

Planes para 2019
MCS Life Insurance Company

Rev. 5/2018

	Plan Silver [7110**, 7130**]
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
Individual	\$25
Familiar	\$25
Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)	
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	\$40
Enfermedad	\$125
Servicios de Urgencia	
Centro de Urgencia	\$50
Hospitalización	
Hospitalización (incluyendo Salud Mental, regular o parcial)	\$200
Hospitalización parcial	\$100
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	30%
Asistencia Quirúrgica en hospital	50%
Servicios Ambulatorios	
Generalista (VIP)	\$5
Generalista (PPO)	\$8
Especialista (VIP) incluyendo: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Otorrinolaringólogos, Nutricionistas (VIP)	\$12
Especialista, (PPO) incluyendo: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Otorrinolaringólogos, Nutricionistas (PPO)	\$15
Sub-Especialista (VIP)	\$18
Sub-Especialista (PPO)	\$20
Facilidad Ambulatoria	50%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	50%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria	50%
Procedimientos Endoscópicos	50%
Quimioterapia, radioterapia y medicamentos para preparación de quimioterapia	25%
Dialisis y hemodialisis	10%
Servicios de Rehabilitación, Habitación y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física (Incluye: Terapia Respiratoria, Manipulaciones de Quiropráctico)	\$10
Cuidado de Salud en el Hogar (Home Health Care)	50%
Equipo Médico Duradero (DME)	50%
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$15
Visitas Colaterales	\$15
Medicamentos Recetados (Farmacia)	
Primer Nivel de Cubierta	Hasta \$800
Segundo Nivel de Cubierta	90%
Genérico Preferido - Primer Nivel	\$5
Genérico No-Preferido - Primer Nivel	\$15
Marca Preferida - Primer Nivel	90%
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	\$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	35%
Rayos X (Incluye: Medicina Nuclear, Cateterismo Cardíaco, Prueba diagnóstica Cardíaca (Stress test, Echo Cardíaco, y otras)	35%
Pruebas Especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	50%
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	40%

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 EU	50%
Servicios y Tratamientos Preautorizados no disponible en Puerto Rico (en EU)	50%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)	
Exámenes neurológicos	35%
Exámenes neurológicos (Pruebas especializadas: CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	50%
Pruebas Genéticas	75%
Terapia ocupacional / Terapia del habla y lenguaje (ambulatorios sólo para Autismo)	\$10
Visitas al Psiquiatra y Psicólogo	\$15
Nutricionista (VIP)	\$12
Nutricionista (PPO)	\$15
Trabajador Social (sólo para Autismo)	Reembolso
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
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.