

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Período de cobertura: 01/01/2026 – 12/31/2026

Cobertura para: Individual/Pareja/Familiar | Tipo de plan: PPO



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 obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, 1.888.758.1616 o al 787.281.2800. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el 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:
¿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. Los servicios de atención preventiva y de atención primaria están cubiertos antes de alcanzar su deducible .	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 ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deductibles para servicios específicos?	Sí. Cubierta de Gastos Médicos Mayores: \$100 - deducible individual/ \$300 - deducible familiar. No hay otros deductibles específicos.	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 ?	No Aplica	Este plan no tiene un 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, Programas de Valor añadido, Gastos Médicos, Mayores, Costos compartidos pagados por un tercero (ejemplo: programas de descuento, programas de asistencia a pacientes provistos por manufactureros o fundaciones, Gastos de las siguientes cubiertas: dental y visión.	Incluso si pagas estos gastos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	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 <u>plan</u> usa una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la 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 proveedor 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 <u>referido</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .

 Todos los copagos y el coaseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deductible, 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)	
<u>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</u>	Consulta con su <u>médico de atención primaria</u> para tratar una afección o lesión	\$9 / visita		Usted paga el 100% de los costos al momento de recibir los servicios. MCS reembolsará a base de tarifa contratada con un <u>proveedor participante</u> menos cualquier <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> aplicable por el servicio recibido.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$15 / visita		
	Consulta con un subespecialista	\$15 / visita		
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Ningún cargo		
<u>Si se realiza un examen</u>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	25% <u>coaseguro</u>		Red PPO de Laboratorios
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	25% <u>coaseguro</u>		Requiere <u>pre-autorización</u> 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)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://mcs.com.pr/es/Paginas/herramientas-servicios/formulario-medicamentos.aspx	Medicamentos genéricos	Punto de Servicio: \$5 copago / Suplido 90 días "Retail": \$10 copago / Mail Order: \$10 copago		<p>Formulario de Medicamentos: https://mcs.com.pr/es/Paginas/herramientas-servicios/formulario-medicamentos.aspx</p> <p>Regla C - Bioequivalente primera opción. Copago de genérico más diferencia de marca y genérico.</p>
	Medicamentos genéricos no preferidos	Punto de Servicio: \$5 copago / Suplido 90 días "Retail": \$10 copago / Mail Order: \$10 copago		
	Medicamentos de marca preferidos	Punto de Servicio: 20% Min. \$10 Max. \$40 copago / Suplido 90 días "Retail": 20% Min. \$20 Max. \$80 copago / Mail Order: 20% Min. \$20 Max. \$80 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.	
	Medicamentos de marca no preferidos	Punto de Servicio: 20% Min. \$10 Max. \$40 copago / Suplido 90 días "Retail": 20% Min. \$20 Max. \$80 copago / Mail Order: 20% Min. \$20 Max. \$80 copago		
	Medicamentos de especialidad	20% coaseguro		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$50 / visita		Cubierto a través del Programa de Medicamentos Especializados.
	Tarifas del médico/cirujano	Ningún cargo		

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 atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	Ningún cargo - accidente \$40 / visita – enfermedad		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 de MCS Life.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Ambulancia terrestre en PR: MCS reembolsará hasta un máximo de \$75 por viaje. Ambulancia Aérea en PR: Aplica 20% <u>coaseguro</u> de las tarifas establecidas por MCS con el <u>proveedor</u> contratado para estos servicios.		
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 / visita		
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$60 / visita	Usted paga el 100% de los costos al momento de recibir los servicios. MCS reembolsará a base de tarifa contratada con un <u>proveedor participante</u> menos cualquier <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> aplicable por el servicio recibido.	Incluye a hijas dependientes.
	Tarifas del médico/cirujano	Ningún cargo		
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios para pacientes	\$15 / visita		
	Servicios intrahospitalarios para pacientes	\$60 / visita (<u>hospitalización</u>) \$60 / visita (<u>hospitalización parcial</u>)		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 / visita	Incluye a hijas dependientes.	Incluye a hijas dependientes.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Ningún cargo		
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$60 / visita		

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. Cubierto bajo Cuidado de Salud en el Hogar. 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		Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
	Atención de enfermería especializada	Ningún cargo		Requiere preautorización .
	Equipo médico duradero	20% coaseguro		Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores. Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% coaseguro		
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$0 copago	Uno por año póliza. Cubierto a través de Facilidades contratadas o reembolso.	
	Anteojos para niños	\$125 Máximo de Beneficio cada año póliza		
	Evaluación dental para niños	0% coaseguro - Diagnóstico y Preventivo 30% coaseguro - Mantenedores de Espacio 30% coaseguro - Restaurativo, Cirugía Oral, Endodoncia y Periodoncia 50% coaseguro - Coronas y Prostodoncia Ortodoncia - cubierto por reembolso al 50% hasta el máximo establecido.		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. Ortodoncia - máximo de \$1,000 por vida por persona asegurada.

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">• Aparatos auditivos• Atención médica que no es de emergencia, cuando viaja fuera de US.• Cargos que la persona no esté legalmente obligada a pagar.• Cirugía cosmética• Cuidado a largo plazo• Drogas o medicinas obtenidas sin una receta del médico o no aprobadas por la Agencia Federal FDA.	<ul style="list-style-type: none">• Enfermería privada• Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta bajo esta póliza haga a un proveedor participante sin estar obligados por este contrato a hacerlo.• Gastos o Servicios por procedimientos médicos nuevos considerados experimentales o investigativos hasta que MCS determine su inclusión.• Lesiones surgidas a consecuencia de la comisión o intento de comisión de un acto ilegal.	<ul style="list-style-type: none">• Programas de pérdida de peso• Servicios que no sean médicalemente necesarios.• 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.• Tratamiento de infertilidad
--	--	--

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• Cuidado dental (adultos)	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado quiropráctico• Cuidado rutinario de los ojos (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: for the Puerto Rico's Office of Commissioner of Insurances, contact www.ocs.gobierno.pr or call to 787.304.8686; for the Department of Health & Human Services' Center for Consumer Information & Insurance Oversight (CCIIO) contact www.cciio.cms.gov or call to 1.877.267.2323 x. 61565; for the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) contact www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html or call to 1.866.444.EBSA (3272). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.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 en <http://www.mcs.com.pr> o llamando al número especificado en el reverso de su tarjeta de plan de salud, o al 1.888.758.1616 libre de cargos (usuarios TTY/TDD 1.866.627.8182); la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, contacte a www.ocs.gobierno.pr o llame al 787.304.8686; o a la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA) del Departamento del Trabajo contactando a www.dol.gov/ebsa/healthreform 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.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

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

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, kwijjigo 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
■ Copago de Especialista	\$15
■ Copago de Hospitalización	\$60
■ Otros costos compartidos	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	\$12,350
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$0
Copagos	\$360
Coaseguro	\$260

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$620

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
■ Copago de Especialista	\$15
■ Copago de Hospitalización	\$60
■ Otros costos compartidos	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	\$6,130
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coaseguro	\$470

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,260

Fractura simple de Mía

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de Especialista	\$15
■ Copago de Hospitalización	\$60
■ Otros costos compartidos	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	\$1,570
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$0
Copagos	\$350
Coaseguro	\$20

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$370

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