MCS Global Elite				
Planes 2020				
MCS Life Insurance Company	**2020**	**2020**	**2020**	**2020**
Rev. 6/2019	**[Cubierta Metálica]**	**[Cubierta Metálica]**	**[Cubierta Metálica]**	**[Cubierta Metálica]**
	[Platinum]	[Platinum]	[Platinum]	[Platinum]
	[Plan]	**[Plan]**	**[Plan]**	**[Plan]**
	[9110,9130,9140]	**[9210,9230,9240]**	**[9310,9330,9340]**	**[9410,9430,9440]**
Deducible y Máximo de Bolsillo *(MOOP)*				
Deducible anual para beneficios médicos				
Individual	$0	$0	$0	$0
Familiar	$0	$0	$0	$0
Deducible anual para medicamentos recetados (Farmacia)				
Individual	$0	$0	$0	$20/ insured
Familiar	$0	$0	$0	$20/ insured
Gasto Máximo del Bolsillo *(MOOP)* para beneficios médicos y medicamentos recetados				
Individual	$6,350	$6,350	$6,350	$6,350
Familiar	$12,700	$12,700	$12,700	$12,700
Beneficios esenciales de salud				
Servicios de emergencia				
Accidente	$0	$0	$0	$25
Enfermedad	$75	$75	$50	$100
Centro de urgencias	$25	$25	$15	$25
Hospitalización				
Hospitalización parcial	$75	$50	$50	$75
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 1	$100	$75	$75	$125
Hospitalización (incluyendo salud mental) Nivel 2	$300	$350	$200	$350
Facilidad de enfermería especializada (*Skilled Nursing Facility)*	20%	20%	20%	20%
Asistencia quirúrgica en hospital	0%	0%	0%	0%
Hospicio	20%	20%	20%	20%
Servicios ambulatorios				
Generalista (VIP)	$5	$5	$0	$7
Generalista (PPO)	$8	$8	$5	$10
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (VIP)	$10	$10	$10	$18
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (PPO)	$15	$15	$12	$20
Sub-especialista (VIP)	$18	$18	$10	$22
Sub-especialista (PPO)	$20	$20	$15	$22
Doctores en Naturopatía	$15	$15	$12	$20
Facilidad ambulatoria	$75	$75	$60	$100
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	0%	0%	0%	0%
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	10%	10%	10%	10%
Procedimientos endoscópicos	10%	10%	10%	20%
Medicamentos administrados a nivel ambulatorio	0% up to $10,000	0% up to $10,000	0% up to $10,000	0% up to $10,000
Quimioterapia y radioterapia	10%	10%	10%	10%
Diálisis y hemodiálisis	0%	0%	0%	10%
Servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico duradero				
Terapia física	$7	$7	$7	$7
Terapia respiratoria ambulatoria	$7	$7	$7	$7
Cuidado de salud en el hogar *(Home Health Care)*	0%	0%	0%	0%
Equipo médico duradero *(DME)*	30%	30%	25%	35%
Manipulaciones de quiropráctico	$7	$7	$7	$7
Salud mental				
Terapia de grupo	$15	$12	$10	$15
Visitas colaterales	$15	$12	$10	$12
Medicamentos recetados (farmacia)				
[Primer nivel de cubierta (cantidad que se aplica a los copagos o coseguros de primer nivel)]	up to $5,000	N/A	N/A	Hasta $2,000
[Segundo nivel de cubierta (una vez agotada la cantidad del primer nivel)]	50%	N/A	N/A	60%
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	$5	$5	$5	$7
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	15% min $15	25% min $10	20% min $10	25% min $20
Marca preferida [(primer nivel)]	15% min $20	25% min $30	$35	25% min $35
Marca no preferida [(primer nivel)]	15% min $40	25% min $40	45% min $50	25% min $40
Medicamentos especializados preferidos [(primer nivel)]	30%	30%	30%	35%
Medicamentos especializados no preferidos [(primer nivel)]	40%	40%	40%	50%
Medicamentos fuera de recetario *(OTC)*	$1	$1	$1	$1
Programa de Medicamentos por Correo				
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	$13	$13	$13	$18
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	15% min. $15	25%, min. $25	20% min $25	25% min. $50
Marca preferida [(primer nivel)]	15% min. $50	25% min. $75	$88	25% min. $88
Marca no preferida [(primer nivel)]	15% min. $100	25% min. $100	$113	25% min. $100
Medicamentos de mantenimiento a noventa (90) días				
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	$13	$13	$13	$18
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	15% min. $15	25%, min. $25	20% min $25	25% min. $50
Marca preferida [(primer nivel)]	15% min. $50	25% min. $75	$88	25% min. $88
Marca no preferida [(primer nivel)]	15% min. $100	25% min. $100	$113	25% min. $100
Laboratory and X-ray Services				
Laboratorio (Red Especial)	25%	30%	20%	25%
Rayos X	30%	30%	25%	30%
Pruebas especializadas (CT Scan, PET CT, MRI, SPECT)	30%	30%	25%	40%
Pruebas moleculares y/o genéticas	30%	35%	30%	40%

Rev. 6/2019	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]	[Cubierta Metálica]
	[Platinum]	[Platinum]	[Platinum]	[Platinum]
	[Plan]	**[Plan]**	**[Plan]**	**[Plan]**
	[9110,9130,9140]	**[9210,9230,9240]**	**[9310,9330,9340]**	**[9410,9430,9440]**
Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas				
Servicios preventivos (incluyendo los de mujer y autismo)	0%	0%	0%	0%
Inmunizaciones preventivas (vacunas)	0%	0%	0%	0%
Inmunizaciones (vacunas) para Virus Respiratorio Sincitial	20%	20%	10%	30%
Servicios de Visión Pediátrica				
Visión pediátrica (lentes de corrección visual o marcos *(frames)* para lentes de corrección visual)	0%	0%	0%	0%
Otros servicios cubiertos				
Examen de refracción (adultos y niños)	$0	$0	$0	$0
Ambulancia aérea en Puerto Rico	30%	25%	25%	25%
Servicios de emergencia en los EEUU	30%	25%	25%	40%
Servicios y tratamientos preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en los EEUU)	30%	25%	25%	25%
Estudiantes en los EEUU	20%	20%	20%	20%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)				
Exámenes neurológicos	30%	30%	25%	30%
Exámenes neurológicos *(pruebas especializadas CT Scan, PET CT, MRI, SPECT)*	30%	30%	25%	40%
Pruebas genéticas	30%	35%	30%	40%
Terapia ocupacional/Terapia del habla y del lenguaje del habla (ambulatorios sólo para autismo)	$7	$7	$7	$7
Visitas al psiquiatra y psicólogo	$12	$15	$10	$18
Nutricionista (VIP)	$10	$10	$10	$18
Nutricionista (PPO)	$15	$15	$12	$20
Trabajador social (sólo para autismo)	Reimbursement	Reimbursement	Reimbursement	Reimbursement
Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida				
Procedimiento de cirugía bariátrica	40%	40%	40%	50%
Programas incluidos como parte de sus beneficios				
MCS Alivia	$15	$15	$15	$15
MCS Medilínea MD	$15	$15	$15	$15
Cubierta Dental (servicios dentales adicionales a Dental Pediátrico)				
Diagnóstico y preventivo	0%	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%	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*
8140 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.

**El producto Gold 8210 tiene un Dental 100, incluido en la cubierta básica. El producto Gold 8230 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 300 y conlleva un costo adicio*
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*
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*
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*
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*
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*
producto Platinum 9440 incluye un beneficio opcional de Plan Dental 400 y conlleva un costo adicional en prima.