



El Resumen de beneficios y cobertura (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 cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura 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?	\$20 por miembro.	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 https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$6350 Individual / \$12700 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 medica ?	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 un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más 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	Visita a generalista: \$5 copago	Para emergencias en PR cubierto de acuerdo a ley 194 del 25 de agosto del 2000 según enmendada. En EEUU cubierto solamente en casos de emergencia y servicios no disponibles en Puerto Rico. Preautorizado por Asuntos Clínicos. A través de la Red <i>First Health International</i> .	Ninguna.
	Visita al especialista	A especialista: \$18 copago A subespecialista: \$25 copago		Ninguna.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Ningún cargo por atención preventiva ni vacunas. Examen colectivo: \$18 copago de visita médica (especialista).		Aplica \$0/ 0% siempre y cuando estos servicios estén definidos en la cubierta de servicios preventivos del Acta de Protección y Cuidado Médico Asequible “ <i>Patient Protection and Affordable Care Act</i> (P.L. 111-148) y “ <i>Health Care and Education Affordability Act of 2010</i> ” (P.L. 111-152) (PPACA). Usted tendría que pagar por servicios que no fuesen preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Entonces verifique cuánto pagará su plan.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Laboratorios: 40% coseguro Rayos X: 40% coseguro		Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	50% coseguro		Requiere preautorización. CT Scan/MRI: uno (1) por región anatómica, por año póliza. PET CT: uno (1) por año póliza.

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 cobertura de medicamentos con receta en http://www.mcs.com.pr/	Medicamentos genéricos	Punto de servicio: Primer nivel: \$5 copago, segundo nivel: 90% de coaseguro (preferidos)/ Primer nivel: \$15 copago, segundo nivel: 90% de coaseguro (no preferidos). Por correo: Primer nivel: \$13 copago, segundo nivel: 90% de coaseguro (preferidos)/ Primer nivel: \$38 copago, segundo nivel: 90% de coaseguro (no preferidos).		Regla de despacho: Si el médico requiere el despacho de marca (DAW) o si asegurado solicita despacho de marca, cuando existe genérico disponible, asegurado pagará la diferencia entre medicamento de marca y genérico, más copago o coaseguro del de marca.
	Medicamentos de marcas preferidas	Punto de servicio: Aplica un 90% coaseguro en primer y segundo nivel. Por correo: Aplica un 90% coaseguro en primer y segundo nivel.		
	Medicamentos de marcas no preferidas	Punto de servicio: Aplica un 90% coaseguro en primer y segundo nivel. Por correo: Aplica un 90% coaseguro en primer y segundo nivel.		
	Medicamentos especializados	Sólo en puntos de servicio: Aplica un 90% coaseguro en primer y segundo nivel. (preferidos)/ Aplica un 90% coaseguro en primer y segundo nivel. (no preferidos).		Requiere preautorización.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Facilidad ambulatoria: 50% coaseguro		50% coaseguro para procedimientos endoscópicos en facilidad ambulatoria.

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)	
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.	Para emergencias en PR cubierto de acuerdo a ley 194 del 25 de agosto del 2000 según enmendada. En EEUU cubierto solamente en casos de emergencia y servicios no disponibles en Puerto Rico. Preautorizado por Asuntos Clínicos. A través de la Red <i>First Health International</i> .	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Accidente: \$50 copago Enfermedad: \$125 copago		Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	Ambulancia terrestre en PR: MCS reembolsará hasta un máximo de \$80 por viaje. Ambulancia aérea en PR: Aplica 50% coaseguro de las tarifas establecidas por MCS con la facilidad contratada para estos servicios.		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: 50% coaseguro.
	Atención de urgencia	Accidente ó enfermedad: \$50 copago		Ninguna.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Hospitalización: \$300 copago	Para emergencias en PR cubierto de acuerdo a ley 194 del 25 de agosto del 2000 según enmendada. En EEUU cubierto solamente en casos de emergencia y servicios no disponibles en Puerto Rico. Preautorizado por Asuntos Clínicos. A través de la Red <i>First Health International</i> .	Ninguna.
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.		Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Visita a psicólogo o psiquiatra: \$18 copago	En EEUU cubierto solamente en casos de emergencia y servicios no disponibles en Puerto Rico. Preautorizado por Asuntos Clínicos. A través de la Red <i>First Health International</i> .	Cubierto directamente a través de proveedores contratados o a través de MCS Solutions.
	Servicios internos	Hospitalización completa o parcial: \$300 copago		Ninguna.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$18 copago de especialista.		Incluye a hijas dependientes.
	Servicios de parto profesionales	Ningún cargo.	Incluye a hijas dependientes.	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$300 copago de hospitalización.	Incluye a hijas dependientes.	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	50% coaseguro	Máximo de cuarenta (40) visitas por año póliza. Requiere preautorización.	
	Servicios de rehabilitación	\$15 copago		Veinte (20) terapias 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)	
	Servicios de habilitación	\$15 copago	Para emergencias en PR cubierto de acuerdo a ley 194 del 25 de agosto del 2000 según enmendada. En EEUU cubierto solamente en casos de emergencia y servicios no disponibles en Puerto Rico. Preautorizado por Asuntos Clínicos. A través de la Red <i>First Health International</i> .	Veinte (20) terapias por año póliza.
	Cuidado de enfermería especializada	30% coaseguro		Requiere preautorización de Asuntos Clínicos.
	Equipo médico duradero	50% coaseguro		Requiere preautorización. Solo cobre: cama de posiciones, silla de ruedas estandarizada, oxígeno y equipo necesario para su administración. Menores de 21 años (con receta médica): una (1) bomba de insulina, un (1) glucómetro cada 3 años, 150 lancetas (cada mes) y 150 tirillas (cada mes).
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No cubierto		No cubierto.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$10 copago		Menores de 21 años de edad: Un (1) examen de refracción por asegurado por año póliza.
	Anteojos para niños	0% coaseguro		Menores de 21 años de edad: Un (1) par de espejuelos (lentes y montura) por año póliza o lentes de contacto desechables suplido para un año (un par de lentes de contacto al mes).
	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 a través 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 (2) exámenes dentales y limpiezas por año póliza (cada seis meses). Radiografías de mordida y periapicales no más de un juego cada tres (3) 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 | • Enfermera privada | • Servicio que no son emergencias fuera de EEUU. |
| • Cirugía cosmética | • Programa para pérdida de peso | • Tratamientos de infertilidad |
| • Cuidado a largo plazo (<i>long term care</i>) | | |

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) | • Cuidado rutinario de los ojos (Adulto) | • Cuidado rutinario de los pies (Podiatras) |
| • Anteojos (espejelos) | • Cuidado dental (Adulto) | • Quiropráctico |
| • Cirugía bariátrica | | |

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura 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 cobertura, como comprar cobertura 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 cobertura esencial mínima? **Sí**

Si no tiene [cobertura 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 cobertura 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.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



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 cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$ 20
- Copago de [Especialista](#) \$ 18
- Copago de Hospital (instalaciones) \$ 300
- Coseguro de pruebas diagnósticas 40%

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 \$ 13019

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$ 20
Copagos	\$ 641
Coseguro	\$ 418
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$ 0
El total que Peg pagaría es	\$ 1079

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](#) \$ 20
- Copago de [Especialista](#) \$ 18
- Copago de Hospital (instalaciones) \$ 300
- Coseguro de pruebas diagnósticas 40%

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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$ 20
Copagos	\$ 249
Coseguro	\$ 4141
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$ 0
El total que Joe pagaría es	\$ 4410

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$ 20
- Copago de [Especialista](#) \$ 18
- Copago de Hospital (instalaciones) \$ 300
- Coseguro de pruebas diagnósticas 40%

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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$ 20
Copagos	\$ 354
Coseguro	\$ 30
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$ 0
El total que Mia pagaría es	\$ 404

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