



Humana Complete 702

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

	Oro
	19728PR0010702
Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):	
Deducible Anual (Beneficios Médicos)	
Individual	N/A
Familiar	N/A
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	\$0.00
Enfermedad	\$35.00
Hospitalización	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$50.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$100.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$100.00
Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$0.00
Asistente Quirúrgico	25%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$10.00
Especialista	\$15.00
Sub Especialista	\$15.00
Siquiatra	\$15.00
Sicólogo	\$15.00
Podiatra	\$15.00
Quiropráctico	\$15.00
Audiólogo	\$15.00/visita 25%/audiometría y timpanometría
Optómetra	\$15.00
Facilidad Ambulatoria	\$50.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$15.00
Procedimientos Endoscópicos	\$15.00/Oficina Médica \$50.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física	\$10.00
Terapia Respiratoria	\$10.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$10/25%
Equipo Médico Duradero	25%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
Farmacia	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	80%
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	80%
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	80%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
Programa de Medicamentos Por Correo	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	80%
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	80%
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	80%
Servicios de laboratorio y Rayos X	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$15.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$15.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$35.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$35.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$15.00
Biopsia del seno	\$50.00
Autismo	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	25%
Terapia Física	\$10.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$100.00
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	

Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$100.00
Programas Incluidos como parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$15.00
Cubierta Dental	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 703

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

	Oro
	19728PR0010703
Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):	
Deducible Anual (Beneficios Médicos)	
Individual	N/A
Familiar	N/A
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	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
Hospitalización	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$75.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$150.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$150.00
Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$0.00
Asistente Quirúrgico	30%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$10.00
Especialista	\$15.00
Sub Especialista	\$15.00
Siquiatra	\$15.00
Sicólogo	\$15.00
Podiatra	\$15.00
Quiropráctico	\$15.00
Audiólogo	\$15.00/visita 30%/audiometría y timpanometría
Optómetra	\$15.00
Facilidad Ambulatoria	\$75.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$15.00
Procedimientos Endoscópicos	\$15.00/Oficina Médica \$75.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Medico Duradero	
Terapia Física	\$10.00
Terapia Respiratoria	\$10.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$10/30%
Equipo Médico Duradero	30%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
Farmacia	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	95%
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	95%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
Programa de Medicamentos Por Correo	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	95%
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	95%
Servicios de laboratorio y Rayos X	
Laboratorios	30%
Rayos X	30%
Pet Scan o PER CT / SPECT	30%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$15.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$15.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$50.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$50.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$15.00
Biopsia del seno	\$75.00
Autismo	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	30%
Terapia Física	\$10.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	
Equipo Médico	30%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$150.00
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	

Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$150.00
Programas Incluidos como parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$15.00
Cubierta Dental	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 705

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

	Oro
	19728PR0010705
Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):	
Deducible Anual (Beneficios Médicos)	
Individual	N/A
Familiar	N/A
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	\$0.00
Enfermedad	\$35.00
Hospitalización	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$50.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$100.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$100.00
Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$0.00
Asistente Quirúrgico	30%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$10.00
Especialista	\$15.00
Sub Especialista	\$15.00
Siquiatra	\$15.00
Sicólogo	\$15.00
Podiatra	\$15.00
Quiropráctico	\$15.00
Audiólogo	\$15.00/visita 30%/audiometría y timpanometría
Optómetra	\$15.00
Facilidad Ambulatoria	\$50.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$15.00
Procedimientos Endoscópicos	\$15.00/Oficina Médica \$50.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
Servicios de Rehabilitación, Habilidad y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física	\$10.00
Terapia Respiratoria	\$10.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$10/30%
Equipo Médico Duradero	30%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
Farmacia	
Medicamentos genéricos preferidos de menor costo (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2)	\$10.00
Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3)	70%
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	80%
Medicamentos especializados (Nivel 5)	95%
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)	\$10.00
Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2)	\$20.00
Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3)	70%
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	80%
Servicios de laboratorio y Rayos X	
Laboratorios	30%
Rayos X	30%
Pet Scan o PER CT / SPECT	30%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$15.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$15.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$35.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$35.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$15.00
Biopsia del seno	\$50.00
Autismo	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	30%
Terapia Física	\$10.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00

Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	
Equipo Médico	30%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$100.00
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$100.00
Programas Incluidos como parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$15.00
Cubierta Dental	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 706

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

	Oro
	19728PR0010706
Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):	
Deducible Anual (Beneficios Médicos)	
Individual	N/A
Familiar	N/A
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	\$0.00
Enfermedad	\$75.00
Hospitalización	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$75.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$150.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$150.00
Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$0.00
Asistente Quirúrgico	40%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$10.00
Especialista	\$20.00
Sub Especialista	\$20.00
Siquiatra	\$20.00
Sicólogo	\$20.00
Podiatra	\$20.00
Quiropráctico	\$20.00
Audiólogo	\$20.00/visita 40%/audiometría y timpanometría
Optómetra	\$20.00
Facilidad Ambulatoria	\$75.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$20.00
Procedimientos Endoscópicos	\$20.00/Oficina Médica \$75.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Medico Duradero	
Terapia Física	\$10.00
Terapia Respiratoria	\$10.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$10/40%
Equipo Médico Duradero	40%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$20.00
Visitas Colaterales	\$20.00
Farmacia	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	\$25.00
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	20%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	\$1,500/75%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
Programa de Medicamentos Por Correo	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20.00
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	\$50.00
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	20%
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)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$20.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$20.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$75.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$75.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$20.00
Biopsia del seno	\$75.00
Autismo	
Visita Médica	\$20.00
Laboratorios / Rayos X	40%
Terapia Física	\$10.00
Terapia del Habla	\$20.00
Terapia Ocupacional	\$20.00
Servicios Preventivos	\$0.00
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	\$20.00
Facilidades	\$150.00
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	

Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$150.00
Programas Incluidos como parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$20.00
Cubierta Dental	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 707

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

	Oro
	19728PR0010707
Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):	
Deducible Anual (Beneficios Médicos)	
Individual	N/A
Familiar	N/A
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	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
Hospitalización	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$50.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$100.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$100.00
Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$0.00
Asistente Quirúrgico	30%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$10.00
Especialista	\$15.00
Sub Especialista	\$15.00
Siquiatra	\$15.00
Sicólogo	\$15.00
Podiatra	\$15.00
Quiropráctico	\$15.00
Audiólogo	\$15.00/visita 30%/audiometría y timpanometría
Optómetra	\$15.00
Facilidad Ambulatoria	\$50.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$15.00
Procedimientos Endoscópicos	\$15.00/Oficina Médica \$50.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Medico Duradero	
Terapia Física	\$10.00
Terapia Respiratoria	\$10.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$10/30%
Equipo Médico Duradero	30%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
Farmacia	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	\$15.00
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	20%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	\$1,200/95%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
Programa de Medicamentos Por Correo	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20.00
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	\$50.00
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	20%
Servicios de laboratorio y Rayos X	
Laboratorios	30%
Rayos X	30%
Pet Scan o PER CT / SPECT	30%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$15.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$15.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$50.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$50.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$15.00
Biopsia del seno	\$50.00
Autismo	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	30%
Terapia Física	\$10.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	
Equipo Médico	30%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$100.00
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	

Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$100.00
Programas Incluidos como parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$15.00
Cubierta Dental	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 752

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

	Oro
	19728PR0010752
Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):	
Deducible Anual (Beneficios Médicos)	
Individual	N/A
Familiar	N/A
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	\$0.00
Enfermedad	\$75.00
Hospitalización	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$125.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$250.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$250.00
Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$0.00
Asistente Quirúrgico	35%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$5.00
Especialista	\$20.00
Sub Especialista	\$20.00
Siquiatra	\$20.00
Sicólogo	\$20.00
Podiatra	\$20.00
Quiropráctico	\$20.00
Audiólogo	\$20.00/visita 35%/audiometría y timpanometría
Optómetra	\$20.00
Facilidad Ambulatoria	\$125.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$20.00
Procedimientos Endoscópicos	\$20.00/Oficina Médica \$125.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
Servicios de Rehabilitación, Habilidad y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física	\$5.00
Terapia Respiratoria	\$5.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$5/35%
Equipo Médico Duradero	35%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$20.00
Visitas Colaterales	\$20.00
Farmacia	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	\$15.00
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	20%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	\$1,200/95%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
Programa de Medicamentos Por Correo	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	\$30.00
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	20%
Servicios de laboratorio y Rayos X	
Laboratorios	35%
Rayos X	35%
Pet Scan o PER CT / SPECT	35%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$20.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$20.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$75.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$75.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$20.00
Biopsia del seno	\$125.00
Autismo	
Visita Médica	\$20.00
Laboratorios / Rayos X	35%
Terapia Física	\$5.00
Terapia del Habla	\$20.00
Terapia Ocupacional	\$20.00
Servicios Preventivos	\$0.00
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	
Equipo Médico	35%
Tratamiento	\$20.00
Facilidades	\$250.00
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	

Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$250.00
Programas Incluidos como parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$20.00
Cubierta Dental	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 753

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

	Oro
	19728PR0010753
Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):	
Deducible Anual (Beneficios Médicos)	
Individual	N/A
Familiar	N/A
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	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
Hospitalización	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$50.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$100.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$100.00
Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$0.00
Asistente Quirúrgico	25%
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$5.00
Especialista	\$10.00
Sub Especialista	\$10.00
Siquiatra	\$10.00
Sicólogo	\$10.00
Podiatra	\$10.00
Quiropráctico	\$10.00
Audiólogo	\$10.00/visita 25%/audiometría y timpanometría
Optómetra	\$10.00
Facilidad Ambulatoria	\$50.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$10.00
Procedimientos Endoscópicos	\$10.00/Oficina Médica \$50.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
Servicios de Rehabilitación, Habilidadación y Equipo Medico Duradero	
Terapia Física	\$5.00
Terapia Respiratoria	\$5.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$5/25%
Equipo Médico Duradero	25%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$10.00
Visitas Colaterales	\$10.00
Farmacia	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	15% min \$15
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	30% min \$30
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	\$1,000/95%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
Programa de Medicamentos Por Correo	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	15% min \$30
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	30% min \$60
Servicios de laboratorio y Rayos X	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (<i>frames</i>) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$10.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$10.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$50.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$50.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$10.00
Biopsia del seno	\$50.00
Autismo	
Visita Médica	\$10.00
Laboratorios / Rayos X	25%
Terapia Física	\$5.00
Terapia del Habla	\$10.00
Terapia Ocupacional	\$10.00
Servicios Preventivos	\$0.00
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$10.00
Facilidades	\$100.00
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	

Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$100.00
Programas Incluidos como parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$10.00
Cubierta Dental	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%