

RESUMEN DE BENEFICIOS

bcu

ICONOCE TUS BENEFICIOS!

Nuestro programa de beneficios del plan médico grupal tiene una cubierta abarcadora que incluye servicios médicos, dental, visión, farmacia, laboratorios, rayos x, hospital, programa de ayuda al empleado (PAE), MCS Alivia, programas educativos y otras herramientas para mantenerte saludable.

Efectivo el **1 de enero de 2025**, renovamos nuestras pólizas del plan médico con MCS bajo las cubiertas y opciones de costos que se detallan en esta comunicación.

Recuerda que también cuentas con el servicio de Medilínea MD con solo **\$10** de copago. Esta herramienta te permitirá tener acceso a consultas médicas virtuales. Si deseas más información, puedes llamar a la Línea Dedicada de MCS para clientes de Fulcro People.





Línea Dedicada de Servicio **1.888.758.1617**

INGRESOS Y CAMBIOS EFECTIVOS AL 1 DE ENERO DE 2025



VALORES AÑADIDOS



Aplicación Móvil MiMCSDescarga el App



Medicina Integrada MCS Alivia



Consultas Virtuales Medilínea MD \$10 deducible

RESUMEN DE BENEFICIOS

	CUBIERTA BÁSICA	Co-Pagos, Coaseguros & Deducibles
L	Generalista / Especialista / Sub-especialista	\$9 / \$15 / \$15
	Sala de Emergencia (Accidente / Enfermedad)	\$0 / \$40
	Laboratorios	25%
	Rayos-X / Pruebas Diagnósticas	25%
	Terapia Física / Terapia Respiratoria	\$7 / \$0
	Manipulaciones Quiroprácticas	\$7
	MCS Alivia	\$15
	Medilínea MD	\$10
	Hospital Regular / Hospital Mental Parcial	\$60
	Centro de Urgencia	\$25
	Examen de Refracción	\$15
	Espejuelos o Lentes de Contacto (por año póliza)	\$125
	Servicios en Estados Unidos	20% Emergencias médicas o servicios preautorizados por MCS
	CUBIERTA DE FARMACIA	
	Over the Counter (OTC-con receta médica)	\$1
		\$1 \$5
	Over the Counter (OTC-con receta médica)	
	Over the Counter (OTC-con receta médica) Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos	\$5
	Over the Counter (OTC-con receta médica) Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos	\$5 20% mín. \$10; máx. \$40
	Over the Counter (OTC-con receta médica) Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos Especializados	\$5 20% mín. \$10; máx. \$40 20% \$0
	Over the Counter (OTC-con receta médica) Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos Especializados Quimioterapia / Radioterapia	\$5 20% mín. \$10; máx. \$40 20% \$0
	Over the Counter (OTC-con receta médica) Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos Especializados Quimioterapia / Radioterapia Suplido 90 Días: por Correo,	\$5 20% mín. \$10; máx. \$40 20% \$0 Farmacias Participantes
	Over the Counter (OTC-con receta médica) Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos Especializados Quimioterapia / Radioterapia Suplido 90 Días: por Correo, de Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos	\$5 20% mín. \$10; máx. \$40 20% \$0 Farmacias Participantes \$10
	Over the Counter (OTC-con receta médica) Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos Especializados Quimioterapia / Radioterapia Suplido 90 Días: por Correo, Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos	\$5 20% mín. \$10; máx. \$40 20% \$0 Farmacias Participantes \$10 20% mín. \$20; máx. \$80
	Over the Counter (OTC-con receta médica) Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos Especializados Quimioterapia / Radioterapia Suplido 90 Días: por Correo, li Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos CUBIERTA DENTAL	\$5 20% mín. \$10; máx. \$40 20% \$0 Farmacias Participantes \$10 20% mín. \$20; máx. \$80 Límite Anual \$1,000
	Over the Counter (OTC-con receta médica) Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos Especializados Quimioterapia / Radioterapia Suplido 90 Días: por Correo, li Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos CUBIERTA DENTAL Cuidado Preventivo / Diagnóstico	\$5 20% mín. \$10; máx. \$40 20% \$0 Farmacias Participantes \$10 20% mín. \$20; máx. \$80 Límite Anual \$1,000 0%
	Over the Counter (OTC-con receta médica) Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos Especializados Quimioterapia / Radioterapia Suplido 90 Días: por Correo, l Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos CUBIERTA DENTAL Cuidado Preventivo / Diagnóstico Retenedores	\$5 20% mín. \$10; máx. \$40 20% \$0 Farmacias Participantes \$10 20% mín. \$20; máx. \$80 Límite Anual \$1,000 0% 30%
	Over the Counter (OTC-con receta médica) Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos Especializados Quimioterapia / Radioterapia Suplido 90 Días: por Correo, l Bioequivalentes Preferidos / No Preferidos Marca Preferidos / No Preferidos CUBIERTA DENTAL Cuidado Preventivo / Diagnóstico Retenedores Cuidado Restaurativo Mayor	\$5 20% mín. \$10; máx. \$40 20% \$0 Farmacias Participantes \$10 20% mín. \$20; máx. \$80 Límite Anual \$1,000 0% 30% 30%

VALORES AÑADIDOS



Cuidado Preventivo Anual Centros Care Clubs \$0 deducible



Steps to Wellness Programa de Bienestar



Programa PAE-MCS
Solutions
Salud Emocional



Consultas Telefónicas Medilínea 1-866-727-6271

SEGURO DE VIDA	Beneficio
MCS Seguro de Vida Básico	\$10,000
MCS Muerte Accidental & Desmembramiento	\$10,000
NEW YORK LIFE -SEGURO DE BIENESTAR	Beneficio
Seguro de Vida Básico	1x el salario hasta un máximo de \$1,000,000
Seguro de Vida Voluntario	1x a 10x hasta un máximo de \$2,000,000
Seguro de Vida para Cónyuge	Incrementos de \$5,000 hasta un beneficio máximo de \$250,000 no debe exceder el 100% del beneficio del empleado
Dependientes (hijos)	Incrementos de \$10,000 beneficio máximo \$20,000
Seguro Básico de Muerte Accidental & Desmembramiento	1x el salario hasta un máximo de \$1,000,000
Seguro AD&D Voluntario	1x hasta 10x hasta un máximo de \$2,000,000
Seguro AD&D Cónyuge	80% de la cantidad del empleado o 100% si no tiene hijos dependientes, beneficio máximo de \$250,000
Seguro AD&D para Dependientes (hijos)	10% del beneficio del empleado o 15% si no tiene cónyuge. Cantidad máxima de beneficio \$20,000.
SEGURO DE INCAPACIDAD	
Incapacidad a Corto Plazo (STD)	70% coordinado con SINOT (PR beneficio estatutario)
Seguro Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo (LTD)	60% del salario mensual, beneficio máximo de \$5,000





Este documento es un resumen de beneficios, no constituye un contrato. En caso de haber alguna discrepancia entre el contrato y este documento, el contrato prevalecerá. Solicita el Certificado de Cubierta para más detalles.