

Planes para 2019
MCS Life Insurance Company

Rev. 5/2018

	Plan Bronze [6110*, 6130*]
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
Individual	\$100 / miembro Solo para hospital, pruebas especializadas, laboratorios y Rayos X
Familiar	\$200 / miembro Solo para hospital, pruebas especializadas, laboratorios y Rayos X
Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)	
Individual	\$20 / miembro
Familiar	\$20 / 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	\$85
Servicios de Urgencia	
Centro de Urgencia	60%
Hospitalización	
Hospitalización (incluyendo Salud Mental, regular o parcial)	\$400
Hospitalización parcial	\$200
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	70%
Asistencia Quirúrgica en hospital	75%
Servicios Ambulatorios	
Generalista (VIP)	\$8
Generalista (PPO)	\$10
Especialista (VIP) incluyendo: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Otorrinolaringólogos, Nutricionistas (VIP)	\$15
Especialista, (PPO) incluyendo: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Otorrinolaringólogos, Nutricionistas (PPO)	\$18
Sub-Especialista (VIP)	\$22
Sub-Especialista (PPO)	\$25
Facilidad Ambulatoria	75%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	75%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	75%
Procedimientos Endoscópicos	75%
Quimioterapia, radioterapia y medicamentos para preparación de quimioterapia	50%
Dialisis y hemodialisis	20%
Servicios de Rehabilitación, Habitación y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física (Incluye: Terapia Respiratoria, Manipulaciones de Quiropráctico)	75%
Cuidado de Salud en el Hogar (Home Health Care)	75%
Equipo Médico Duradero (DME)	75%
Salud Mental	
Terapia de Grupo	75%
Visitas Colaterales	75%
Medicamentos Recetados (Farmacia)	
Primer Nivel de Cubierta	Hasta \$500
Segundo Nivel de Cubierta	90%
Genérico Preferido - Primer Nivel	15% min. \$15
Genérico No-Preferido - Primer Nivel	50%
Marca Preferida - Primer Nivel	50%
Marca No-Preferida - Primer Nivel	90%
Medicamentos Especializados Preferidos - Primer Nivel	90%
Medicamentos No-Preferidos Especializados - Primer Nivel	90%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC) - Primer Nivel	\$1
Programa de Medicamentos Por Correo	
Genérico Preferido - Primer Nivel	15% min. \$38
Genérico No-Preferido - Primer Nivel	90%
Marca Preferida - Primer Nivel	90%
Marca No-Preferida - Primer Nivel	90%
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
Laboratorio	50%
Rayos X (Incluye: Medicina Nuclear, Cateterismo Cardíaco, Prueba diagnóstica Cardíaca (Stress test, Echo Cardíaco, y otras)	75%
Pruebas Especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	75%
Pruebas Molecular y/o Genética	75%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (incluyendo los de mujer y Autismo)	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
Inmunizaciones (Vacunas) para Virus Respiratorio Sincitial	75%

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)	\$10
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	75%
Servicios de emergencia en EU	75%
Servicios y Tratamientos Preautorizados no disponible en Puerto Rico (en EU)	75%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)	
Exámenes neurológicos	75%
Exámenes neurológicos (Pruebas especializadas: CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	75%
Pruebas Genéticas	75%
Terapia ocupacional / Terapia del habla y lenguaje (ambulatorios sólo para Autismo)	75%
Visitas al Psiquiatra y Psicólogo	\$18
Nutricionista (VIP)	\$15
Nutricionista (PPO)	\$18
Trabajador Social (sólo para Autismo)	Reembolso
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	75%
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	
MCS Alivia	\$15
MCS Medilínea MD	\$25
Cubierta Dental (Servicios Dentales adicionales a Dental Pediátrico)	
Diagnóstico y Preventivo	0%
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 Silver 7210 tiene un Plan Dental 100, incluido en la cubierta básica. El producto Silver 7230 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicional en prima.