

Deducible y gasto máximo de bolsillo (MOOP)	
Deducible anual para beneficios médicos	
Individual	\$0
Familiar	\$0
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	\$40
Enfermedad	\$125
Servicios de urgencia	
Centro de urgencia	\$20
Hospitalización	
Hospitalización (incluyendo salud mental)	\$200
Hospitalización parcial	\$100
Facilidad de enfermería especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	30%
Asistencia quirúrgica en hospital	50%
Servicios ambulatorios	
Generalista (VIP)	\$5
Generalista (PPO)	\$8
Especialista, incluye Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras, Nutricionistas (VIP)	\$12
Especialista, incluye Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras, Nutricionistas (PPO)	\$15
Subespecialista (VIP)	\$18
Subespecialista (PPO)	\$20
Doctores en Naturopatía	\$15
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 hemodialis	10%
Servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico duradero	
Terapia física (incluye terapia respiratoria y manipulaciones de quiropráctico)	\$10
Cuidado de salud en el hogar (<i>Home Health Care</i>)	50%
Equipo médico duradero (DME)	50%
Salud mental	
Terapia de grupo	\$15
Visitas colaterales	\$15
Medicamentos recetados (Farmacia)	
Primer nivel de cubierta (cantidad para aplicar copagos o coseguros de primer nivel)	Hasta \$800
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 especializados no-preferidos (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%
Medicamentos a 90 días al detal (Retail 90)	
Genérico preferido (primer nivel)	\$13
Genérico no-preferido (primer nivel)	\$38
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	35%
Rayos X (incluye medicina nuclear, cateterismo cardiaco, prueba diagnóstica cardiaca (Stress test, Echo Cardio, y otras)	35%
Pruebas especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	50%
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 sincitial (vacunas)	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 EE.UU.	50%
Servicios y tratamientos preautorizados no disponibles en Puerto Rico (en EE.UU.)	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 Aliva	\$15
MCS Medlinea 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.