

Planes para 2019

MCS Life Insurance Company

Rev. 5/2018

	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]
	Plan	Plan	Plan	Plan
	[Gold] [8110, 8130, 8140]**	[Gold] [8210, 8230, 8240]***	[Gold] [8310, 8330, 8340]****	[Gold] [8410, 8430, 8440]*****
<b>Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)</b>				
<b>Deducible anual para beneficios médicos</b>				
Individual	\$0	\$0	\$0	\$0
Familiar	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Deducible anual para medicamentos recetados (farmacia)</b>				
Individual	\$50 por asegurado	\$0	\$0	\$0
Familiar	\$50 por asegurado	\$0	\$0	\$0
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para beneficios médicos y medicamentos recetados (farmacia)</b>				
Individual	\$6,350	\$6,350	\$6,350	\$6,350
Familiar	\$12,700	\$12,700	\$12,700	\$12,700
<b>Beneficios esenciales de salud</b>				
<b>Servicios de emergencia y urgencia</b>				
Accidente	\$0	\$0	\$0	\$0
Enfermedad	\$50	\$75	\$50	\$40
Centro de urgencia	\$20	\$20	20%	20%
<b>Hospitalización</b>				
Hospitalización parcial	\$75	\$50	\$75	\$75
Hospitalización (incluyendo salud mental, regular o parcial ) Nivel 1	\$75	\$50	\$100	\$100
Hospitalización (incluyendo salud mental, regular o parcial ) Nivel 2	\$150	\$100	\$275	\$275
Facilidad de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility)	\$150	\$100	50%	30%
Asistencia quirúrgica en el hospital	30%	50%	30%	30%
<b>Servicios ambulatorios</b>				
Generalista (VIP)	\$5	\$5	\$10	\$8
Generalista (PPO)	\$8	\$8	\$12	\$10
Especialista, incluyendo: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optrómetras y Nutricionistas (VIP)	\$15	\$12	\$15	\$12
Especialista, incluyendo: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optrómetras y Nutricionistas (PPO)	\$18	\$15	\$18	\$15
Subespecialista (VIP)	\$18	\$15	\$15	\$15
Subespecialista (PPO)	\$20	\$20	\$18	\$18
Facilidad ambulatoria	\$75	\$55	\$75	\$50
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	30%	50%	25%	25%
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	30%	50%	\$50	\$40
Procedimientos endoscópicos	30%	50%	25%	25%
Quimioterapia, radioterapia y medicamentos para preparación de quimioterapia	20%	20%	20%	20%
Dialisis y hemodialisis	20%	20%	20%	20%
<b>Servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico duradero</b>				
Terapia física (incluye terapia respiratoria ambulatoria y manipulaciones de quiropráctico)	\$7	\$7	\$7	\$7
Cuidado de salud en el hogar (Home Health Care)	40%	50%	50%	40%
Equipo médico duradero (DME)	40%	50%	50%	40%
<b>Salud mental</b>				
Terapia de grupo	\$15	\$12	\$15	\$12
Visitas colaterales	\$15	\$12	\$15	\$12
<b>Medicamentos recetados (farmacia)</b>				
[Primer nivel de cubierta (cantidad que se aplica a los copagos o coseguros de primer nivel)]	N/A	Hasta \$2,000	Hasta \$1,500	N/A
[Segundo nivel de cubierta (una vez agotada la cantidad del primer nivel)]	N/A	70%	80%	N/A
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	\$7	\$5	\$10	\$7
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	\$10	\$10	\$10	\$15
Marca preferida [(primer nivel)]	\$30	\$20	25% mín. \$20	20% mín. \$15
Marca no preferida [(primer nivel)]	30% mín. \$35	\$40	25% mín. \$40	20% mín. \$30
Medicamentos especializados preferidos [(primer nivel)]	30%	30%	40%	30%
Medicamentos especializados no preferidos [(primer nivel)]	50%	50%	60%	50%
Medicamentos fuera de recetario (OTC) [(primer nivel)]	\$1	\$1	\$1	\$1
<b>Programa de Medicamentos por Correo</b>				
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	\$18	\$13	\$25	\$18
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	\$25	\$25	\$25	\$38
Marca preferida [(primer nivel)]	\$75	\$50	25% mín. \$50	20% mín. \$38
Marca no preferida [(primer nivel)]	30% mín. \$87	\$100	25% mín. \$100	20% mín. \$75
<b>Servicios de laboratorios y rayos x</b>				
Laboratorio (Red Especial de Laboratorios)	20%	35%	30%	25%
Rayos X (incluye medicina nuclear, cateterismo cardiaco, prueba diagnóstica cardiaca (Stress test, Echo Cardio, y otras))	30%	40%	30%	25%
Pruebas especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%	50%	40%	35%
Pruebas moleculares y/o genéticas	50%	50%	50%	50%
<b>Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas</b>				
Servicios preventivos (incluyen los de mujer y autismo)	0%	0%	\$0	0%
Inmunizaciones preventivas (vacunas)	0%	0%	\$0	0%
Inmunizaciones (vacunas) para Virus Respiratorio Sincital	40%	50%	30%	30%
<b>Servicios de Dental y Visión Pediátrica</b>				
Dental pediátrico	0%	0%	0%	0%
Visión pediátrica (lentes de corrección visual o marcos (frames) para lentes de corrección visual)	0%	0%	0%	0%
<b>Otros servicios cubiertos</b>				
Examen de refracción (adultos y niños)	\$5	\$5	\$5	\$5
Ambulancia aérea en Puerto Rico	40%	50%	40%	40%
Servicios de emergencia en los EEUU	40%	50%	40%	40%
Servicios y tratamientos preautorizados no disponible en Puerto Rico (en los EEUU)	40%	50%	40%	40%
<b>Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)</b>				
Exámenes neurológicos	30%	40%	30%	25%
Exámenes neurológicos (Pruebas especializadas: CT Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%	50%	40%	35%
Pruebas genéticas	50%	50%	50%	50%
Terapia ocupacional/Terapia del habla y lenguaje (ambulatorios sólo para autismo)	\$7	\$7	\$7	\$7
Visitas al psiquiatra y psicólogo	\$15	\$12	\$15	\$12
Nutricionista (VIP)	\$15	\$12	\$15	\$12
Nutricionista (PPO)	\$18	\$15	\$18	\$15
Trabajador social (sólo para autismo)	Reembolso	Reembolso	Reembolso	Reembolso
<b>Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida</b>				

Procedimiento de cirugía bariátrica	40%	50%	40%	40%
<b>Programas incluido como parte de sus beneficios</b>				
MCS Alvia	\$15	\$15	\$15	\$15
Telemedicina	\$25	\$25	\$25	\$25
<b>Cubierta Dental (servicios dentales adicionales a Dental Pediátrico)</b>				
Diagnóstico y preventivo	0%	0%	0%	0%
<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%	0%	0%	0%

\*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 v conlleva un costo adicional en prima. El producto Si 7140 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 v conlleva un costo adicional en prima.

\*\*El producto Gold 8110 tiene un Plan Dental 100, incluido en la cubierta básica. El producto Gold 8130 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 v conlleva un costo adicional en prima. El producto G 8140 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 v conlleva un costo adicional en prima.

\*\*\*El producto Gold 8210 tiene un Plan Dental 100, incluido en la cubierta básica. El producto Gold 8230 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 v conlleva un costo adicional en prima. El producto Gold 8140 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 v conlleva un costo adicional en prima.

\*\*\*\*El producto Gold 8310 tiene un Plan Dental 100, incluido en la cubierta básica. El producto Gold 8330 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 v conlleva un costo adicional en prima. El producto Gold 8340 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 v conlleva un costo adicional en prima.

\*\*\*\*\*El producto Gold 8410 tiene un Plan Dental 100, incluido en la cubierta básica. El producto Gold 8430 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 v conlleva un costo adicional en prima. El producto Gold 8440 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 v conlleva un costo adicional en prima.