




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llamar a los siguientes números de teléfonos de acuerdo a la cobertura; para servicios médico-hospitalarios llamar al 1.855.830.9887 o al 787.945.1348, para beneficio de farmacia llamar al 1.855.252.2292/ 1.800.580.6682 TTY/TDD y para servicios dentales llamar al 1.855.359.6409. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a los números de teléfono 1.855.830.9887 o al 787.945.1348 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí, servicios de emergencia.	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 coaseguro . 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 otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Sí. --Para los servicios Médicos-Hospitalarios: \$1,600- individual y \$3,200- familiar --Para beneficio de farmacia: \$5,000 individual y \$10,000 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 es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas, Cuidado de Salud no cubierto por el Plan y los gastos de la siguiente cubierta: Cubierta opcional de Visión.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo : <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios Opcionales • Primas • Programas de Valor Añadido • Gastos Médicos Mayores • Costos compartidos pagados por un tercero (ejemplo: programas de descuento,

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
		programas de asistencia a pacientes provistos por manufactureros o fundaciones)
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para la red de servicio médico-hospitalario, ingrese a www.mcs.com.pr o llame al 1.855.830.9887 o al 787.945.1348 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 una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia <u>sin un referido</u> .

 Todos los [copagos](#) y el [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$10 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.	
	Consulta con un especialista	\$10 copago - visita a especialista		
	Consulta con un sub-especialista Atención preventiva/ evaluación/vacunas	\$15 copago - visita a sub-especialista Ningún cargo		
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	25% coaseguro		PET Scan/ PET CT- Requiere preautorización. Cubierto hasta un máximo de uno (1) por región anatómica, por año póliza. CT Scan/ MRA/ MRI- No requiere preautorización. Cubierto hasta un máximo
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	25% coaseguro		

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				de uno (1) por región anatómica, por año póliza.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica a través del Portal para miembros de MC-Rx en www.mc-rx.com .	Medicamentos genéricos	Punto de Servicio: \$0 copago/ Mail Order: \$0 copago	Usted paga el 100% de los costos. No aplica reembolso.	Aplican las siguientes reglas: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos como primera opción. • Hasta 15 días de suministro de medicamentos para tratar condiciones agudas. • Suministro de hasta 30 o 90 días para medicamentos de mantenimiento, según corresponda. • Los medicamentos de especialidad no se dispensan a través de pedidos por correo. • Algunos medicamentos requieren autorización previa del Gerente de Beneficios de Farmacia (PBM). Estos son medicamentos que puede comprar sin receta. Son seguros y efectivos cuando sigue las instrucciones de la etiqueta o de un profesional de la salud. Estos medicamentos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en la misma dosis que cuando eran medicamentos de leyenda. Su beneficio de farmacia cubre algunos medicamentos de venta libre que requieren una receta por escrito de su médico: <ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores de la bomba de protones (PPI) • Antihistamínicos no sedantes • Esteroides nasales • Alergias oculares
	Medicamentos de marca	Punto de Servicio: 25% coaseguro/ Mail Order: \$20 copago		
	Medicamentos nuevos	Punto de Servicio: 25% coaseguro/ Mail Order: \$20 copago		
	Medicamentos de especialidad	30% coaseguro, máximo \$250		
	Medicamentos fuera del recetario (OTC)	\$0 copago		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$25 copago - facilidad ambulatoria		0% para procedimientos endoscópicos, más copago de facilidad ambulatoria. Requiere preautorización a través de Asuntos Clínicos.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Tarifas del médico/cirujano	Ningún cargo.		
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$0 copago - accidente \$50 copago - enfermedad	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.	Ambulancia terrestre en PR - sin límite de viajes por año póliza, por reembolso. Ambulancia aérea en PR - máximo de un viaje por año póliza. Sujeto a evaluación por MCS.
	Transporte médico de emergencia	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		
	Atención de urgencia	\$10 copago		
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$50 copago - hospitalización		
	Tarifas del médico/cirujano	Ningún cargo.		
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$10 copago - visita sicólogo \$10 copago - visita siquiátra	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.	
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$50 copago - Hospitalización y hospitalización parcial		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$8 copago		Se aplica un copago de \$0, si el miembro se registra en Madres y Bebés Saludables, durante los primeros 3 meses de embarazo.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Ningún cargo.		
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$50 copago - hospitalización		

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Ningún cargo	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.	Máximo de 60 días por año póliza. Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
	Servicios de rehabilitación	Ningún cargo		Cubierto bajo Cuidado de Salud en el Hogar. Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
	Servicios de habilitación	Ningún cargo		Cubierto bajo Cuidado de Salud en el Hogar. Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
	Atención de enfermería especializada	Ningún cargo		Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
	Equipo médico duradero	25% coaseguro		Requiere preautorización.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	\$0 copago		Cubierto a través de la cubierta básica. Requiere pre-autorización a través de Asuntos Clínicos.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$0 copago		Uno por año póliza
	Anteojos para niños	\$130 Máximo de Beneficio cada año póliza		Cubierto a través de Facilidades contratadas o reembolso.
	Control dental para niños	Ningún cargo	No cubierto	Cubierto como un beneficio opcional si escoge suscribirse a la cubierta dental. Hasta una (1) revisión cada seis (6) meses.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

Algunas Exclusiones generales:

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Servicios que no sean médicamente necesarios.• Cargos que la persona no esté legalmente obligada a pagar.• Lesiones surgidas a consecuencia de la comisión o intento de comisión de un acto ilegal. | <ul style="list-style-type: none">• 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.• Gastos o Servicios por procedimientos médicos nuevos considerados experimentales o investigativos hasta que MCS determine su inclusión. | <ul style="list-style-type: none">• Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta bajo esta póliza haga a un proveedor participante sin estar obligados por este contrato a hacerlo.• Drogas o medicinas obtenidas sin una receta del médico o no aprobadas por la Agencia Federal FDA. |
|---|--|--|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (a través de MCS Alivia)• Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Aparatos auditivos• Cuidado quiropráctico | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado rutinario de la vista (adultos)• Cuidado rutinario del pie |
|--|--|---|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos 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.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, 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

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <http://www.mcs.com.pr>.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

[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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.02** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$8
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	\$50
■ Otros [costo compartido]	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,892
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$240
Coaseguro	\$209

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$96
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$546
------------------------------------	--------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$10
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	\$50
■ Otros [costo compartido]	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$7,389
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coaseguro	\$372

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$4,313
-----------------------	---------

El total que Joe pagaría es	\$4,785
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$10
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	\$50
■ Otros [costo compartido]	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$1,925
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$308
Coaseguro	\$13

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$321
------------------------------------	--------------

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