



El Resumen de beneficios y cubierta (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un **plan** médico. El SBC le muestra cómo usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cubierta, o para obtener una copia de los términos de cubierta completos, llamar a 1.888.758.1616 o al 787.281.2800. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.mcs.com.pr o www.healthcare.gov/sbc-glossary, o llamar a 1.888.758.1616 o al 787.281.2800 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Servicios preventivos.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Si. Servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar). No hay otros deducibles por servicios específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$ 6,350 (individual) \$12,700 (familiar)	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que cumplir su propio límite a los gastos directos del bolsillo hasta que se complete el total familiar del límite a los gastos directos del bolsillo .
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Copagos en ciertos servicios, primas, cuidados de salud no cubiertos por el plan y los gastos de beneficios no esenciales.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Véa www.mcs.com.pr o llame al 1-888-758-1616 (libre de costo) o al 787-281-2800 (área metro) para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan tiene dos redes de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor en la Red VIP. Usted pagará más si acude a un proveedor en la Red PPO. Usted pagará lo máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Generalista: \$8 copago por visita (Red VIP); \$10 copago por visita (Red PPO).	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	Ninguna.
	Visita al especialista	Especialista: \$15 copago por visita (Red VIP); \$18 copago por visita (Red PPO) Subespecialista: \$22 copago por visita (Red VIP); \$25 copago por visita (Red PPO).	En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 75% de coseguro.	
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Ningún cargo por atención preventiva ni vacunas. Examen colectivo: \$15 copago por visita (Red VIP); \$18 copago por visita (Red PPO) de especialista.		Aplica \$0/0% cuando estos servicios estén definidos como servicios preventivos en las regulaciones federales y locales aplicables. Asegurados de 18 años en adelante podrán realizar dos visitas médicas con \$0 copago a los centros MCS Care Clubs para recibir atención preventiva. Vea Parte III de la póliza*. Usted deberá pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique cuánto pagará su plan.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Laboratorios: 50% coseguro Rayos X: 75% coseguro		Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar).
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	75% coseguro		Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar). Requiere preautorización. CT Scan/MRI: uno (1) por región anatómica, por año póliza. PET CT: uno (1) por año póliza.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.mcs.com.pr.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cubierta de medicamentos con receta en www.mcs.com.pr	Medicamentos genéricos	Punto de servicio: Primer nivel: 15% de coaseguro, mínimo \$15 por receta; segundo nivel: 90% de coaseguro (preferidos)/ Primer nivel: 50% coaseguro; segundo nivel: 90% de coaseguro (no preferidos). Por correo o por despacho a 90 días: Primer nivel: 15% de coaseguro, mín. \$38 por receta; segundo nivel: 90% de coaseguro (preferidos)/ Aplica 50% coaseguro en primer nivel y 90% coaseguro en segundo nivel. (no preferidos).		Niveles de cubierta de medicamentos: Este plan tiene un primer nivel hasta un máximo de \$500 donde se aplican los copagos y coaseguros, y un segundo nivel donde aplica un 90% de coaseguro, después de alcanzar el primer nivel. Regla de despacho: Si el médico o el asegurado solicita un despacho de marca cuando existe un genérico disponible, el asegurado pagará la diferencia entre el medicamento de marca y el genérico, más coaseguro del medicamento de marca.
	Medicamentos de marcas preferidas	Punto de servicio: Aplica 50% coaseguro en primer nivel y 90% coaseguro en segundo nivel. Por correo o por despacho a 90 días: Aplica 90% coaseguro en primer y segundo nivel.		Despacho a 90 días: Los asegurados tienen la opción de obtener sus medicamentos a través de un programa de suministro de 90 días con copago o coaseguro aplicable.
	Medicamentos de marcas no preferidas	Punto de servicio: Aplica 90% coaseguro en primer y segundo nivel. Por correo o por despacho a 90 días: Aplica 90% coaseguro en primer y segundo nivel.		El asegurado podrá acceder a medicamentos fuera del recetario con sólo \$1 de copago por receta, sujeto a que el médico indique en la receta "OTC" y el medicamento necesario.
	Medicamentos especializados	Sólo en puntos de servicio: Aplica 90% coaseguro en primer y segundo nivel. (preferidos)/ Aplica 90% coaseguro en primer y segundo nivel. (no preferidos).		Los medicamentos especializados requieren preautorización. Aplican limitaciones de terapia escalonada, cantidad y especialidad. Vea el formulario de medicamentos aplicable a su plan*.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Facilidad ambulatoria: 75% coaseguro	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	75% coaseguro para procedimientos endoscópicos en facilidad ambulatoria.
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.	En EEUU, se cubren solamente los casos de	Ninguna.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.mcs.com.pr.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Accidente: \$50 copago por visita Enfermedad: \$85 copago por visita	emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 75% de coaseguro.	Ninguna. Ambulancia terrestre en PR y EEUU: Máximo de reembolso \$80 por traslado entre hospitales. Traslados de emergencia se pagarán al proveedor. Ambulancia aérea en PR: 75% coaseguro.
	Transporte médico de emergencia	Ambulancia terrestre en PR: MCS reembolsará hasta un máximo de \$80 por viaje. Ambulancia aérea en PR: Aplica 75% coaseguro de las tarifas establecidas entre MCS y el proveedor contratado.		
	Atención de urgencia	60% coaseguro		
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Hospitalización: \$400 copago por admisión	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar).
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.		
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Visita a psicólogo o psiquiatra: \$15 copago por visita (Red VIP); \$18 copago por visita (Red PPO)	En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 75% de coaseguro.	Cubierto directamente a través de proveedores contratados o a través de MCS Solutions. Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar).
	Servicios internos	Hospitalización completa: \$400 copago por admisión. Hospitalización parcial: \$200 copago por admisión.		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 copago por visita (Red VIP); \$18 copago por visita (Red PPO) de especialista.		Disponibles también para hijas dependientes. Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar).
	Servicios de parto profesionales	Ningún cargo.		
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$400 copago por admisión de hospitalización.		
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras	Cuidado de la salud en el hogar	75% coaseguro	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	Máximo de cuarenta visitas por año póliza. Requiere preautorización. Veinte terapias por año póliza.
	Servicios de rehabilitación	75% coaseguro		

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.mcs.com.pr.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
necesidades de salud especiales	Servicios de habilitación	75% coaseguro	En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 75% de coaseguro.	Veinte terapias por año póliza.
	Cuidado de enfermería especializada	70% coaseguro		Requiere preautorización de Asuntos Clínicos.
	Equipo médico duradero	75% coaseguro		Requiere preautorización. Solo cubre: cama de posiciones, silla de ruedas estandarizada, oxígeno y equipo necesario para su administración. Menores de 21 años (con receta médica): una bomba de insulina, un glucómetro cada tres años, 150 lancetas (cada mes) y 150 tirillas (cada mes).
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No cubierto		No está cubierto.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$10 copago por examen		Menores de 21 años de edad: Un examen de refracción por asegurado por año póliza.
	Anteojos para niños	0% coaseguro		Menores de 21 años de edad: Un par de espejuelos (lentes y montura) por año póliza o doce pares de lentes de contacto desechables al año.
	Chequeo dental pediátrico	0% en diagnóstico y preventivo de cubierta básica. Opción Dental 300: 20% de coaseguro en mantenedores de espacio, restaurativo, endodoncia, periodoncia y cirugía oral. En servicios de dentistas especialistas (endodoncistas, periodoncistas y prostodoncistas) aplica 50% de coaseguro. 50% en prostodoncia. Máx. cubierta por año póliza: \$1,000.		Menores de 21 años de edad: Dos exámenes dentales y limpiezas por año póliza (cada seis meses). Un juego de radiografías de mordida y periapicales cada tres años. Tratamiento fluoruro cubierto como beneficio esencial.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.mcs.com.pr.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Audífonos
- Cirugía cosmética
- Cuidado a largo plazo (*long term care*)
- Enfermera privada
- Programa para pérdida de peso
- Servicios que no son emergencias fuera de EEUU.
- Tratamientos de infertilidad

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan*](#).)

- Acupuntura (a través de MCS Alivia)
- Anteojos (espejuelos)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado rutinario de los ojos (Adulto)
- Cuidado dental (Adulto)
- Cuidado rutinario de los pies (Podiatras)
- Quiropráctico

Sus derechos a continuar con su cubierta: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cubierta cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: para la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico acceda a www.ocs.gobierno.pr o llame al 787.304.8686; para el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (CCIIO, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU acceda a www.cciio.cms.gov o a llame al 1.877.267.2323 x. 61565; para la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los EEUU acceda al www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html o llame al 1.866.444.EBSA (3272). Podría tener también otras opciones de cubierta, como comprar cubierta de seguro individual a través del [mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [mercado](#), visite www.cuidadodesalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: MCS Life Insurance Company ingresando al <http://www.mcs.com.pr> o llamando al número telefónico que aparece en la parte de atrás de su tarjeta, o llame al 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182); para la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, contacte a www.ocs.gobierno.pr o llame al 787.304.8686; o para la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los EEUU acceda al www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html o llame al 1.866.444.EBSA (3272).

¿Este plan proporciona cubierta esencial mínima? Sí

Si no tiene [cubierta esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cubierta médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.mcs.com.pr.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cubierta:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cubierta se basan solo en la cubierta individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan *	\$ 0
■ Copago de Especialista	\$ 18
■ Copago de Hospital (instalaciones)	\$ 400
■ Coseguro de pruebas diagnósticas	75%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$ 13020
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$ 100
Copagos	\$ 731
Coseguro	\$ 570
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$ 0
El total que Peg pagaría es	\$ 1401

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan *	\$ 0
■ Copago de Especialista	\$ 18
■ Copago de Hospital (instalaciones)	\$ 400
■ Coseguro de pruebas diagnósticas	50%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$ 7389
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$ 100
Copagos	\$ 134
Coseguro	\$ 3222
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$ 0
El total que Joe pagaría es	\$ 3456

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan *	\$ 0
■ Copago de Especialista	\$ 18
■ Copago de Hospital (instalaciones)	\$ 400
■ Coseguro de pruebas diagnósticas	75%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$ 1929
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$ 0
Copagos	\$ 344
Coseguro	\$ 212
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$ 0
El total que Mia pagaría es	\$ 556

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Nota: *Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cubierta. Vea arriba la línea “¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?” (pág. 1).