



Humana Complete 714

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010714

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$25.00
<b>Hospitalización</b>	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$25.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$50.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$50.00
Facilidad de Enfermería Especializada ( <i>Skilled Nursing Facility</i> )	\$0.00
Asistente Quirúrgico	25%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
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	\$25.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$10.00
Procedimientos Endoscópicos	\$10.00/Oficina Médica \$25.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilidad y Equipo Medico Duradero</b>	
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
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$10.00
Visitas Colaterales	\$10.00
<b>Farmacia</b>	
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)	\$25.00
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	25%
Medicamentos especializados (Nivel 5)	35%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
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)	\$50.00
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	25%
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$10.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$10.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$25.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$25.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$10.00
Biopsia del seno	\$25.00
<b>Autismo</b>	
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

<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$10.00
Facilidades	\$50.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$50.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$10.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 716

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010716

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
<b>Hospitalización</b>	
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%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
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
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilidadación y Equipo Medico Duradero</b>	
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
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacia</b>	
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)	\$25.00
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	25%
Medicamentos especializados (Nivel 5)	35%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
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)	\$50.00
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	25%
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	30%
Rayos X	30%
Pet Scan o PER CT / SPECT	30%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
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
<b>Autismo</b>	
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

<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	30%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$150.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$150.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$15.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 717

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010717

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$25.00
<b>Hospitalización</b>	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$25.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$50.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$50.00
Facilidad de Enfermería Especializada ( <i>Skilled Nursing Facility</i> )	\$0.00
Asistente Quirúrgico	25%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$5.00
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	\$25.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$15.00
Procedimientos Endoscópicos	\$15.00/Oficina Médica \$25.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilidad y Equipo Medico Duradero</b>	
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
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacia</b>	
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)	\$25.00
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	25%
Medicamentos especializados (Nivel 5)	35%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
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)	\$50.00
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	25%
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$15.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$15.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$25.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$25.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$15.00
Biopsia del seno	\$25.00
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	25%
Terapia Física	\$5.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00

<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$50.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$50.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$15.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 721

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

	Platino
	19728PR0010721
<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
<b>Hospitalización</b>	
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%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$8.00
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
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Medico Duradero</b>	
Terapia Física	\$8.00
Terapia Respiratoria	\$8.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$8/30%
Equipo Médico Duradero	30%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos y de marca de bajo costo (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos genéricos y de marca preferida de mediano costo (Nivel 2)	\$20.00
Medicamentos genéricos y de marca no preferida de alto costo (Nivel 3)	\$35.00
Medicamentos de marca de muy alto costo y medicamentos especializados (Nivel 4)	25%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos y de marca de bajo costo (Nivel 1)	\$20.00
Medicamentos genéricos y de marca preferida de mediano costo (Nivel 2)	\$40.00
Medicamentos genéricos y de marca no preferida de alto costo (Nivel 3)	\$70.00
Medicamentos de marca de muy alto costo y medicamentos especializados (Nivel 4)	25%
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	30%
Rayos X	30%
Pet Scan o PER CT / SPECT	30%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
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
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	30%
Terapia Física	\$8.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00

<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	30%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$150.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$150.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$15.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 722

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010722

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
<b>Hospitalización</b>	
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%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$5.00
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
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilidadación y Equipo Medico Duradero</b>	
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
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$20.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	25%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$40.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	25%
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
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
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	25%
Terapia Física	\$5.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00
<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$100.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	

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



Humana Complete 723

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010723

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
<b>Hospitalización</b>	
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%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$8.00
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
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Medico Duradero</b>	
Terapia Física	\$8.00
Terapia Respiratoria	\$8.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$8/30%
Equipo Médico Duradero	30%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$25.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	20%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	20%
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	30%
Rayos X	30%
Pet Scan o PER CT / SPECT	30%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
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
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	30%
Terapia Física	\$8.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00
<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	30%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$150.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	

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



Humana Complete 731

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

	Platino
	19728PR0010731
<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$25.00
<b>Hospitalización</b>	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$25.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$50.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$50.00
Facilidad de Enfermería Especializada ( <i>Skilled Nursing Facility</i> )	\$0.00
Asistente Quirúrgico	25%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
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
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero</b>	
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
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$10.00
Visitas Colaterales	\$10.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$25.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	20%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	20%
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	

Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$10.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$10.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$25.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$25.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$10.00
Biopsia del seno	\$50.00
<b>Autismo</b>	
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
<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$10.00
Facilidades	\$50.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$50.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$10.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Humana Complete 732

	Platino
	19728PR0010732
<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
<b>Hospitalización</b>	
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	25%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$5.00
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
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero</b>	
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
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacía</b>	
Medicamentos genéricos y de marca de bajo costo (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos genéricos y de marca preferida de mediano costo (Nivel 2)	\$15.00
Medicamentos genéricos y de marca no preferida de alto costo (Nivel 3)	\$30.00
Medicamentos de marca de muy alto costo y medicamentos especializados (Nivel 4)	25%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos y de marca de bajo costo (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos genéricos y de marca preferida de mediano costo (Nivel 2)	\$30.00
Medicamentos genéricos y de marca no preferida de alto costo (Nivel 3)	\$60.00
Medicamentos de marca de muy alto costo y medicamentos especializados (Nivel 4)	25%
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	

Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
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
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	25%
Terapia Física	\$5.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00
<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$150.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$150.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$15.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 740

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010740

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
<b>Hospitalización</b>	
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%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$5.00
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
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Medico Duradero</b>	
Terapia Física	\$5.00
Terapia Respiratoria	\$5.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$5/30%
Equipo Médico Duradero	30%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$15.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	30% max \$100
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$30.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	30% max \$200
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	30%
Rayos X	30%
Pet Scan o PER CT / SPECT	30%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
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
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	30%
Terapia Física	\$5.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00
<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	30%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$100.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	

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



**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

**Humana Complete 743**

**Platino**

**19728PR0010743**

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
<b>Hospitalización</b>	
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	25%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
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	\$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
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Medico Duradero</b>	
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
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$15.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	20% max \$200
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$30.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	20% max \$400
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
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
<b>Autismo</b>	
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
<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$150.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	

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



Humana Complete 748

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010748

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
<b>Hospitalización</b>	
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%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$5.00
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
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Medico Duradero</b>	
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
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$15.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	20% max \$200
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$30.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	20% max \$400
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
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
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	25%
Terapia Física	\$5.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00
<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$100.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	

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



Humana Complete 751

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010751

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$25.00
<b>Hospitalización</b>	
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%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$5.00
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
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilidadación y Equipo Medico Duradero</b>	
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
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$15.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	20% max \$200
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$30.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	20% max \$400
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$15.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$15.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$25.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$25.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$15.00
Biopsia del seno	\$50.00
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	25%
Terapia Física	\$5.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00
<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$100.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	

Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$100.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$15.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%
<b>Cubierta de Visión adicional</b>	<b>N/A</b>
Examen	
Lentes	



Humana Complete 754

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010754

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$75.00
<b>Hospitalización</b>	
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	25%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$8.00
Especialista	\$12.00
Sub Especialista	\$12.00
Siquiatra	\$12.00
Sicólogo	\$12.00
Podiatra	\$12.00
Quiropráctico	\$12.00
Audiólogo	\$12.00/visita 25%/audiometría y timpanometría
Optómetra	\$12.00
Facilidad Ambulatoria	\$125.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$12.00
Procedimientos Endoscópicos	\$12.00/Oficina Médica \$125.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilidadación y Equipo Medico Duradero</b>	
Terapia Física	\$8.00
Terapia Respiratoria	\$8.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$8/25%
Equipo Médico Duradero	25%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$12.00
Visitas Colaterales	\$12.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$15.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	30% max \$200
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$30.00
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	30% max \$400
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$12.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$12.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$75.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$75.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$12.00
Biopsia del seno	\$125.00
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$12.00
Laboratorios / Rayos X	25%
Terapia Física	\$8.00
Terapia del Habla	\$12.00
Terapia Ocupacional	\$12.00
Servicios Preventivos	\$0.00
<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$12.00
Facilidades	\$250.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	

Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$250.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$12.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 756

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010756

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$25.00
<b>Hospitalización</b>	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$100.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$200.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$200.00
Facilidad de Enfermería Especializada ( <i>Skilled Nursing Facility</i> )	\$0.00
Asistente Quirúrgico	25%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$8.00
Especialista	\$12.00
Sub Especialista	\$12.00
Siquiatra	\$12.00
Sicólogo	\$12.00
Podiatra	\$12.00
Quiropráctico	\$12.00
Audiólogo	\$12.00/visita 25%/audiometría y timpanometría
Optómetra	\$12.00
Facilidad Ambulatoria	\$100.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$12.00
Procedimientos Endoscópicos	\$12.00/Oficina Médica \$100.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Medico Duradero</b>	
Terapia Física	\$8.00
Terapia Respiratoria	\$8.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$8/25%
Equipo Médico Duradero	25%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$12.00
Visitas Colaterales	\$12.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos y de marca de bajo costo (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos genéricos y de marca preferida de mediano costo (Nivel 2)	20% min \$20
Medicamentos genéricos y de marca no preferida de alto costo (Nivel 3)	25% min \$25
Medicamentos de marca de muy alto costo y medicamentos especializados (Nivel 4)	30% max \$300
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos y de marca de bajo costo (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos genéricos y de marca preferida de mediano costo (Nivel 2)	20% min \$40
Medicamentos genéricos y de marca no preferida de alto costo (Nivel 3)	25% min \$50
Medicamentos de marca de muy alto costo y medicamentos especializados (Nivel 4)	30% max \$600
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$12.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$12.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$25.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$25.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$12.00
Biopsia del seno	\$100.00
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$12.00
Laboratorios / Rayos X	25%
Terapia Física	\$8.00
Terapia del Habla	\$12.00
Terapia Ocupacional	\$12.00
Servicios Preventivos	\$0.00

<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$12.00
Facilidades	\$200.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$200.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$12.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%

Este plan tiene cubierta Dental DP incluido en la cubierta básica. Disponible como beneficio opcional cubierta DP0, DP1, DP2 o DP3 con costo adicional en prima.

Disponible como beneficio opcional cubierta de visión adicional VIS-471 o VIS-486 con costo adicional en prima.



Humana Complete 757

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010757

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$25.00
<b>Hospitalización</b>	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$100.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$200.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$200.00
Facilidad de Enfermería Especializada ( <i>Skilled Nursing Facility</i> )	\$0.00
Asistente Quirúrgico	25%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$8.00
Especialista	\$12.00
Sub Especialista	\$12.00
Siquiatra	\$12.00
Sicólogo	\$12.00
Podiatra	\$12.00
Quiropráctico	\$12.00
Audiólogo	\$12.00/visita 25%/audiometría y timpanometría
Optómetra	\$12.00
Facilidad Ambulatoria	\$100.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$12.00
Procedimientos Endoscópicos	\$12.00/Oficina Médica \$100.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Medico Duradero</b>	
Terapia Física	\$8.00
Terapia Respiratoria	\$8.00

Cuidado de Salud en el Hogar	\$8/25%
Equipo Médico Duradero	25%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0.00
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$12.00
Visitas Colaterales	\$12.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos preferidos de menor costo (Nivel 1)	\$5.00
Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2)	\$15.00
Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3)	\$15.00
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	30%
Medicamentos especializados (Nivel 5)	30%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos preferidos de menor costo (Nivel 1)	\$10.00
Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2)	\$30.00
Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3)	\$30.00
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	30%
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$12.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$12.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$25.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$25.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$12.00
Biopsia del seno	\$100.00
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$12.00
Laboratorios / Rayos X	25%
Terapia Física	\$8.00
Terapia del Habla	\$12.00
Terapia Ocupacional	\$12.00
Servicios Preventivos	\$0.00

<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$12.00
Facilidades	\$200.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$200.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$12.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%

Este plan tiene cubierta Dental DP incluido en la cubierta básica. Disponible como beneficio opcional cubierta DP0, DP1, DP2 o DP3 con costo adicional en prima.

Disponible como beneficio opcional cubierta de visión adicional VIS-471 o VIS-486 con costo adicional en prima.



Humana Complete 758

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010758

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	\$200
Familiar	\$400
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$50.00
<b>Hospitalización</b>	
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%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
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
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilidad y Equipo Médico Duradero</b>	
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
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos preferidos de menor costo (Nivel 1)	25%
Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2)	25%
Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3)	25%
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	25%
Medicamentos especializados (Nivel 5)	25%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos preferidos de menor costo (Nivel 1)	25%
Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2)	25%
Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3)	25%
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	25%
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	30%
Rayos X	30%
Pet Scan o PER CT / SPECT	30%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
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
<b>Autismo</b>	
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

<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	30%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$150.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$150.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$15.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%



Humana Complete 759

TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

Platino

19728PR0010759

<b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>	
<b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>	
Individual	N/A
Familiar	N/A
<b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>	
Individual	\$150
Familiar	\$300
<b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia</b>	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$25.00
<b>Hospitalización</b>	
Parcial incluyendo Salud Mental	\$25.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$50.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$50.00
Facilidad de Enfermería Especializada ( <i>Skilled Nursing Facility</i> )	\$0.00
Asistente Quirúrgico	25%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Generalista	\$5.00
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	\$25.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$15.00
Procedimientos Endoscópicos	\$15.00/Oficina Médica \$25.00/Facilidad
Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia	\$0.00
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilidad y Equipo Medico Duradero</b>	
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
<b>Salud Mental</b>	
Terapia de Grupo	\$15.00
Visitas Colaterales	\$15.00
<b>Farmacia</b>	
Medicamentos genéricos preferidos de menor costo (Nivel 1)	35%
Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2)	35%
Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3)	35%
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	35%
Medicamentos especializados (Nivel 5)	35%
Max Allowable benefit / coinsurance after MAB	N/A
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	N/A
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Medicamentos genéricos preferidos de menor costo (Nivel 1)	35%
Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2)	35%
Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3)	35%
Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)	35%
<b>Servicios de laboratorio y Rayos X</b>	
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pet Scan o PER CT / SPECT	25%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
Servicios Preventivos (Incluyendo los de la Mujer)	\$0.00
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0.00
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Synagis)	\$0.00
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos ( <i>frames</i> ) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$15.00
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	\$15.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$25.00
Servicios de emergencias en los Estados Unidos	\$25.00
Visitas a doctores en naturopatía	\$15.00
Biopsia del seno	\$25.00
<b>Autismo</b>	
Visita Médica	\$15.00
Laboratorios / Rayos X	25%
Terapia Física	\$5.00
Terapia del Habla	\$15.00
Terapia Ocupacional	\$15.00
Servicios Preventivos	\$0.00

<b>Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.</b>	
Equipo Médico	25%
Tratamiento	\$15.00
Facilidades	\$50.00
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$50.00
<b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$15.00
<b>Cubierta Dental</b>	
Diagnóstico y Preventivo	0%
Mantenedores de Espacio	0%