

	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 Recetados Especializados, Biotecnológicos y Marca No Preferida			
-Individual			
-Familiar			
Deducible Anual para Medicamentos Recetados Generico, Bioequivalente o Marca Preferida			
-Individual			
-Familiar			
Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos Recetados (Combinados)			
-Individual			
-Familiar			
Beneficios Esenciales de Salud			
Servicios de Emergencia			
-Accidente			
-Enfermedad			
Hospitalización			
-Parcial incluyendo Salud Mental			
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)			
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)			
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)			
-Asistencia Quirúrgica			
Servicios Ambulatorios			
-Generalista			
-Especialista			
-Sub-Especialista			
-Siquiatría			
-Sicólogo			
-Podiatría			
-Quiropráctico			
-Audiólogo			
-Optómetra			
-Facilidad Ambulatoria			
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Medica			
-Procedimientos Endoscópicos			
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero			
-Terapia Física			
-Terapia Respiratoria			
-Cuidado de Salud en el Hogar			
-Equipo Médico Duradero			

-Manipulaciones de Quiropráctico			
Salud Mental			
-Terapia de Grupo			
-Visitas Colaterales			
Farmacia			
-Generico Bioequivalente			
-Marca Preferida			
-Marca No Preferida			
-Productos Especializados			
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)			
Programa de Medicamentos Por Correo (si aplica)			
-Generico Bioequivalente			
-Marca Preferida			
-Marca No Preferida			
-Productos Especializados			
Servicios de Laboratorios y Rayos X			
-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			
Servicios de Visión Pediátrica			
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)			
Otros Servicios Cubiertos			
Examen de Refracción (adultos y niños)			
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			
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida			
Procedimiento de Cirugía Bariátrica			
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios			
Nutricionista			
Cubierta Dental			
-Diagnostico y Preventivo			
-Mantenedores de Espacio			