



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 cubierta, o para obtener una copia de los términos de cubierta 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](#), [coaseguro](#), [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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                              | \$0                                                                                                                                                                                                                       | <a href="#">Consulte la tabla de eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Los servicios de atención preventiva y de atención primaria están cubiertos antes de alcanzar su deducible.                                                                                                           | Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin costos compartidos y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="http://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | <b>\$100</b> (individual) o <b>\$200</b> (familiar)<br>Sí. Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X. No hay otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos. | Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | <b>\$6,350</b> (individual)<br><b>\$12,700</b> (familiar)                                                                                                                                                                 | El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir su propio <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> hasta que se complete el total familiar del <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | 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 <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Preguntas importantes                                                                         | Respuestas                                                                                                                                                                           | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Sí. Véa <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 proveedores dentro de la red. | Este <a href="#">plan</a> tiene dos <a href="#">redes de proveedores</a> . Usted pagará menos si acude a un proveedor en la Red VIP. Usted pagará más si acude a un proveedor en la Red PPO. Usted pagará lo máximo si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.                                                                                                                                                                                  | Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin <a href="#">un referido</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

 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 <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | <b>Generalista:</b><br>\$0 copago por visita (Red VIP).<br>\$0 copago por visita (Red PPO).                                                                                                             | Cubierto por reembolso.<br><a href="#">Ver detalles en la página 8 de este documento.</a> | .                                                       |
|                                                                 | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | <b>Especialista:</b><br>\$15 copago por visita (Red VIP).<br>\$18 copago por visita (Red PPO).<br><br><b>Subespecialista:</b><br>\$22 copago por visita (Red VIP).<br>\$25 copago por visita (Red PPO). | Cubierto por reembolso.<br><a href="#">Ver detalles en la página 8 de este documento.</a> |                                                         |

| 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)                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                            | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                                                                     | Ningún cargo por atención preventiva ni vacunas.<br><br><b>Examen colectivo:</b><br>\$15 copago de especialista. Por visita (Red VIP).<br>\$18 copago de especialista. Por visita (Red PPO) | Cubierto por reembolso.<br><a href="#">Ver detalles en la página 8 de este documento.</a> | Aplica \$0/0% cuando estos servicios estén definidos como servicios preventivos en las regulaciones federales y locales aplicables.<br><br>Asegurados de 18 años en adelante podrán realizar dos visitas médicas con \$0 copago a los centros MCS Care Clubs para recibir atención preventiva. Vea Parte III de la póliza*.<br><br>Usted deberá pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique cuánto pagará su plan. |
| Si se realiza un examen    | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)                                                  | <b>Laboratorios:</b> 35% coaseguro<br><b>Rayos X:</b> 60% coaseguro                                                                                                                         | Cubierto por reembolso.<br><a href="#">Ver detalles en la página 8 de este documento.</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                            | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 75% coaseguro                                                                                                                                                                               | Cubierto por reembolso.<br><a href="#">Ver detalles en la página 8 de este documento.</a> | Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar). Requiere pre-autorización.<br><br><b>CT Scan/MRI:</b> uno (1) por región anatómica, por año póliza.<br><b>PET CT:</b> uno (1) por año póliza.                                                                                                                                                                                                                            |

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

| 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)                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cubierta de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.mcs.com.pr">www.mcs.com.pr</a> | Medicamentos genéricos                                    | <b>Punto de servicio:</b><br>15% de coaseguro, mínimo \$10 por receta (preferidos) / Aplica 50% coaseguro (no preferidos).<br><br><b>Por correo:</b><br>15% de coaseguro, mínimo. \$20 por receta (preferidos) / Aplica 50% coaseguro (no preferidos).<br><br><b>Por despacho a 90 días:</b><br>15% de coaseguro, mínimo. \$40 por receta (preferidos) / Aplica 50% coaseguro (no preferidos). | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u> | <b>Niveles de cubierta de medicamentos:</b> Este plan tiene un primer nivel hasta un <b>máximo de \$500 donde se aplican los copagos</b> y coaseguros, y un segundo nivel donde aplica un <b>90% de coaseguro</b> , después de alcanzar el primer nivel.<br><br><b>Regla de despacho:</b> Si el médico y/o el asegurado solicita una receta de marca, existiendo un genérico disponible, el asegurado debe asumir la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el copago o coaseguro de medicamento genérico correspondiente.<br><br><b>Despacho a 90 días:</b> Los asegurados tienen la opción de obtener sus medicamentos a través de un programa de suministro de 90 días con copago o coaseguro aplicable. Los medicamentos especializados requieren pre-autorización. Aplican limitaciones de terapia escalonada, cantidad y especialidad. Vea el formulario de medicamentos aplicable a su plan*.<br><br>Una (1) inyección de glucagón y reemplazo, para los asegurados diagnosticados con diabetes mellitus tipo I. |
|                                                                                                                                                                                                                                      | Medicamentos de marca preferidos                          | <b>Punto de servicio:</b><br>Aplica 50% coaseguro.<br><b>Por correo o por despacho a 90 días:</b><br>Aplica 89% coaseguro.                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                      | Medicamentos de marca no preferidos                       | <b>Punto de servicio:</b> Aplica 80% coaseguro.<br><b>Por correo o por despacho a 90 días:</b><br>Aplica 89% coaseguro.                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>              | <b>Sólo en puntos de servicio:</b> Aplica 89% coaseguro (preferidos) / (no preferidos).                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                           | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | <b>Facilidad ambulatoria:</b> 60% coaseguro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u> | <b>75% coaseguro para procedimientos endoscópicos</b> en facilidad ambulatoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                      | Tarifas del médico/cirujano                               | Ningún cargo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  | Ninguna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

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

| 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 | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>  | <b>Accidente:</b> \$50 copago por visita.<br><b>Enfermedad:</b> \$85 copago por visita.                                                                                                                                                | Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley y pagadas directamente al proveedor.                  | Ninguna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                       | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>     | <b>Ambulancia terrestre en PR:</b> Cubierto, ambulancia terrestre de emergencia. No requiere pre-autorización.<br><b>Ambulancia aérea en PR:</b> Aplica 75% coaseguro de las tarifas establecidas entre MCS y el proveedor contratado. | <b>Ambulancia terrestre:</b> MCS Life pagará directamente al proveedor sea o no un proveedor participante. | <b>Ambulancia aérea en PR:</b> El servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico estará cubierto de acuerdo con la necesidad médica que se establezca al momento de dar el servicio y a través de proveedores contratados.                                                                                                         |
|                                       | <a href="#">Atención de urgencia</a>                | \$20 copago.                                                                                                                                                                                                                           | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>                           | Ninguna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Si necesita hospitalización           | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | <b>Hospitalización:</b><br>Nivel 1: \$300 copago por admisión.<br>Nivel 2: \$900 copago por admisión.<br><b>Hospitalización por Accidente:</b><br>Nivel 1: \$150 copago por admisión.<br>Nivel 2: \$750 copago por admisión.           | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>                           | Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar).<br><b>Hospitalizaciones:</b> Los hospitales contratados están clasificados en Nivel 1 y Nivel 2 con copagos diferentes. Para detalles, vea el Directorio de proveedores aplicable a su plan. |
|                                       | 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)                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                 | <b>Visita a psicólogo o psiquiatra:</b><br>\$0 copago por visita (Red VIP).<br>\$0 copago por visita (Red PPO).                                                                                                                                                                                                      | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u> | Psicólogos o Psiquiatra: Cubierto directamente a través de proveedores contratados o a través de MCS Solutions                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados               | <b>Hospitalización completa:</b><br>Nivel 1: \$300 copago por admisión<br>Nivel 2 \$900 copago por admisión.<br><br><b>Hospitalización por Accidente:</b><br>Nivel 1: \$150 copago por admisión.<br>Nivel 2: \$750 copago por admisión.<br><br><b>Hospitalización parcial:</b> \$200 copago por admisión. (Red PPO). | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u> | Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar).<br><br><b>Hospitalizaciones:</b> Los hospitales contratados están clasificados en Nivel 1 y Nivel 2 con copagos diferentes. Para detalles, vea el Directorio de proveedores aplicable a su plan.<br><br><b>Hospitalización parcial:</b> Requiere PA. |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                                | \$15 copago por visita (Red VIP).<br>\$18 copago por visita (Red PPO) de especialista.                                                                                                                                                                                                                               | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u> | También están cubiertas las visitas al consultorio, los profesionales de parto/nacimiento y los servicios en las instalaciones.<br><br>Disponibles también para hijas dependientes.                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                         | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Ningún cargo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                         | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | <b>Nivel 1:</b> \$300 copago por admisión de hospitalización.<br><b>Nivel 2:</b> \$900 copago por admisión de hospitalización.                                                                                                                                                                                       | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 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)                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>                     | 75% coaseguro                                       | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u> | <b>Cuidado de la salud en el hogar:</b> Máximo de cuarenta (40) terapias por año póliza. Requiere pre-autorización.                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | 75% coaseguro                                       |                                                                                  | <b>Quiropráctico:</b> Veinte (20) manipulaciones por año póliza.                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                       | 75% coaseguro                                       |                                                                                  | <b>Servicios de habilitación:</b> Veinte (20) terapias por año póliza.                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                            | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | 70% coaseguro                                       |                                                                                  | <b>Servicios de rehabilitación:</b> Veinte (20) terapias por año póliza.                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                            | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 75% coaseguro                                       |                                                                                  | Requiere pre-autorización de Asuntos Clínicos.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | No cubierto (Hospicio).                             | No aplica, no está cubierto.                                                     | Requiere pre-autorización. <b>Solo cubre:</b> cama de posiciones, silla de ruedas estandarizada, oxígeno y equipo necesario para su administración. Asegurados con Diabetes Mellitus Tipo I (con orden médica): una bomba de insulina, un glucómetro cada tres años, 150 lancetas (cada mes) y 150 tirillas (cada mes). |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | Examen de la vista para niños                                   | \$10 copago por examen.                             | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u> | <b>Menores de 21 años de edad:</b> Un examen de refracción por asegurado por año póliza.                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                            | Anteojos para niños                                             | 0% coaseguro                                        | Cubierto por reembolso.<br><u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u> | <b>Menores de 21 años de edad:</b> Un par de espejuelos (lentes y montura) por año póliza o doce pares de lentes de contacto desechables al año.                                                                                                                                                                        |

| 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)                            |                                                                                                                                                                                                                                  |
|                            | Control dental para niños      | 0% de coaseguro en diagnóstico y preventivo de cubierta básica. | Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u> | <b>Menores de 21 años de edad:</b> Dos exámenes dentales y limpiezas por año póliza (cada seis meses). Un juego de radiografías de mordida y periapicales cada tres años. Tratamiento fluoruro cubierto como beneficio esencial. |

### 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](#)).**

- |                                                                                                                                              |                                                                                                                                        |                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Cuidado a largo plazo (long term care)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera privada</li> <li>• Programa para pérdida de peso</li> <li>• CPAP y BiPAP</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de infertilidad</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

**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"> <li>• <b>Servicios cubiertos por reembolso:</b> Cuando reciba servicios en Puerto Rico y a través de un proveedor fuera de la red contratada, MCS Life reembolsará a la persona asegurada la cantidad que habría sido pagada si el tratamiento, servicios, despacho de medicamentos o abastos hubieran sido brindados por un proveedor participante de MCS Life, menos cualquier copago o coaseguro que aplique, excepto en casos de emergencia. El asegurado es responsable por la diferencia entre el costo facturado por el proveedor no participante, y cualquier copago o coaseguro que aplique, excepto en casos de emergencia.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos fuera del recetario (OTC)- \$1</li> <li>• Acupuntura (a través de MCS Alivia)</li> <li>• Anteojos (espejuelos)</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cuidado rutinario de los ojos (Adulto)</li> <li>• Cuidado dental (Adulto)</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies (Podiatras)</li> <li>• Quiropráctico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.</li> <li>• En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red UnitedHealthcare. Aplica un <b>75% de coaseguro</b>.</li> </ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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: la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico acceda a [www.ocs.pr.gov](http://www.ocs.pr.gov) 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

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

[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 cubierta, como comprar cubierta 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.

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](http://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 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.pr.gov](http://www.ocs.pr.gov) 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

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

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 [coseguro](#)) 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>      | \$0   |
| ■ <a href="#">Especialistas</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$18  |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costo compartido</a> ]    | \$300 |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | 75%   |

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*)

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$12,670</b> |
| <b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b> |                 |
| <i>Costos compartidos</i>            |                 |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$100           |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$331           |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$570           |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                 |
| Límites o exclusiones                | \$0             |
| <b>El total que Peg pagaría es</b>   | <b>\$1,001</b>  |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

|                                                                      |       |
|----------------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>      | \$0   |
| ■ <a href="#">Especialistas</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$18  |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costo compartido</a> ]    | \$300 |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | 75%   |

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*)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$7,389</b> |
| <b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b> |                |
| <i>Costos compartidos</i>            |                |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$100          |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$134          |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$3,222        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                |
| Límites o exclusiones                | \$             |
| <b>El total que Joe pagaría es</b>   | <b>\$3,456</b> |

### Fractura simple de Mía

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

|                                                                      |       |
|----------------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>      | \$0   |
| ■ <a href="#">Especialistas</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$18  |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costo compartido</a> ]    | \$300 |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | 75%   |

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*)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$1,929</b> |
| <b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b> |                |
| <i>Costos compartidos</i>            |                |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$344          |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$212          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                |
| Límites o exclusiones: Muletas       | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b>   | <b>\$556</b>   |

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

# Glosario de términos médicos y de cobertura médica

- En este glosario se definen muchos términos de uso frecuente, pero no es una lista completa. Estos términos y definiciones del glosario pretenden ser educativos y pueden ser diferentes de los términos y definiciones de su [plan](#) o póliza de [seguro médico](#). Es posible que algunos de estos términos tampoco tengan exactamente el mismo significado cuando se utilicen en su póliza o [plan](#) y, en ese caso, debe guiarse por la póliza o el [plan](#). (Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para obtener información sobre cómo conseguir una copia de su póliza o documento del [plan](#)).
- El texto [subrayado](#) señala un término definido en este glosario.
- Lea la página 7 para ver un ejemplo de cómo funcionan juntos los [deducibles](#), el [coseguro](#) y los [límites de gastos de bolsillo](#) en una situación de la vida real.

## Cantidad permitida

Es el pago máximo que el [plan](#) hará por un servicio de atención médica cubierto. También puede llamarse “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tarifa negociada.”

## Apelación

Una solicitud para que su compañía de seguro médico o [plan](#) revise una decisión que rechaza un beneficio o un pago (ya sea en su totalidad o en parte).

## Facturación de saldo

Cuando un [proveedor](#) le factura el saldo restante de la factura que su [plan](#) no cubre. Esta cantidad es la diferencia entre la cantidad facturada real y la [cantidad permitida](#). Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$200 y la cantidad permitida es de \$110, el proveedor puede facturarle los \$90 restantes. Esto sucede con mayor frecuencia cuando se consulta a un [proveedor fuera de la red](#) ([proveedor no preferido](#)). Un [proveedor de la red](#) ([proveedor preferido](#)) no puede enviarle una factura por el saldo de servicios cubiertos.

## Reclamación

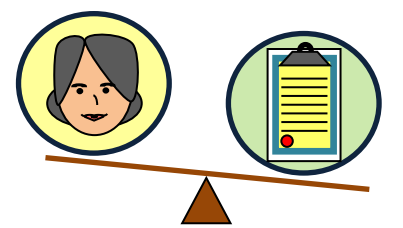
Una solicitud de un beneficio (incluyendo el reembolso de un gasto de atención médica) que le hace usted o su [proveedor](#) de atención médica a su compañía de seguro médico o [plan](#) por artículos o servicios que usted cree que están cubiertos.

## Coseguro

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, que se calcula como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) de la [cantidad permitida](#) para el servicio. Por lo general,

usted paga el coseguro

**más** los [deducibles](#) que debe. (Por ejemplo, si la cantidad permitida por el [seguro médico](#) o el [plan](#) para una consulta es de \$100 y usted ha pagado su [deducible](#), su pago de coseguro del 20 % sería de \$20. El [seguro médico](#) o el [plan](#) pagan el resto de la cantidad permitida).



Jane paga 20 % Su plan paga 80 %

(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

## Complicaciones del embarazo

Condiciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto y el parto que necesitan atención médica para prevenir un daño grave a la salud de la madre o del feto. Por lo general, las náuseas matinales y las cesáreas que no son de emergencia no se consideran complicaciones del embarazo.

## Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

## Costos compartidos

Su parte de los costos de los servicios que un [plan](#) cubre y que usted debe pagar de su propio bolsillo (a veces llamados “gastos de bolsillo”). Algunos ejemplos de costos compartidos son los [copagos](#), los [deducibles](#) y los [coseguros](#). El costo compartido familiar es la parte del costo de los [deducibles](#) y los gastos [de bolsillo](#) que usted y su cónyuge o hijos deben pagar de su propio bolsillo. Otros costos, incluyendo las [primas](#), los recargos que puede tener que pagar o el costo de la atención que un [plan](#) no cubre, por lo general, no se consideran costos compartidos.

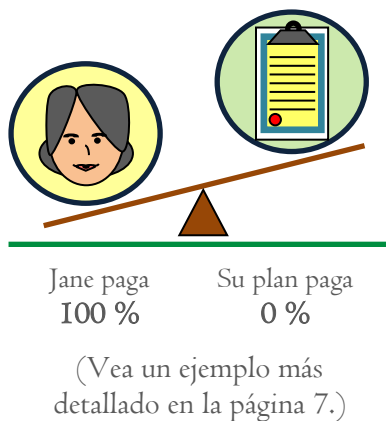
## Reducciones de costo compartido

Descuentos que reducen la cantidad que paga por ciertos servicios cubiertos por un [plan](#) individual que compra a través del [Mercado](#). Puede obtener un descuento si sus ingresos están por debajo de un determinado nivel y elige un plan médico Silver o si es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal, lo que incluye ser accionista de una corporación según la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska (Alaska Native Claims Settlement Act).

## Deducible

Una cantidad que podría deber durante un período de cobertura (generalmente un año) por servicios de atención médica cubiertos antes de que su [plan](#) comience a pagar. A todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos se les aplica un deducible

general. Un [plan](#) con un deducible general también puede tener deducibles separados que se apliquen a servicios o grupos de servicios específicos. Un [plan](#) también puede tener solo deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya pagado su deducible de \$1000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos a dicho deducible).



## Pruebas de diagnóstico

Pruebas para determinar cuál es su problema médico. Por ejemplo, una radiografía puede ser una prueba de diagnóstico para ver si tiene un hueso roto.

## Equipo médico duradero (DME)

Equipo y suministros que solicita un [proveedor](#) de atención médica para uso diario o prolongado. Los equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) pueden incluir equipos de oxígeno, sillas de ruedas y muletas.

## Condición médica de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma (incluyendo dolor intenso) o condición lo suficientemente grave como para suponer un riesgo importante para su salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibiera atención médica de inmediato, podría esperar razonablemente: 1) que su salud corriera grave peligro, 2) tener problemas con sus funciones corporales o 3) sufrir graves daños en cualquier parte u órgano del cuerpo.

## Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia para una [condición médica de emergencia](#). Los tipos de transporte médico de emergencia pueden incluir transporte por aire, tierra o mar. Es posible que su [plan](#) no cubra todos los tipos de transporte médico de emergencia o pague menos por ciertos tipos.

## Atención en la sala de emergencias/servicios de emergencia

Servicios para comprobar si hay una [condición médica de emergencia](#) y tratarlo para evitar que esta empeore. Estos servicios pueden prestarse en la sala de emergencias de un hospital autorizado o en otro lugar que ofrezca atención para [condiciones médicas de emergencia](#).

## Servicios excluidos

Servicios de atención médica que su [plan](#) no paga ni cubre.

## Formulario

Una lista de los medicamentos que su [plan](#) cubre. Un formulario puede incluir cuánto le corresponde pagar por cada medicamento. Su [plan](#) puede tener medicamentos de diferentes niveles de [costo compartido](#). Por ejemplo, un formulario puede incluir niveles de medicamentos genéricos y de marca, y diferentes cantidades de [costo compartido](#) aplicadas a cada nivel.

## Queja

Un reclamo que comunica a su compañía de seguro médico o [plan](#).

## Servicios de habilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar su funcionamiento y sus competencias para la vida diaria. Por ejemplo, terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

## Seguro médico

Un contrato que exige a una compañía de seguro médico que pague algunos o todos sus costos de atención médica a cambio de una [prima](#). Un contrato de seguro médico también se puede llamar “póliza” o “[plan](#).”

## Atención médica domiciliaria

Los servicios y suministros de atención médica que recibe en su casa según las indicaciones su médico. Estos servicios los prestan enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales u otros [proveedores](#) de atención médica autorizados. La atención médica domiciliaria no suele incluir ayuda con tareas no médicas, como cocinar, limpiar o conducir.

## Servicios en un centro de atención paliativa

Servicios que ofrecen comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

## Hospitalización

Atención en un hospital que exige un ingreso como paciente hospitalizado y que, por lo general, requiere una estancia de una noche. Algunos [planes](#) pueden considerar la estancia de una noche para observación como atención ambulatoria en lugar de atención hospitalaria.

## Atención ambulatoria en el hospital

Atención en un hospital que, por lo general, no exige una estancia de una noche.

## Coseguro dentro de la red

Su parte (por ejemplo, el 20 %) de la [cantidad permitida](#) para los servicios de atención médica cubiertos. Su parte suele ser menor para los servicios cubiertos dentro de la red.

## Copago dentro de la red

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). Los copagos dentro de la red suelen ser menores que los [copagos fuera de la red](#).

## Mercado

Un mercado de [seguros médicos](#) en el que las personas, las familias y las pequeñas empresas pueden informarse sobre sus opciones de [planes](#); comparar los planes en función de los costos, los beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda financiera con las [primas](#) y los [costos compartidos](#) según sus ingresos; y elegir un [plan](#) e inscribirse en la cobertura. También se lo conoce como “Intercambio de seguros.” El Mercado se dirige a nivel estatal en algunos estados y, en otros, a nivel federal. En algunos estados, el Mercado también ayuda a las personas elegibles a inscribirse en otros programas, incluyendo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children’s Health Insurance Program, CHIP). Se puede acceder a él en línea, por teléfono y personalmente.

## Límite máximo de gastos de bolsillo

La cantidad anual que el gobierno federal establece como el máximo de [costos compartidos](#) que se le puede exigir pagar a cada individuo o familia durante el año del [plan](#) para los servicios cubiertos en la red. Se aplica a la mayoría de los tipos de [planes](#) y seguros médicos. Esta cantidad puede ser superior a los [límites de gastos de bolsillo](#) establecidos para su [plan](#).

## Medicamento necesario

Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, dolencia o sus síntomas, incluyendo la habilitación, y que respeten los estándares médicos aceptados.

## Cobertura esencial mínima

La cobertura esencial mínima, por lo general, incluye [planes](#), [seguros médicos](#) que se pueden adquirir en el [Mercado](#), otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, podría no ser elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

## Estándar de valor mínimo

Una norma básica para medir el porcentaje de los costos permitidos que el [plan](#) cubre. Si se le ofrece un [plan](#) de un empleador que paga por lo menos el 60 % del total de los costos permitidos de los beneficios, el [plan](#) ofrece un valor mínimo y es posible que no califique para los [créditos fiscales para primas](#) y las [reducciones de costos compartidos](#) para comprar un [plan](#) en el [mercado](#).

## Red

Los centros, [proveedores](#) y suministradores que su compañía de seguro médico o [plan](#) ha contratado para prestar servicios de atención médica.

## Proveedor de la red (proveedor preferido)

Un [proveedor](#) que tiene un contrato con su [compañía de seguro médico](#) o [plan](#) y que ha aceptado prestar servicios a los miembros de un [plan](#). Pagará menos si lo atiende un [proveedor](#) que esté incluido en la [red](#). También se lo llama “proveedor preferido” o “proveedor participante.”

## Órtesis y prótesis

Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales, y prótesis mamarias externas para después de una mastectomía. Estos servicios incluyen los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente.

## Coseguro fuera de la red

Su parte (por ejemplo, el 40 %) de la [cantidad permitida](#) para los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que no tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). El coseguro fuera de la red, por lo general, cuesta más que el [coseguro dentro de la red](#).

## Copago fuera de la red

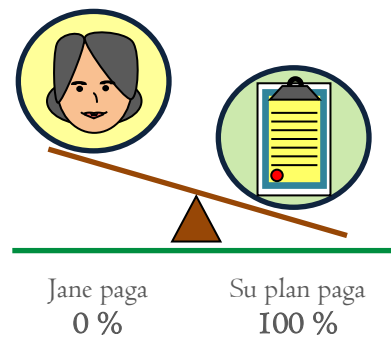
Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que **no** tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). Los copagos fuera de la red suelen ser mayores que los [copagos dentro de la red](#).

## Proveedor fuera de la red (proveedor no preferido)

Un [proveedor](#) que no tiene un contrato con su [plan](#) para prestar servicios. Si su [plan](#) cubre servicios fuera de la red, por lo general, usted pagará más por una consulta con un proveedor fuera de la red que con un [proveedor preferido](#). En su póliza se le explicará cuáles pueden ser esos costos. Al “proveedor fuera de la red” también se lo llama proveedor “no preferido” o “no participante.”

## Límite de gastos de bolsillo

Lo máximo que usted **podría** pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos. Una vez que alcance este límite, por lo general, el [plan](#) pagará el 100 % de la



(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

[cantidad permitida](#). Este límite lo ayuda a planificar los costos de la atención médica y nunca incluye la [prima](#), los cargos de [facturación de saldos](#) ni la atención médica que su [plan](#) no cubre. Algunos [planes](#) no tienen en cuenta todos sus [copagos](#), [deducibles](#), pagos de [coseguro](#), pagos fuera de la red ni otros gastos para este límite.

## Servicios prestados por médicos

Los servicios de atención médica que presta o coordina un médico autorizado, incluyendo un licenciado en medicina (Medical Doctor, MD) o un licenciado en medicina osteopática (Doctor of Osteopathy, DO).

## Plan

Cobertura médica emitida para usted directamente (plan individual) o mediante un empleador, sindicato u otro patrocinador de grupo (plan grupal del empleador) para ciertos costos de atención médica. También llamado “plan de seguro médico”, “póliza”, “póliza de seguro médico” o “[seguro médico](#).”

## Preautorización

La decisión de su compañía de seguro médico o [plan](#) de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, [medicamento con receta](#) o [equipo médico duradero](#) (DME) es [medicamento necesario](#). A veces se denomina “autorización previa”, “aprobación previa” o “precertificación.” Su [seguro médico](#) o [plan](#) puede exigir una preautorización para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en caso de emergencia. La preautorización no garantiza que su [seguro médico](#) o [plan](#) cubrirá el costo.

## Prima

La cantidad que se debe pagar por su [seguro médico](#) o [plan](#). Por lo general, usted o su empleador la pagan de forma mensual, trimestral o anual.

## Créditos fiscales para primas

Ayuda financiera que reduce sus impuestos para ayudarlos a usted y a su familia a pagar un [seguro médico](#) privado. Puede recibir esta ayuda si obtiene un [seguro médico](#) en el [Mercado](#) y sus ingresos están por debajo de un determinado nivel. Los pagos por adelantado del crédito fiscal se pueden utilizar inmediatamente para reducir los costos de las [primas](#) mensuales.

## Cobertura de medicamentos con receta

Cobertura de un [plan](#) que ayuda a pagar los [medicamentos con receta](#). Si el [formulario](#) del plan tiene “niveles”, los medicamentos con receta se agrupan por tipo o costo. La cantidad que pagará de [costo compartido](#) será diferente para cada “nivel” de [medicamentos con receta](#) cubiertos.

## Medicamentos con receta

Fármacos y medicamentos para los que se necesita, por ley, una receta médica.

## Atención preventiva (servicios preventivos)

Atención médica de rutina, incluyendo [exámenes de detección](#), controles y consejería para pacientes, para prevenir o detectar enfermedades, dolencias u otros problemas médicos.

## Médico de atención primaria

Un médico, incluyendo un MD o un DO, que presta o coordina diferentes tipos de servicios de atención médica para usted.

## Proveedor de atención primaria

Un médico, incluyendo un MD o un DO, enfermero profesional, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permitido por las leyes estatales y los términos del [plan](#), que presta, coordina o lo ayuda a acceder a diferentes tipos de servicios de atención médica.

## Proveedor

Una persona o un centro que presta servicios de atención médica. Algunos ejemplos de proveedores incluyen médicos, enfermeros, quiroprácticos, asistentes médicos, hospitales, centros quirúrgicos, centros de enfermería especializada y centros de rehabilitación. El [plan](#) puede exigir que el proveedor tenga licencia, certificación o acreditación de acuerdo con las leyes estatales.

## Cirugía reconstructiva

La cirugía y el tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo por defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o enfermedades.

## Derivación

Una orden escrita por su [proveedor de atención primaria](#) para que vea a un [especialista](#) o reciba ciertos servicios de atención médica. En muchas organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO), es necesario obtener una derivación para poder recibir servicios de atención médica de cualquier persona, excepto de su [proveedor de atención primaria](#). Si no obtiene una derivación primero, es posible que el [plan](#) no pague por los servicios.

## Servicios de rehabilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las competencias y el funcionamiento para la vida diaria que ha perdido o que se han deteriorado por una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados/o ambulatorios.

## Pruebas de detección

Un tipo de [atención preventiva](#) que incluye pruebas o exámenes para detectar la presencia de algo, por lo general, cuando no hay síntomas, signos o una historia médica predominantes de una enfermedad o condición.

## Atención de enfermería especializada

Servicios que prestan o supervisan enfermeros especializados autorizados en la casa del paciente o en un asilo de ancianos. La atención de enfermería especializada **no** es lo mismo que los “servicios de atención especializada”, que son servicios que prestan terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros autorizados) en la casa del paciente o en un asilo de ancianos.

## Especialista

Un [proveedor](#) que se centra en un área de la medicina o un grupo de pacientes específico para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y enfermedades.

## Medicamentos de especialidad

Un tipo de [medicamento con receta](#) que, en general, necesita una manipulación especial o un control y una evaluación continuos de un profesional de atención médica, o que es relativamente difícil de dispensar. Por lo general, los medicamentos de especialidad son los más caros de un [formulario](#).

### Usual, habitual y razonable (UCR)

La cantidad que se paga por un servicio médico en una zona geográfica en función de lo que los [proveedores](#) de la zona suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar. La cantidad usual, habitual y razonable (Usual, Customary and Reasonable, UCR) se suele utilizar para determinar la [cantidad permitida](#).

### Atención de urgencia

Atención por una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir [atención en la sala de emergencias](#).

# Ejemplo de cómo comparten los costos usted y su compañía de seguro médico

Deducible del plan de Jane: \$1,500

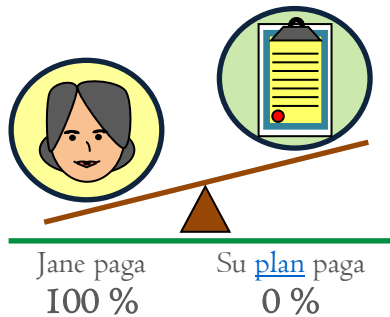
Coseguro: 20 %

Límite de gastos de bolsillo: \$5,000

1 de enero

Comienzo del período  
de cobertura

31 de diciembre  
Final del período de  
cobertura



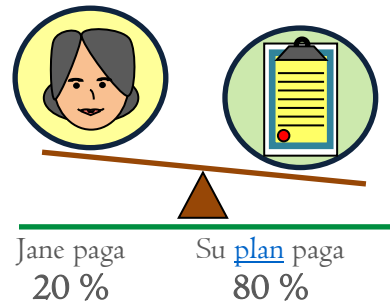
Jane no ha alcanzado su deducible de \$1,500 todavía

Su plan no paga ninguna parte del costo.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: \$125

Su plan paga: \$0



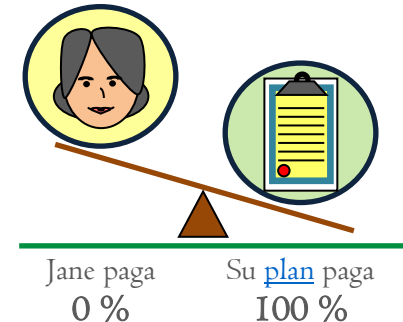
Jane alcanza su deducible de \$1,500, comienza su coseguro

Jane ha visitado al médico varias veces y pagó \$1,500 en total, lo que quiere decir que alcanzó su deducible. Por lo tanto, su plan pagará una parte del costo de su próxima consulta.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: el 20 % de \$125 = \$25

Su plan paga: el 80 % de \$125 = \$100



Jane alcanza su límite de gastos de bolsillo de \$5,000

Jane ha visitado al médico con frecuencia y pagó \$5,000 en total. Su plan paga el costo total de los servicios de atención médica cubiertos por el resto del año.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: \$0

Su plan paga: \$125

**Declaración de revelación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de la OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que completar 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.