
 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?	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: \$0 copago por visita (Red VIP); \$0 copago por visita (Red PPO).	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley. 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 25% de coaseguro.	Ninguna. Aplica \$0/0% cuando estos servicios estén definidos como servicios preventivos en las regulaciones federales y locales aplicables. Aplica \$0/0% por inmunización de Covid 19 para adultos y adolescentes mayores de dieciséis (16) años de edad. 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.
	Visita al especialista	Especialista: \$10 copago por visita (Red VIP); \$15 copago por visita (Red PPO) Subespecialista: \$18 copago por visita (Red VIP); \$20 copago por visita (Red PPO).		
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Ningún cargo por atención preventiva ni vacunas. Examen colectivo: \$10 copago por visita (Red VIP); \$15 copago por visita (Red PPO) de especialista.		
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Laboratorios: 30% coaseguro Rayos X: 30% coaseguro		Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada,	30% coaseguro		Requiere pre-autorización. CT Scan: 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)	
	estudio PET, resonancia magnética)			
Si necesita medicamento 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: \$5 de copago (preferidos) / \$15 copago (no preferidos). Por correo: \$13 de copago (preferidos) / Aplica 25% min \$25 (no preferidos). Por despacho a 90 días: \$13 de copago (preferidos) / Aplica 25% min \$25 (no preferidos).		Regla de despacho: Si el médico y/o el asegurado solicita una receta de marca, existiendo un genérico disponible, el asegurado debe asumir la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el copago o coaseguro de medicamento genérico correspondiente. 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. Los medicamentos especializados requieren preautorización. Aplican limitaciones de terapia escalonada, cantidad y especialidad. Vea el formulario de medicamentos aplicable a su plan*. Una (1) inyección de glucagón y reemplazo, para los asegurados diagnosticados con diabetes mellitus tipo I.
	Medicamentos de marcas preferidas	Punto de servicio: Aplica 25% min \$30 Por correo: Aplica 25% min \$75 Por despacho a 90 días: Aplica 25% min \$75		
	Medicamentos de marcas no preferidas	Punto de servicio: Aplica 25% min \$40 Por correo: Aplica 25% min \$100 Por despacho a 90 días: Aplica 25% min \$100		
	Medicamentos especializados	Sólo en puntos de servicio: Aplica 30% coaseguro en primer y segundo nivel. (preferidos) / Aplica 40% coaseguro en primer y segundo nivel. (no preferidos).		
	Medicamentos fuera del recetario (OTC)	\$1 copago por medicamento		

* 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)	
				descongestionantes oftálmicos; fármacos anti-inflamatorios no esteroideos; antifúngicos; combinaciones de laxantes analgésicos para la tos y para terapias de úlceras; esteroides nasales; Lágrimas artificiales y lubricantes.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Facilidad ambulatoria: \$75 copago	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley. 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 25% de coaseguro.	10% coaseguro para procedimientos endoscópicos en facilidad ambulatoria.
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.		Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Accidente: \$0 copago por visita Enfermedad: \$75 copago por visita		Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	Ambulancia terrestre en PR: Cubierto, ambulancia terrestre de emergencia. No requiere Preautorización. MCS Life pagará directamente al proveedor sea o no un proveedor participante. Ambulancia aérea en PR: Aplica 25% coaseguro de las tarifas establecidas entre MCS y el proveedor contratado.		Ambulancia terrestre en PR y EEUU: Máximo de reembolso \$80 por traslado entre hospitales. Ambulancia aérea en PR: 25% coaseguro.
	Atención de urgencia	\$25 copago		Ninguna.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Hospitalización: Nivel 1: \$75 copago por admisión, Nivel 2 \$350 copago por admisión.	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley. En EEUU, se cubren solamente los casos de	Hospitalizaciones: Los hospitales contratados están clasificados en Nivel 1 y Nivel 2 con copagos diferentes. Para detalles, vea el Directorio de proveedores aplicable a su plan.
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.		

* 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 servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Visita a psicólogo o psiquiatra: \$0 copago por visita (Red VIP); \$0 copago por visita (Red PPO)	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 25% de coaseguro.	Psicólogos o Psiquiatra: Cubierto directamente a través de proveedores contratados o a través de MCS Solutions. También están cubiertas las visitas al consultorio, los profesionales de parto/nacimiento y los servicios en las instalaciones. Disponibles también para hijas dependientes.
	Servicios internos	Hospitalización completa: Nivel 1: \$75 copago por admisión, Nivel 2 \$350 copago por admision. Hospitalización parcial: \$50 copago por admisión. (Red PPO)		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$10 copago por visita (Red VIP); \$15 copago por visita (Red PPO) de especialista.		
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Ningún cargo.		
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Nivel 1: \$75 copago por admisión de hospitalización. Nivel 2 \$350 copago por admision de hospitalización.		
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	0% coaseguro	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	Cuidado de la salud en el hogar: Máximo de sesenta visitas por año póliza. Requiere preautorización. Quiropractico: Veinte manipulaciones por año póliza. Servicios de habilitación: Veinte terapias por año póliza. Servicios de rehabilitación: Veinte terapias por año póliza.
	Servicios de rehabilitación	\$7 coaseguro		
	Servicios de habilitación	\$7 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 25% de coaseguro.	
	Cuidado de enfermería especializada	20% coaseguro	Requiere preautorización de Asuntos Clínicos.	
	Equipo médico duradero	30% coaseguro	Requiere preautorización. Solo cubre: cama de posiciones, silla de ruedas estandarizada, oxígeno y equipo necesario para su	

* 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)	
				administración. CPAP y BPAP están cubiertas una cada cinco años. Asegurados con Diabetes Mellitus Tipo I (con orden 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- Hospicio	20% coaseguro (Hospicio)		Requiere pre-autorización. Solo para pacientes en etapa terminal con expectativa de vida seis meses o menos.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$0 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% de coaseguro en diagnóstico y preventivo de cubierta básica. Opción Dental 400: 20% de coaseguro en mantenedores de espacio, restaurativo y cirugía oral. En servicios de dentistas especialistas endodoncistas y periodoncistas aplica 30% de coaseguro. Para prostodoncia y ortodoncia aplica 50% de coaseguro. 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.

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).

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.*—————

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

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](#) \$ 10
- Copago de Hospital (instalaciones) \$75
- Coseguro de pruebas diagnósticas 30%

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 \$ 13,020

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$ 240
Coseguro	\$ 150
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$ 0
El total que Peg pagaría es	\$ 390

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](#) \$10
- Copago de Hospital (instalaciones) \$0
- Coseguro de pruebas diagnósticas 30%

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 \$ 7,389

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$ 0
Copagos	\$ 160
Coseguro	\$ 120
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$ 780
El total que Joe pagaría es	\$ 1,060

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](#) \$10
- Copago de Hospital (instalaciones) \$0
- Coseguro de pruebas diagnósticas 30%

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 \$ 1,929

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$35
Coseguro	\$ 18
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones (muletas)	\$50
El total que Mia pagaría es	\$ 103

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