



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, usted puede acceder a [www.mcs.com.pr](http://www.mcs.com.pr) o llamar 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](http://www.mcs.com.pr) o [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://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 <u>deducible</u> general?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <u>plan</u> .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	No	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <u>plan</u> ?	\$6,350- individual \$12,700- familiar	El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , ellos tienen que cumplir su propio <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> hasta que se complete el total familiar del <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> .
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?	Primas, Cuidado de Salud no cubierto por el Plan y los gastos de las siguientes cubiertas: Cubiertas opcionales de Dental y Visión	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red médica</u> ?	Sí. Vea <a href="http://www.mcs.com.pr">www.mcs.com.pr</a> o llame al 1-888-758-1616 (libre de costo) o al 787-281-2800 (área metro) para una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> tiene un <u>proveedor dentro de la red</u> . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la <u>red</u> del plan. Usted pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) 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 <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$5 copago–visita a generalista	Usted paga el 100% de los costos al momento de recibir los servicios. MCS reembolsará a base de tarifa contratada con un proveedor participante menos cualquier copago o coaseguro aplicable por el servicio recibido.	---Ninguno---
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$15 copago-visita a especialista		---Ninguno---
	Visita al sub- <a href="#">especialista</a>	\$20 copago-visita a sub-especialista		---Ninguno---
	Quiropráctico (primera visita)	\$15 copago		---Ninguno---
	Quiropráctico (manipulaciones) /Terapia Física	\$15 copago/ \$ 7 copago		---Ninguno---
	Terapia Respiratoria	\$7 copago		---Ninguno---
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Ningún cargo		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).
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	40% coaseguro	---Ninguno---	

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)	
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	40% coaseguro		Requiere preautorización. (Pet Scan- no cubierto)
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la en <a href="http://www.mcs.com.pr/">http://www.mcs.com.pr/</a>	Medicamentos genéricos preferidos	Punto de Servicio: (De \$0.00 hasta \$1,000.00) \$5 copago/Suplido 90 días: \$10 copago/ Mail Order: \$10 copago	Usted paga el 100% de los costos al momento de recibir los servicios. MCS reembolsará a base de tarifa contratada con un proveedor participante menos cualquier copago o coaseguro aplicable por el servicio recibido.	Regla: N/A  Luego de \$1,000.01 aplica 90% coaseguro.
	Medicamentos genéricos no preferidos	Punto de Servicio: (De \$0.00 hasta \$1,000.00) \$5 copago/ Suplido 90 días: \$10 copago/ Mail Order: \$10 copago		20% coaseguro- Quimioterapia Oral- a través de Punto de Servicio y Mail Order
	Medicamentos de marcas preferidas	No cubierto		No cubierto
	Medicamentos de marcas no preferidas	No cubierto		
	Medicamentos fuera del recetario (OTC)	\$1 <u>copago</u>		

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)	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>. Antifungales</li> <li>. Laxantes</li> <li>. Analgésicos</li> <li>. Combinaciones para la tos</li> <li>. Combinaciones para terapias de úlceras</li> <li>. Esteroides nasales</li> <li>. Lágrimas artificiales y lubricantes</li> </ul>
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	No cubierto		No cubierto
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$50 copago- facilidad ambulatoria		40% para procedimientos endoscópicos en facilidad ambulatoria
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.		----Ninguno----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$0 copago–accidente \$75 copago- enfermedad		----Ninguno----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Ambulancia terrestre en PR: MCS reembolsará hasta un máximo de \$75 por viaje. Ambulancia Aérea en PR: Aplica 20% coaseguro de las tarifas establecidas por MCS con la facilidad contratada para estos servicios	Usted paga el 100% de los costos al momento de recibir los servicios. MCS reembolsará a base de tarifa contratada con un proveedor participante	<b>Ambulancia terrestre en PR-</b> máximo de 4 viajes por año póliza por reembolso. <b>Ambulancia aérea en PR-</b> máximo de un viaje por año póliza. Sujeto a evaluación por MCS.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$60 copago		----Ninguno----
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$150 copago– hospitalización		----Ninguno----
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.		----Ninguno----

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	Servicios ambulatorios	\$15 copago- visita sicólogo/ \$15 copago visita siquiatra	menos cualquier copago o coaseguro aplicable por el servicio recibido.	Cubierto directamente a través de proveedores contratados o a través de MCS Solutions. Aplica copago de especialista. Psicólogos- cubierto directamente a través de proveedores contratados o a través de MCS Solutions. Trabajador Social- cubierto sólo a través de MCS Solutions. PAE- 1-8 visitas sin copago por asegurado a través de MCS Solutions. Para visitas adicionales aplica copago de especialista.
	Servicios internos	\$150 copago - hospitalización \$150 copago- hospitalización parcial		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 copago de especialista	Usted paga el 100% de los costos al momento de recibir los servicios. MCS reembolsará a base de tarifa contratada con un proveedor participante menos cualquier copago o coaseguro aplicable por el	----Ninguno----
	Servicios de parto profesionales	Ningún cargo.		Incluye a hijas dependientes.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$150 copago hospitalización		Incluye a hijas dependientes.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	No cubierto	Usted paga el 100% de los costos al momento de recibir los servicios. MCS reembolsará a base de tarifa contratada con un proveedor participante menos cualquier copago o coaseguro aplicable por el	No cubierto
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Ningún cargo		Cubierto bajo Cuidado de Salud en el Hogar. Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Ningún cargo		No cubierto
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	No cubierto		Requiere pre-autorización.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	25% coaseguro		No cubierto
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	No cubierto		No cubierto
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$0 copago	menos cualquier copago o coaseguro aplicable por el	Uno por año póliza
	Anteojos para niños	\$100 Máx. Beneficio cada año póliza		Cubierto a través de Facilidades Contratadas o Reembolso
	Chequeo dental pediátrico	0% coaseguro- (generalista) Diagnóstico y Preventivo		Cubierto únicamente si el asegurado tiene la cubierta dental. Máximo de \$1,000 por año

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)	
			servicio recibido.	póliza por asegurado. Este máximo no aplica a menores de 19 años de edad.

## Servicios excluidos y otros servicios cubierto

<p><b>Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>.)</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Cuidado a largo plazo (<i>long term care</i>)</li> <li>• Enfermera privada</li> <li>• Programas para pérdida de peso</li> <li>• Servicios que no son emergencias fuera de EUA</li> <li>• Tratamiento de Infertilidad</li> </ul>	<p><b>Algunas Exclusiones generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no sean médicamente necesarios.</li> <li>• Cargos que la persona no esté legalmente obligada a pagar.</li> <li>• Lesiones surgidas a consecuencia de la comisión o intento de comisión de un acto ilegal.</li> <li>• Servicios que sean suministrados y/o cubiertos con arreglo o legislación estatal o federal, por los cuales el asegurado no esté legalmente obligado a pagar, tales como los servicios prestados de ACA y el Fondo del Seguro del Estado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos o Servicios por procedimientos médicos nuevos considerados experimentales o investigativos hasta que MCS determine su inclusión.</li> <li>• Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta bajo esta póliza haga a un proveedor participante sin estar obligado por este contrato a hacerlo.</li> <li>• Drogas o medicinas obtenidas sin una receta del médico o no aprobadas por la Agencia Federal FDA.</li> </ul>
<p><b>Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a>.)</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura (a través de MCS Alivia)</li> <li>• Anteojos</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cuidado Dental (en la cubierta dental)</li> <li>• Cuidado rutinario de los ojos (en oftalmólogos u optómetras)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario de los pies (a través de podiatras)</li> <li>• Examen de la Vista</li> <li>• Quiroprácticos</li> <li>• Programas de Valor               <ul style="list-style-type: none"> <li>- MCS Alivia</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MCS Solutions</li> <li>- MCS Medilínea</li> <li>- MCS Medilínea MD</li> <li>- MCS Madres y Bebés Saludables</li> <li>- MCS Step to Wellness</li> <li>- MCS Asistencia al Viajero</li> <li>- MCS Rewards</li> <li>- MCS Care Clubs</li> </ul>

**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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialista</a> [costo compartido]	\$15
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	\$150
■ Otro [costo compartido]	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)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,731</b>
-------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$444
<a href="#">Coaseguro</a>	\$418
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$862</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialista</a> [costo compartido]	\$15
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	\$150
■ Otro [costo compartido]	25%

#### 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)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$7,391</b>
-------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$259
<a href="#">Coaseguro</a>	\$485
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,326</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialista</a> [costo compartido]	\$15
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	\$150
■ Otro [costo compartido]	25%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,925</b>
-------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$373
<a href="#">Coaseguro</a>	\$21
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$394</b>

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