

Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico
Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducible SG NG PPO
2019

	Cubierta Metálica
	Oro
	Nombre del Plan
	Gold (Plan 3)

Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)

Deducible Anual para Beneficios Médicos

-Individual	\$0
-Familiar	\$0

Deducible Anual para Medicamentos Recetados Genéticos, Especializados,

-Individual	\$0
-Familiar	\$0

Deducible Anual para Medicamentos Recetados Genéticos, Especializados,

-Individual	\$0
-Familiar	\$0

Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Farmacia Combinado

-Individual	\$6,350
-Familiar	\$12,700

BENEFICIOS ESENCIALES DE SALUD

Sevicios Medico-Quirurgicos y de Diagnostico en forma Ambulatoria

Descripcion de beneficios

Servicios de diagnosticos y tratamiento

Generalista	\$10
Especialista	\$15
Sub-Especialista	\$20
Psiquiatria	\$15
Psicólogo	\$15
Obstetra/Ginecologo	\$15
Naturopatia	\$15
Podiatria	\$15
Quiropráctico	\$15
Audiologo	\$15
Optómetra	\$15

Servicios preventivos cubiertos por la ley local o federal, incluyendo visita anual preventiva, desintometria osea, mamografias, mamografias digitales y sonomamografías. Usted puede acceder a estos servicios a través de los proveedores participantes incluidos en el Directorio.	\$0
---	-----

Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio	\$15
---	------

Inyecciones intrarticulares	\$0
-----------------------------	-----

Cirugia del Cuello Uterino	\$0
----------------------------	-----

Vasectomia	\$0
------------	-----

Servicios por condiciones de tuberculosis	40%
---	-----

Preparado de Aminoacidos Libre de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genetico denominado como fenilcetonuria (PKU) sin exclusion de edad	\$0
---	-----

Exámenes pélvicos y todos lo tipos de citologia vaginal que puedan ser requeridos paradetectar, diagnosticar y tratar en etapa temprana, anomalias que puedan conducir al cancer cervical	\$0
---	-----

Servicio de Rinosplatia por manejo de caso	\$100
Pruebas de Alergia	\$0
Procedimiento Endoscopicos	40%
Tratamiento de Terapias - Otras	
Radioterapia	40%
Quimioterapia inyectable, via intravenosa, via oral, via intratecal y Cobalto - No hospitalizado	40%
Litotricia	40%
Tratamiento Oja Vago (Orthoptic Training)	40%
Dialisis y Hemodialisis	20%
Servicios de Emergencia/Urgencia	
Accidente	\$50
Enfermedad	\$75
Procedimientos Diagnosticos y Quirurgicos en oficina medica	Aplica el copago de visita medica
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, Terapia Respiratoria, Servicios Quiropracticos, Terapia Fisicas, Cuidado de Salud en el Hogar y Equipo Medico	
Terapia Fisica y Manipulaciones de Quiropráctico	\$15
Terapia Respiratoria	\$15
Terapia Rehabilitativa o Habilitativa	\$15
Cuidado de Salud en el Hogar	40%
Equipo Médico Duradero/ Equipos Tecnológicos incluyendo glucometro, tirillas, lancetas, bomba de infusion de insulina y suplidors para menores de veintiun (21) años con Diabetes Mellitus Tipo 2	20% hasta un máximo de \$5,000. 60% despues
Ventilador mecanico, suplidors y terapias (respiratorias, fisicas y ocupacionales)	\$0.00
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
Laboratorio	40%
Rayos X	40%
Pruebas Diagnosticas y otras Pruebas Especializadas	
PET Scan o PET CT (1 por año)	40%
CT o MRI (1 por region anatomica)	40%
Estudio de angiografia por resonancia magnética (MRA)	40%
Pruebas Cardiovasculares invacivas y no invasivas	40%
Electrocardiogramas y ecocardiogramas	40%
Electromiogramas	40%
Electroencefalograma	40%
Prueba de Medicina Nuclear	40%
Tomografia computadorizada (1 por año)	40%
Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT) Sonograma	40%
Pruebas para el Examen de Velocidad de Conducion Nerviosa (<i>Nerve conduction velocity study</i>)	40%
Endoscopias gastrointestinales	40%
Pruebas diagnósticas en oftalmología	40%
Pruebas vasculares no invasivas	40%
Electrocardiogramas	40%
Prueba diagnóstica de polisomnografía	40%
Examen de refracción, cubierto cuando sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría	\$15
Sonogramas	40%

Mamografías, mamografías digitales y sonomamografías cuando no sean prestadas como pruebas preventivas según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de condición	40%
Desintometría ósea, para personas mayores de 65 años de edad o cuando no es prestada como una prueba preventiva según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición	40%
Pruebas y procedimientos neurológicos	40%
Pruebas audiológicas de función vestibular y procedimientos diagnósticos especiales	40%
Timpanometría (1 por año)	40%
Otras Pruebas Diagnósticas y otras Pruebas Especializadas	40%
Cuidado Visual Adulto y Servicios de Visión Pediátrica	
Examen de rutina para adultos	\$0
Examen de Refracción (adultos y niños) -1 por año póliza	\$15
Pruebas diagnósticas en oftalmología	40%
Espejuelos y lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21, hasta un máximo de beneficio de \$150 - 1 por año póliza	Hasta el máximo de beneficio
Servicios de Visión Pediátrica	
Examen de Rutina para menores de 21 años	\$0
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual) hasta un máximo de beneficio de \$150 - 1 por año póliza	\$0; 1 por año niño asegurado
Cuidado y Servicio de Maternidad	
Hospitalización	\$200
Perfil Biofísico (1 por Embarazo)	40%
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	0%
Visitas para cuidado preventivo de recién nacido (well baby care) durante el primer año de vida del niño	0%
Servicios de obstetricia dentro del hospital	0%
Uso de Sala de Partos y producción de Monitoreo Fetal (Fetal Monitoring)	0%
Uso de Sala para Recién Nacidos (Well Baby Nursery)	0%
Otros Servicios para el tratamiento de Desordenes dentro del Continuo de Autismo	
- Exámenes Neurológicos	40%
- Inmunología	40%
- Pruebas genéticas	40%
- Pruebas de laboratorio para autismo	40%
- Servicios de gastroenterología	40%
- Servicios de Nutrición	PALIC-PR Reembolsará \$20 por visita
- Terapia física, ocupacional, del habla y de lenguaje	\$15 – Ocupacional/Física \$10 – Speech
- Visitas al psiquiatra o trabajador social (por reembolso)	\$15.00
- Visitas al psicólogo	\$15.00
INMUNIZACIONES	
Inmunizaciones (Vacunas) No-Preventivas	\$10
inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial (Palivizumab)	50%
PROGRAMA DE NUTRICION	

Nutricionista	PALIC-PR Reembolsará \$20 por visita - Max 4 por año
SERVICIOS MEDICOS-QUIRURGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACION	
Hospitalización	
Hospitalización Parcial incluyendo Salud Mental	\$50
Hospitalización Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental y Abuso de Sustancias)	\$200
Hospitalización Completa Sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental y Abuso de Sustancias)	\$300
Servicios médicos-quirurgicos	
Cirugias	0%
Servicios de diagnostico	0%
Tratamientos	0%
Administracion de anestesia	0%
Anestesia Epidural	0%
Consultas de Especialistas	0%
Trasplantes de piel, hueso y córnea. Se necesita pre- autorización. También incluye transportación de los materiales y cargos directamente relacionados con el servicio de trasplante, incluyendo: cuidado previo a la cirugía, post-cirugía y tratamiento relacionado a medicamentos inmunosupresores, a través de proveedores y en caso de que el proveedor no esté contratado se trabajará a través de reembolso.	40%; Requiere Pre-Autorización
Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal y su seguimiento después de dejar el hospital	0%
Medicamentos de quimioterapia en todas su modalidades de administracion (inyectable, oral, interavesona o intratecal) y radioterapia <u>si está hospitalizado</u>	0%
Cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar). Se excluyen los gastos por implantes relacionados a la cirugía ortognática. Se requiere pre-autorización para este beneficio.	0%
Cirugía de bypass gástrico	0%
Cirugía reconstructivas posterior a la mastectomia	0%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	0%
SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL, FACILIDADES O CLINICAS DE CUIDADO URGENTE U OTRA FACILIDAD Y SERVICIOS DE AMBULANCIA	
Hospitalización	
Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones regulares	\$200
Comidas y dietas especiales	0%
Uso de servicios de telemetría	0%
Uso de Sala de Recuperación	0%
Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para Infantes (<i>Step Down Unit</i>)	0%
Servicio general de enfermería	0%
Administración de anestesia por personal no médico	0%
Servicios de laboratorios clínicos	0%
Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos relacionados con hiperalimentación y materiales de anestesia	0%
Producción de electrocardiogramas	0%
Producción de estudios radiológicos	0%
Servicios de terapia física y rehabilitación	0%
Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes	0%
Servicios de terapia respiratoria	0%

Uso de Sala de Emergencia cuando el asegurado sea admitido al hospital	0%
Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital que sean ordenados por el médico de cabecera y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital	0%
Uso de las unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología	0%
Facilidades de hemodiálisis. Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis	0%
Sangre para transfusiones	0%
Servicios de esterilización	0%
Medicamentos de quimioterapia en todas su modalidades de administración (inyectable, oral, interavesona o intratecal) y radioterapia <i>si está hospitalizado</i>	0%
Procedimiento de litotricia (ESWL), <i>requiere pre autorización.</i>	40%
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	40%
Facilidad Ambulatoria y Cirugía Ambulatoria	\$100
Ambulancia	
Servicio de Ambulancia Terrestre	Un máximo de reembolso de \$80 por caso
Ambulancia Aerea en Puerto Rico	0%; Requiere Pre-Autorización
Sevicios Medico-Quirurgicos y de Diagnostico en forma Ambulatoria	
Descripcion de beneficios - Condiciones Mentales Generales	
Hospitalización Parcial incluyendo Salud Mental	\$50
Hospitalización Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental y Abuso de Sustancias)	\$200
Hospitalización Completa Sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental y Abuso de Sustancias)	\$300
Terapia Electroconvulsiva por condiciones mentales	\$0
Servicios Ambulatorios - Salud Mental	
Visita a la oficina del psiquiatra	\$15
Visita a la oficina del psicologo	\$15
Terapia de Grupo para Salud Mental	\$15
Visitas de familiares inmediatos (colaterales) para Salud Mental	\$15
Otras evaluaciones psicologicas	
Evaluaciones psicologicas	\$15
Pruebas psicologicas	\$15
Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)	
Hospitalización Parcial incluyendo Salud Mental	\$50
Hospitalización Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental y Abuso de Sustancias)	\$200
Hospitalización Completa Sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental y Abuso de Sustancias)	\$300
Visita a la oficina del psiquiatra	\$15
Visita a la oficina del psicologo	\$15
Terapia de Grupo	\$15
Visitas de familiares inmediatos (colaterales)	\$15
Tratamiento residencial	\$50

Cesacion de Tabaco y Uso del Tabaco - es un servicio preventivo que incluye sesiones de consejería. El Programa de Cesación de Tabaco cubre medicamentos para dejar de fumar, recetados y sin leyenda federal (OTC) aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco.	\$0
SERVICIOS CUBIERTOS EN LOS ESTADOS UNIDOS A LA PERSONA ASEGURADA	
Servicios de emergencia en EU	40%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	40% a tarifas de EEUU; Requiere Pre-Autorización
BENEFICIOS DE FARMACIA	
Farmacia	
Beneficio Inicial de Farmacia	\$1,000; Despues a 80% de coaseguro
Nivel 1 - Generico Bioequivalente	\$4
Nivel 2 - Marca Preferida	25% Minimum \$15
Nivel 3 - Marca No Preferida	40%
Nivel 4 - Productos Especializados y Biotécnicos	40%
Nivel 10 - Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$1
Medicamento requerido por la ley federal incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta medica	\$0
Terapia Escalonada	N/A
Programa de Medicamentos Por Correo (90 DIAS)	
Nivel 1 - Generico Bioequivalente	N/A
Nivel 2 - Marca Preferida	N/A
Nivel 3 - Marca No Preferida	N/A
Nivel 4 - Productos Especializados y Biotécnicos	N/A
Medicamento requerido por la ley federal incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta medica	\$0
BENEFICIOS DENTALES	
Cubierta Dental	
-Diagnostico y Preventivo	0%
-Mantenedores de Espacio	20%