

Beneficios



Deducible Anual para Beneficios	Medicos / Medicamentos
Individual / Familiar	\$0
Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) Individual	\$6,350
Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) Familiar	\$12,700

Servicios de Emergencia	Red Regular	Red Preferida
Accidente, Enfermedad o Urgencia	\$70	\$0
Parcial incluyendo Salud Mental	\$200	\$200
Completa con Preautorización (incl. Salud Mental)	\$200	\$0 / \$200 Salud Mental
Completa sin Preautorización (incl. Salud Mental)	\$200	\$0 / \$200 Salud Mental
Facilidad de Enfermería especializada (Skilled Nursing Facility)	\$150	
Asistencia Quirúrgica especial	No cubierto	

Servicios Ambulatorios, Médico quirúrgicos	Red Regular	Red Preferida
Generalista	\$10	\$0
Especialista, Subespecialista, Psiquiatra, Psicólogo	\$15	
Podiatra, Quiropráctico, Audiólogo, Optómetra	\$10	
Centro de Cirugía Ambulatoria	35%	20%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Médica	40%	20%
Procedimientos Endoscópicos	40%	20%

Servicios de Maternidad y Cuidado de Recién Nacidos	Red Regular	Red Preferida
Perfil Biofisico	40%	
Visitas preventivas Well Baby Care	\$0	

Servicios de Rehabilitación, Habilidadación y Equipo Médico Duradero	Red Regular	Red Preferida
Terapia Física	50%	
Terapia Respiratoria	50%	
Cuidado de Salud en el Hogar (incluye Terapia del Habla y Ocupacional, entre otros)	50%	
Equipo Médico Duradero	50% hasta \$5,000 luego 80%	
Manipulaciones de Quiropráctico	\$10	

Servicios de Laboratorios, Rayos X
y Pruebas Diagnósticas

Red Regular

Red Preferida

Laboratorio	40%	0%
Rayos X	40%	0%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año)	40%	30%

Servicios de Visión
Pediátrica

Red Regular

Red Preferida

Examen de la Vista (Refracción)	\$10	\$10
Visión Pediátrica (Lentes / marcos)	20% hasta \$250 luego 80%	

Otros Servicios Cubiertos

Red Regular

Red Preferida

Tratamiento de quimioterapia (oral, inyectable, intravenosa e intratecal)	50%	30%
Examen de Refracción (adultos)		\$10
Ambulancia Aérea en Puerto Rico		50%
Emergencias en EE.UU.		50%
Servicios en EE.UU. (equipos/tratamientos no disponibles en PR)		50%
Telemedicina		0%

Cirugía Bariátrica

Red Regular

Red Preferida

Procedimiento de Cirugía Bariátrica	50%
-------------------------------------	-----

Cubierta Dental

Red Regular

Red Preferida

Diagnóstico y Preventivo	N / A \$0
--------------------------	-----------

Cubierta de Medicamentos
(Farmacia)

Red Regular

Red Preferida

Primer nivel de cubierta	\$1,500
Genérico Bioequivalente Preferido	\$10
Genérico Bioequivalente No Preferido	\$10
Marca Preferida	50%
Marca No Preferida	50%
Productos Especializados Preferido	50%
Productos Especializados No Preferido	50%
Medicamentos fuera del recetario (OTC)	N / A
Coaseguro después del primer nivel	80%

Programas de Medicamentos
por Correo

Red Regular

Red Preferida

Medicamentos por Correo (si aplica)	N / A
-------------------------------------	-------