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** 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 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?	No	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	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico 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?	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 límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Vea 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 **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 proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$7 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 especialista	$15 copago-visita a especialista		----Ninguno----
	Visita al sub-especialista	$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----
	Atención preventiva/examen colectivo/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 *"Patient Protection and Affordable Care Act* (P.L. 111-148) y *"Health Care and Education Affordability Act of 2010"* (P.L. 111-152) (PPACA).
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (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)
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la en http://www.mcs.com.pr/	Medicamentos genéricos preferidos	Punto de Servicio: (De $0.00 hasta $1,200.00) $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 D- Bioequivalente primera opción. Copago de marca más diferencia entre marca y genérico. Luego de $1,200.01 aplica 90% coaseguro. 0% coaseguro- Quimioterapia Oral- a través de Punto de Servicio y Mail
	Medicamentos de marcas preferidas	Punto de Servicio: (De $0.00 hasta $1,200.00) $25 copago/ Suplido 90 días: $50 copago / Mail Order: $50 copago		
	Medicamentos de marcas no preferidas	Punto de Servicio: (De $0.00 hasta $1,200.00) $25 copago/ Suplido 90 días: $50 copago /Mail Order: $50 copago		
	Medicamentos fuera del recetario (OTC)	$1 copago		Estos medicamentos sin recetas son tan seguros y efectivos como los medicamentos recetados según la (FDA). Las categorías de medicamentos bajo nuestra cubierta son: . Antihistamínicos no sedantes (NSA, por sus siglas en inglés) . Inhibidores de la bomba de protones (PPI, por sus siglas en inglés) . Descongestionantes oftálmicos . Medicamentos antinflamatorios no esteroides (NSAID, por sus siglas en inglés) . Antifungales . Laxantes . Analgésicos . Combinaciones para la tos

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)	
			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	. Combinaciones para terapias de úlceras . Esteroides nasales . Lágrimas artificiales y lubricantes
	Medicamentos especializados	No cubierto		No cubierto
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$75 copago- facilidad ambulatoria		40% para procedimientos endoscópicos en facilidad ambulatoria
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.		----Ninguno----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$75 copago–accidente $75 copago- enfermedad		----Ninguno----
	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		**Ambulancia terrestre en PR**- máximo de 4 viajes por año póliza por reembolso. **Ambulancia aérea en PR-** máximo de un viaje por año póliza. Sujeto a evaluación por MCS.
	Atención de urgencia	$60 copago		----Ninguno----
Si le hospitalizan	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	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		----Ninguno----
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 servicio recibido.	Incluye a hijas dependientes.
	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	Cuidado de la salud en el hogar	No cubierto		No cubierto
	Servicios de rehabilitación	Ningún cargo		Cubierto bajo Cuidado de Salud en el Hogar. Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
	Servicios de habilitación	Ningún cargo		
	Cuidado de enfermería especializada	No cubierto		No cubierto
	Equipo médico duradero	25% coaseguro		Requiere pre-autorización.
	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	$0 copago		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 póliza por asegurado. Este máximo no aplica a menores de 19 años de edad.

Servicios excluidos y otros servicios cubierto

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 • Programas para pérdida de peso • Servicios que no son emergencias fuera de EUA • Tratamiento de Infertilidad	**Algunas Exclusiones generales:** . 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. . 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 ACAA y el Fondo del Seguro del Estado.	. Gastos o Servicios por procedimientos médicos nuevos considerados experimentales o investigativos hasta que MCS determine su inclusión. . 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 (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 • Cirugía bariátrica • Cuidado Dental (en la cubierta dental) • Cuidado rutinario de los ojos (en oftalmólogos u optómetras)	• Cuidado rutinario de los pies (a través de podiatras) • Examen de la Vista • Quiroprácticos • Programas de Valor - MCS Alivia	- MCS Solutions - MCS Medilínea - MCS Medilínea MD - MCS Madres y Bebés Saludables - MCS Step to Wellness - MCS Asistencia al Viajero - MCS Rewards - MCS Care Clubs

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, kwiijigo 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** **$0**
- **Especialista *[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)*

Costo total hipotético	**$12,971**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$444
Coaseguro	$418
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$862**

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**
- **Especialista *[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)*

Costo total hipotético	**$7,389**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$584
Coaseguro	$485
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$1,069**

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

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Especialista *[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)*

Costo total hipotético	**$1,963**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$373
Coaseguro	$21
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$394**

El **plan** sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.