	Plan
	Bronze [6110*, 6130*]
Deducible y gasto máximo de bolsillo (MOOP)	
Deducible anual para beneficios médicos	
Individual	\$100 / miembro Solo para hospital, pruebas especializadas, laboratorios y Rayos X
Familiar	\$200 / familia Solo para hospital, pruebas especializadas, laboratorios y Rayos X
Deducible anual para medicamentos recetados (Farmacia)	
Individual	
Familiar	
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)	\$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, incluye Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras, Nutricionistas (VIP)	\$15
Especialista, incluye Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras, Nutricionistas (PPO)	\$18
Subespecialista (VIP)	\$22
Subespecialista (PPO)	\$25
Doctores en Naturopatía	\$18
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, habilitación y equipo médico duradero	
Terapia física (incluye terapia respiratoria y 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 (cantidad para aplicar copagos o coaseguros de primer nivel)	Hasta \$500
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 especializados no-preferidos (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)	50%
Marca preferida (primer nivel)	90%
Marca no-preferida (primer nivel)	90%
Medicamentos a 90 días al detal (Retail 90)	
Genérico preferido (primer nivel)	15% min. \$38
Genérico no-preferido (primer nivel)	50%
Marca preferida (primer nivel)	90%
Marca no-preferida (primer nivel)	90%
Segundo nivel de cubierta (luego de agotado el primer nivel de farmacia)	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 moleculares y/o genéticas	75%
Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas	
Servicios preventivos (incluyendo los de mujer y autismo)	0%
Inmunizaciones preventivas (vacunas)	0%
Inmunizaciones para el virus respiratorio sincital (vacunas)	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 EE.UU.	75%
Servicios y tratamientos preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en EE.UU.)	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	\$15
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.