

	Cubierta Metálica		Cubierta Metálica		Cubierta Metálica	
	Nombre del Plan		Nombre del Plan		Nombre del Plan	
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)						
Deducible Anual para Beneficios Médicos						
-Individual						
-Familiar						
Deducible Anual para Medicamentos						
-Individual						
-Familiar						
Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos Recetados (Combinados)						
-Individual						
-Familiar						
Beneficios Esenciales de Salud	Copago /Coaseguro Red Contratada	Copago /Coaseguro Red Preferida (si aplica)	Copago /Coaseguro Red Contratada	Copago /Coaseguro Red Preferida (si aplica)	Copago /Coaseguro Red Contratada	Copago /Coaseguro Red Preferida (si aplica)
Servicios de Emergencia						
-Accidente						
-Enfermedad						
-Urgencia						
Hospitalización						
-Parcial incluyendo Salud Mental						
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)						
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)						
-Facilidad de Enfermeria Especializada (Skilled Nursing Facility)						
Asistencia Quirurgica (si aplica)						
Servicios Ambulatorios, medico-quirúrgicos						
-Generalista						
-Especialista						
-Sub-Especialista						
-Siquiatria						
-Sicólogo						
-Podiatria						
-Quiropráctico						
-Audiologo						
-Óptometra						
Centro de Cirugia Ambulatoria						
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Medica						
-Procedimientos Endoscopicos						

Beneficios Esenciales de Salud	Copago /Coaseguro Red Contratada	Copago /Coaseguro Red Preferida (si aplica)	Copago /Coaseguro Red Contratada	Copago /Coaseguro Red Preferida (si aplica)	Copago /Coaseguro Red Contratada	Copago /Coaseguro Red Preferida (si aplica)
Servicios de Maternidad y Cuidado de recién nacidos						
Perfil Biofisico						
Visitas preventivas Well Baby care						
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Medico Duradero						
-Terapia Fisica						
-Terapia Respiratoria						
Cuidado de Salud en el Hogar (incluye, entre otros, Terapia del Habla y Ocupacional)						
-Equipo Médico Duradero						
-Manipulaciones de Quiropráctico						
Salud Mental y de Desórdenes por el uso de sustancias controladas						
-Terapia de Grupo						
-Visitas Colaterales						
Tratamiento residencial						
Servicios de Laboratorios, Rayos X y Pruebas diagnósticas						
-Laboratorio						
-Rayos X						
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año)						
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas						
-Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)						
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas						
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial						
Inmunización (Vacuna) contra el cáncer cervical						
Servicios de Visión Pediátrica						
Examen de la vista (Refracción)						
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)						
Otros Servicios Cubiertos						
Tratamiento de quimioterapia (oral, inyectable, intravenosa e intratecal)						
Examen de Refracción (adultos)						
Ambulancia Aerea en Puerto Rico						
Servicios de Emergencia en EU						
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico						
Telemedicina (si aplica)						

Beneficios Esenciales de Salud	Copago /Coaseguro Red Contratada	Copago /Coaseguro Red Preferida (si aplica)	Copago /Coaseguro Red Contratada	Copago /Coaseguro Red Preferida (si aplica)	Copago /Coaseguro Red Contratada	Copago /Coaseguro Red Preferida (si aplica)
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad						
Procedimiento de Cirugía Bariátrica						
Cubierta Dental						
-Diagnostico y Preventivo						
Cubierta de Medicamentos (Farmacia)	Copago /Coaseguro	Min/Max copago (si aplica)	Copago /Coaseguro	Min/Max copago (si aplica)	Copago /Coaseguro	Min/Max copago (si aplica)
Primer nivel de cubierta (si aplica)						
Generico Bioequivalente Preferido						
Generico Bioequivalente No Preferido						
-Marca Preferida						
-Marca No Preferida						
Productos Especializados Preferido						
Productos Especializados No Preferido						
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC) (si aplica)						
Coaseguro despues del primer nivel (si aplica)						
Programa de Medicamentos Por Correo (si aplica)	Copago /Coaseguro	Min/Max copago (si aplica)	Copago /Coaseguro	Min/Max copago (si aplica)	Copago /Coaseguro	Min/Max copago (si aplica)
Generico Bioequivalente Preferido						
Generico Bioequivalente No Preferido						
-Marca Preferida						
-Marca No Preferida						
Productos Especializados Preferido						
Productos Especializados No Preferido						

Aviso: Esta tabla es solo un resumen de la mayoría de los beneficios del plan. Para ver la lista completa de copagos, coaseguros y deducibles de los beneficios cubiertos por el plan y una descripción detallada de los beneficios, favor referirse a la póliza. De conformidad con lo establecido en el Artículo 11.250 del Código de Seguros de Puerto Rico, esta tabla forma parte de la póliza a la cual se aneja, y deberá ser consistente con la póliza.