
Deducible anual para beneficios de hospital	
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	\$20
Enfermedad	\$80
Servicios de urgencia	
Centro de urgencia	\$40
Hospitalización	
Hospitalización parcial	\$75
Hospitalización (incluyendo salud mental, regular o parcial) Nivel 1	\$150
Hospitalización (incluyendo salud mental, regular o parcial) Nivel 2	\$350
Facilidad de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility)	30%
Asistencia quirúrgica en hospital	50%
Servicios ambulatorios	
Generalista (VIP)	\$5
Generalista (PPO)	\$8
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (VIP)	\$15
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (PPO)	\$18
Sub-especialista (VIP)	\$20
Sub-especialista (PPO)	\$22
Facilidad ambulatoria	\$125
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	20%
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	40%
Procedimientos endoscópicos	40%
Quimioterapia, radioterapia y medicamentos para preparación de quimioterapia	20%
Diálisis y hemodiálisis	10%
Servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico duradero	
Terapia física (incluye terapia respiratoria ambulatoria y manipulaciones de quiropráctico)	\$10
Cuidado de salud en el hogar (Home Health Care)	40%
Equipo médico duradero (DME)	40%
Salud mental	
Terapia de grupo	\$15
Visitas colaterales	\$15
Medicamentos recetados (farmacia)	
Primer nivel de cubierta	Hasta \$1,200
Segundo nivel de cubierta	90%
Genérico preferido - primer nivel	\$5
Genérico no preferido - primer nivel	\$15
Marca preferida - primer nivel	20% mín. \$20
Marca no preferida - primer nivel	20% mín. \$40
Medicamentos especializados preferidos - primer nivel	90%
Medicamentos especializados no preferidos - primer nivel	90%
Medicamentos fuera del recetario (OTC) - primer nivel	\$1
Programa de Medicamentos por Correo	
Genérico preferido - primer nivel	\$13
Genérico no preferido - primer nivel	\$38
Marca preferida - primer nivel	90%
Marca no preferida - primer nivel	90%
Servicios de laboratorios y rayos x	
Laboratorio	25%
Rayos x (incluye: medicina nuclear, cateterismo cardiaco, prueba diagnóstica cardiaca (Stress test, Echo Cardio, y otras))	30%
Pruebas especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%
Pruebas moleculares y/o genéticas	75%
Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas	
Servicios preventivos (incluyendo los de mujer y autismo)	0%

Imunizaciones preventivas (vacunas)	0%
Imunizaciones (vacunas) para Virus Respiratorio Sincitial	30%
Servicios de Dental y Visión Pediátrica	
Dental Pediátrico	0%
Visión Pediátrica (lentes de corrección visual o marcos (frames) para lentes de corrección visual)	0%
Otros servicios cubiertos	
Examen de refracción (adultos y niños)	\$5
Ambulancia aérea en Puerto Rico	50%
Servicios de emergencia en los EEUU	50%
Servicios y tratamientos preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en los EEUU)	40%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)	
Exámenes neurológicos	30%
Exámenes neurológicos (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%
Pruebas genéticas	75%
Terapia ocupacional/ Terapia del habla y lenguaje (ambulatorios sólo para autismo)	\$10
Visitas al psiquiatra y psicólogo (VIP)	\$20
Visitas al psiquiatra y psicólogo (PPO)	\$22
Trabajador social (sólo para autismo)	reembolso
Nutricionista (VIP)	\$15
Nutricionista (PPO)	\$18
Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida	
Procedimiento de cirugía bariátrica	50%
Programas incluidos como parte de sus beneficios	
MCS Alivia	\$15
Telemedicina	\$25
Cubierta Dental (Servicios Dentales adicionales a Dental Pediátrico)	
Diagnóstico y preventivo	0%

MCS Life Insurance Company

5/2018

[Cubierta Metálica]
Plan
[Gold]
[8110***, 8130***]

Cubierta de Visión (Servicios de Visión adicionales a Visión Pediátrica)	
Cubierta de \$100 por año póliza por asegurado para servicios de visión	0%

*El producto Bronze 6110 tiene un Plan Dental 100, incluido en la cubierta básica. El producto Bronze 6130 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima.

**El producto Silver 7110 tiene un Plan Dental 100, incluido en la cubierta básica. El producto Silver 7130 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima.

***El producto Gold 8110 tiene un Plan Dental 100, incluido en la cubierta básica. El producto Silver 8130 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima.