



Humana Complete 701

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Bronce

19728PR0010701

Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):	
Deducible Anual (Beneficios Médicos)	
Individual	\$4,000
Familiar	\$8,000
Deducible Anual (Medicamentos Recetados)	
Individual	N/A
Familiar	N/A
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
Accidente	40%
Enfermedad	40%
Hospitalización	
Parcial incluyendo Salud Mental	40%
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	40%
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	40%
Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	0%
Asistente Quirúrgico	40%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	40%
Especialista	40%
Sub Especialista	40%
Siquiatra	40%
Sicólogo	40%
Podiatra	40%
Quiropráctico	40%
Audiólogo	40%
Optómetra	40%
Facilidad Ambulatoria	40%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	40%
Procedimientos Endoscópicos	40%
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	40%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física	40%
Terapia Respiratoria	40%
Cuidado de Salud en el Hogar	40%
Equipo Médico Duradero	40%
Manipulaciones de Quiropráctico	0%

Salud Mental	
Terapia de Grupo	40%
Visitas Colaterales	40%
Farmacia	
Medicamentos genéricos preferidos de menor costo (Nivel 1)	40%
Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2)	40%
Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3)	40%
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	40%
Medicamentos especializados (Nivel 5)	40%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
Programa de Medicamentos Por Correo	
Medicamentos genéricos preferidos de menor costo (Nivel 1)	40%
Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2)	40%
Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3)	40%
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	40%
Servicios de laboratorio y Rayos X	
Laboratorios	40%
Rayos X	40%
Pet Scan o PER CT / SPECT	40%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	0%
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	0%
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	40%
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	40%
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	40%
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	40%
Visitas a doctores en naturopatía	40%
Biopsia del seno	40%
Autismo	
Visita Médica	40%
Laboratorios / Rayos X	40%
Terapia Física	40%
Terapia del Habla	40%
Terapia Ocupacional	40%
Servicios Preventivos	0%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	
Equipo Médico	40%
Tratamiento	40%

Facilidades	40%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	40%
Programas Incluidos como parte de sus Beneficios	
Nutricionista	40%
Cubierta Dental	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%