

Planes 2020			
MCS Life Insurance Company	2020	2020	2020
Rev. 6/2019	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]
	[Gold]	[Gold]	[Gold]
	[Plan]	[Plan]	[Plan]
	[8110,8130,8140]	[8210,8230,8240]	[8310,8330,8340]
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)			
Deducible anual para beneficios médicos			
Individual	\$0	\$0	\$0
Familiar	\$0	\$0	\$0
Deducible anual para medicamentos recetados (Farmacia)			
Individual	\$0	\$0	\$0
Familiar	\$0	\$0	\$0
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para beneficios médicos y medicamentos recetados			
Individual	\$6,350	\$6,350	\$6,350
Familiar	\$12,700	\$12,700	\$12,700
Beneficios esenciales de salud			
Servicios de emergencia			
Accidente	\$0	\$0	\$20
Enfermedad	\$75	\$100	\$75
Centro de urgencias	\$20	\$25	\$25
Hospitalización			
Hospitalización parcial	\$50	\$75	\$50
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 1	\$75	\$125	\$100
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 2	\$275	\$250	\$350
Facilidad de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility)	50%	20%	30%
Asistencia quirúrgica en hospital	0%	0%	0%
Hospicio	50%	20%	40%
Servicios ambulatorios			
Generalista (VIP)	\$5	\$5	\$8
Generalista (PPO)	\$8	\$8	\$10
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (VIP)	\$12	\$12	\$12
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (PPO)	\$15	\$15	\$15
Sub-especialista (VIP)	\$15	\$18	\$15
Sub-especialista (PPO)	\$18	\$20	\$18
Doctores en Naturopatía	\$15	\$15	\$15
Facilidad ambulatoria	\$75	\$75	\$100
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	40%	0%	25%
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	50%	10%	40%
Procedimientos endoscópicos	50%	10%	40%
Medicamentos administrados a nivel ambulatorio	0% up to \$10,000	0% up to \$10,000	0% up to \$10,000
Quimioterapia y radioterapia	20%	10%	20%
Diálisis y hemodiálisis	20%	0%	20%
Servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico duradero			
Terapia física	\$7	\$7	\$7
Terapia respiratoria ambulatoria	\$10	\$7	\$7
Cuidado de salud en el hogar (Home Health Care)	50%	0%	40%
Equipo médico duradero (DME)	50%	25%	40%
Manipulaciones de quiropráctico	\$7	\$7	\$7
Salud mental			
Terapia de grupo	\$12	\$15	\$12
Visitas colaterales	\$12	\$15	\$12
Medicamentos recetados (farmacia)			
[Primer nivel de cubierta (cantidad que se aplica a los copagos o coseguros de primer nivel)]	Hasta \$1,200	N/A	N/A
[Segundo nivel de cubierta (una vez agotada la cantidad del primer nivel)]	70%	N/A	N/A
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	\$5	\$5	\$7
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	\$10	\$15	\$15
Marca preferida [(primer nivel)]	20% min \$20	15% min \$20	20% min \$15
Marca no preferida [(primer nivel)]	20% min \$40	15% min \$40	20% min \$30
Medicamentos especializados preferidos [(primer nivel)]	30%	30%	30%
Medicamentos especializados no preferidos [(primer nivel)]	50%	40%	40%
Medicamentos fuera de recetario (OTC)	\$1	\$1	\$1
Programa de Medicamentos por Correo			
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	\$13	\$13	\$18
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	\$25	\$38	\$38
Marca preferida [(primer nivel)]	20% min. \$50	15% min. \$50	20% min. \$38
Marca no preferida [(primer nivel)]	20% min. \$100	15% min. \$100	20% min. \$75
Medicamentos de mantenimiento a noventa (90) días			
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	\$13	\$13	\$18
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	\$25	\$38	\$38
Marca preferida [(primer nivel)]	20% min. \$50	15% min. \$50	20% min. \$38
Marca no preferida [(primer nivel)]	20% min. \$100	15% min. \$100	20% min. \$75
Laboratory and X-ray Services			
Laboratorio (Red Especial)	30%	20%	30%
Rayos X	40%	30%	40%
Pruebas especializadas (CT Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%	30%	35%
Pruebas moleculares y/o genéticas	40%	30%	40%

Rev. 6/2019	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]
	[Gold]	[Gold]	[Gold]
	[Plan]	[Plan]	[Plan]
	[8110,8130,8140]	[8210,8230,8240]	[8310,8330,8340]
Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas			
Servicios preventivos (incluyendo los de mujer y autismo)	0%	0%	0%
Inmunizaciones preventivas (vacunas)	0%	0%	0%
Inmunizaciones (vacunas) para Virus Respiratorio Sincitial	40%	20%	30%
Servicios de Visión Pediátrica			
Visión pediátrica (lentes de corrección visual o marcos (<i>frames</i>) para lentes de corrección visual)	0%	0%	0%
Otros servicios cubiertos			
Examen de refracción (adultos y niños)	\$5	\$0	\$5
Ambulancia aérea en Puerto Rico	40%	30%	40%
Servicios de emergencia en los EEUU	40%	30%	40%
Servicios y tratamientos preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en los EEUU)	50%	30%	40%
Estudiantes en los EEUU	N/A	N/A	N/A
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)			
Exámenes neurológicos	30%	30%	25%
Exámenes neurológicos (<i>pruebas especializadas CT Scan, PET CT, MRI, SPECT</i>)	40%	30%	35%
Pruebas genéticas	40%	30%	40%
Terapia ocupacional/Terapia del habla y del lenguaje del habla (ambulatorios sólo para autismo)	\$7	\$7	\$7
Visitas al psiquiatra y psicólogo	\$15	\$12	\$15
Nutricionista (VIP)	\$12	\$12	\$12
Nutricionista (PPO)	\$15	\$15	\$15
Trabajador social (sólo para autismo)	Reimbursement	Reimbursement	Reimbursement
Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida			
Procedimiento de cirugía bariátrica	40%	40%	40%
Programas incluidos como parte de sus beneficios			
MCS Alivia	\$15	\$15	\$15
MCS Medilínea MD	\$15	\$15	\$15
Cubierta Dental (servicios dentales adicionales a Dental Pediátrico)			
Diagnóstico y preventivo	0%	0%	0%
Cubierta de Visión (servicios de visión adicionales a Visión Pediátrica)			
Cubierta de \$100 por año póliza por asegurado para servicios de visión	0%	0%	0%

*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 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.

**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 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.

***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 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.

****El producto Platinum 9110 tiene un Plan Dental 100, 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.

*****El producto Platinum 9210 tiene un Plan Dental 100, 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.

*****El producto Platinum 9310 tiene un Plan Dental 100, 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.

*****El producto Platinum 9410 tiene un Plan Dental 100, 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.