

Planes 2020

MCS Life Insurance Company

	2020	2020	2020	2020
	[Metal Coverage]	[Metal Coverage]	[Metal Coverage]	[Metal Coverage]
	Plan	Plan	Plan	Plan
	[Gold] [8110, 8130, 8140]	[Gold] [8210, 8230, 8240,]	[Gold] [8310, 8330, 8340]	[Gold] [8410, 8430, 8440]
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	\$50/ asegurado	\$0	\$0	\$0
Familiar	\$50/ asegurado	\$0	\$0	\$0
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para beneficios médicos y medicamentos recetados (farmacia)				
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 y urgencia				
Accidente	\$0	\$0	\$0	\$0
Enfermedad	\$75	\$100	\$50	\$40
Centro de urgencia	\$25	\$20	20%	20%
Hospitalización				
Hospitalización parcial	\$75	\$50	\$75	\$75
Hospitalización (incluyendo salud mental, regular o parcial) Nivel 1	\$100	\$75	\$100	\$100
Hospitalización (incluyendo salud mental, regular o parcial) Nivel 2	\$350	\$350	\$350	\$350
Facilidad de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility)	\$125	\$100	50%	30%
Asistencia quirúrgica en el hospital	30%	50%	30%	30%
Servicios ambulatorios				
Generalista (VIP)	\$5	\$5	\$10	\$8
Generalista (PPO)	\$8	\$8	\$12	\$10
Especialista, incluyendo: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (VIP)	\$15	\$12	\$15	\$12
Especialista, incluyendo: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (PPO)	\$18	\$15	\$18	\$15
Subespecialista (VIP)	\$18	\$15	\$15	\$15
Subespecialista (PPO)	\$20	\$20	\$18	\$18
Doctores en Naturopatía	\$18	\$15	\$18	\$15
Facilidad ambulatoria	\$100	\$150	\$75	\$50
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	20%	40%	25%	25%
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	30%	40%	\$50	\$40
Procedimientos endoscópicos	30%	40%	25%	25%
Quimioterapia, radioterapia y medicamentos para preparación de quimioterapia	20%	20%	20%	20%
Dialisis y hemodialis	20%	20%	20%	20%
Servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico duradero				
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%	20%	40%
Equipo médico duradero (DME)	40%	50%	50%	40%
Salud mental				
Terapia de grupo	\$15	\$12	\$15	\$12
Visitas colaterales	\$15	\$12	\$15	\$12
Medicamentos recetados (farmacia)				
[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	\$5	\$7
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	15% min \$15	\$10	\$15	\$15
Marca preferida [(primer nivel)]	15% min. \$20	\$20	25% min. \$15	20% min. \$15
Marca no preferida [(primer nivel)]	15% min. \$35	\$40	25% min. \$30	20% min. \$30
Medicamentos especializados preferidos [(primer nivel)]	30%	30%	40%	30%
Medicamentos especializados no preferidos [(primer nivel)]	50%	50%	50%	50%
Medicamentos fuera de recetario (OTC) [(primer nivel)]	\$1	\$1	\$1	\$1
Programa de Medicamentos por Correo				
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	\$18	\$13	\$25	\$18
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	15% min. \$38	\$25	\$25	\$38
Marca preferida [(primer nivel)]	15% min. \$50	\$50	25% min. \$50	20% min. \$38
Marca no preferida [(primer nivel)]	15% min. \$87	\$100	25% min. \$100	20% min. \$75
Medicamentos de mantenimiento a noventa (90) días:				
Genéricos preferidos [(primer nivel)]	\$18	\$13	\$25	\$18
Genéricos no preferidos [(primer nivel)]	15% min. \$38	\$25	\$25	\$38
Marca preferida [(primer nivel)]	15% min. \$50	\$50	25% min. \$50	20% min. \$38
Marca no preferida [(primer nivel)]	15% min. \$87	\$100	25% min. \$100	20% min. \$75

Servicios de laboratorios y rayos x				
Laboratorio (Red Especial de Laboratorios)	25%	35%	25%	25%
Rayos X (incluye medicina nuclear, cateterismo cardiaco, prueba diagnóstica cardiaca (Stress test, Echo Cardio, y otras))	30%	40%	25%	25%
Pruebas especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%	50%	35%	35%
Pruebas moleculares y/o genéticas	50%	50%	50%	50%
Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas				
Servicios preventivos (incluyen los de mujer y autismo)	0%	0%	\$0	0%
Inmunizaciones preventivas (vacunas)	0%	0%	\$0	0%
Inmunizaciones (vacunas) para Virus Respiratorio Sincitial	40%	50%	30%	30%
Servicios de Dental y Visión Pediátrica				
Dental Pediátrico	0%	0%	0%	0%
Visión Pediátrico	0%	0%	0%	0%
Otros Servicios cubiertos				
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%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)				
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)	reimbursement	reimbursement	reimbursement	reimbursement
Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida				
Procedimiento de cirugía bariátrica	40%	50%	40%	40%
Programas incluido como parte de sus beneficios				
MCS Alivia	\$15	\$15	\$15	\$15
Telemedicina	\$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%