

# HOJA DE BENEFICIOS COOPHARMA

I DE SEPTIEMBRE DE 2024 - 31 DE AGOSTO DE 2025



	COOPHARMA Max	COOPHARMA 1	COOPHARMA 2	COOPHARMA 3
Individual	\$497.49	\$338.63	\$228.87	\$174.06
Pareja	\$995.30	\$684.89	\$471.39	\$358.64
Familiar	\$1,311.14	\$915.31	\$625.63	\$475.92
Cubierta básica				
Generalista	\$8.00	\$10.00	\$8.00	\$10.00
Especialista	\$12.00	\$18.00	\$15.00	\$15.00
Subespecialista	\$15.00	\$20.00	\$15.00	\$20.00
Terapia Físicas	\$7.00	\$7.00	\$7.00	\$12.00
Terapia Respiratoria	\$7.00	\$7.00	\$7.00	\$12.00
Hospitalización	\$100.00	\$150.00	\$100.00	\$150.00*
Cirujía Ambulatoria	\$50.00	\$50.00	\$50.00	\$50.00
Emergencias por accidente	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Emergencias por enfermedad	\$40.00	\$75.00	\$40.00	\$75.00
Rayos X	25%	35%	25%	30%
Laboratorios	25%	35%	25%	Red Especial Laboratorios 30% / Red PPO Laboratorios 45%

	<b>COOPHARMA Max</b>	<b>COOPHARMA 1</b>	<b>COOPHARMA 2</b>	<b>COOPHARMA 3</b>
<b>Cubierta de Farmacia por Coopharma Network</b>				
Bioequivalente Preferido	\$5.00	\$5.00	\$10.00	\$10.00
Bioequivalente NoPreferido	\$5.00	\$5.00	\$10.00	\$10.00
Marca Preferido	15% Min \$15	25% Min \$25	No Cubierto	No Cubierto
Marca No Preferido	15% Min \$30	25% Min \$25	No Cubierto	No Cubierto
Medicamentos especializados	50%	50%	No Cubierto	No Cubierto
Medicamentos fuera del recetario (OTC)	\$1.00	\$1.00	\$1.00	\$1.00
<b>Cubierta de visión</b>				
Espeuelos & Lentes de contacto	\$100.00	\$100.00	\$100.00	No Cubierto
Examen de la Vista	\$15.00	\$15.00	\$15.00	30%
<b>Cubierta Dental</b>				
Diagnóstico & Preventivo	0%	0%	0%	0%
Restorativo	20%	30%	30%	No Cubierto
Protesis	50%	50%	50%	No Cubierto
Cubierta Maxima	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00
Orthodoncia**	50% hasta \$1,000 por vida	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto
<b>MCS Care Clubs</b>	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>MCS Alivia</b>	\$15.00	\$15.00	\$15.00	\$15.00
<b>MCS medilinea MD</b>	\$10.00	\$10.00	\$10.00	\$10.00
<b>Seguro de Vida</b>	\$10,000 muerte Natural o Accidental y desmembramiento	\$10,000 muerte Natural o Accidental y desmembramiento	\$10,000 muerte Natural o Accidental y desmembramiento	No Cubierto
<b>Emergencias en Estados Unidos y servicios no disponibles en Puerto Rico</b>	20%	20%	20%	20%
<b>Transplante de Órganos</b>	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Para información adicional sobre los beneficios de la cubierta, puede comunicarse con:

**Rolando Nieves: 787.473.8181 / [rnieves@envoyunit.com](mailto:rnieves@envoyunit.com)**  
**Juan Nieves: 787.473.7705 / [juannievesseijo@gmail.com](mailto:juannievesseijo@gmail.com)**

\*Se requerirá planilla trimestral del Fondo del Seguro del Estado o Departamento de Trabajo. Este documento representa un resumen de los beneficios básicos que ofrecemos a los grupos y varían de acuerdo con el producto o servicio seleccionado. Su contenido está sujeto a las disposiciones de la póliza, refiérase a la misma para ver los detalles de la cubierta. Ciertas restricciones, términos y condiciones pueden aplicar. Suscrito por MCS Life Insurance Company.



Este documento es un resumen de beneficios, no es un contrato. En caso de existir discrepancias entre este resumen y el contrato, el contrato prevalecerá. MCS Life Insurance Company complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MCS Life Insurance Company cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182). ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182). Suscrito por MCS Life Insurance Company