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 Solutions (Plan 8)
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
-Individual	$0
-Familiar	$0
Deducible Anual para Medicamentos Recetados Geneticos, Especializados,	
-Individual	$0
-Familiar	$0
Deducible Anual para Medicamentos Recetados Geneticos, Especializados,	
-Individual	$0
-Familiar	$0
Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y	
-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 annual 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
Examenes pelvicos 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 deTerapias - Otras	
Radioterapia	30%
Quimoterapia inyectable, via intravenosa, via oral, via intratecal y Cobalto - ***No hospitalizado***	30%
Litotricia	40%
Tratamiento Oja Vago (Orthoptic Training)	40%
Dialisis y Hemodialisis	20%
Servicios de Emergencia/Urgencia	
Accidente	$50
Enfermedad	$50
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	$7
Terapia Respiratoria	$7
Terapia Rehabilitativa o Habilitativa	$7
Cuidado de Salud en el Hogar	40%
Equipo Médico Duradero/ Equipos Tecnólogicos incluyendo glucometro, tirillas, lancetas, bomba de infusion de insulina y suplidos para menores de veintiun (21) años con Diabetes Mellitus Tipo 2	40% hasta un máximo de $5,000. 60% despues
Ventilador mecanico, suplidos 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 (*Nerve conduction velocity study)*	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	$20
Sonogramas	40%

Mamografias, mamografias digitales y sonomamografias cuando ***no sean prestadas*** como pruebas preventivas segun dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnostico o tratamiento de condicion	40%
Desintometria osea, para personas mayores de 65 años de edad o cuando no es prestada como una prueba preventiva segun dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnostico o tratamiento de una condicion	40%
Pruebas y procedimientos neurologicos	40%
Pruebas audiologicas de funcion vestibular y procedimientos diagnosticos especiales	40%
Timpanometria (1 por año)	40%
Otras Pruebas Diagnosticas y otras Pruebas Especializadas	40%
Cuidado Visual Adulto y Servicios de Vision Pediatrica	
Examen de rutina para adultos	$0
Examen de Refraccion (adultos y niños) -1 por año poliza	$20
Pruebas diagnosticas en oftalmologia	40%
Espejuelos y lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21, hasta un maximo de beneficio de $150 - 1 por año póliza	Hasta el maximo de beneficio
Servicios de Visión Pediátrica	
Examen de Rutina para menores de 21 años	$0
Visión Pediátrica (Lentes de Correción Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual) hasta un maximo de beneficio de $150 - 1 por año póliza	$0; 1 por año niño asegurado
Cuidado y Servicio de Maternidad	
Hospitalizacion	$150
Perfil Biofísico (1 por Embarazo)	40%
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	0%
Visitas para cuidado preventivos 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	
- Examenes Neurologicos	40%
- Inmunologia	40%
- Pruebas genéticas	40%
- Pruebas de laboratoiro para autismo	40%
- Servicios de gastroenterologia	40%
- Servicios de Nutricion	PALIC-PR Reembolsará $20 por visita
- Terapia fisica, ocupacional,del habla y de lenguaje	$7.00
- 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	$150
Hospitalización Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental y Abuso de Sustancias)	$150
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.	50%; **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 ***si está hospitalizado***	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%
Cirugia reconstructivas posterior a la mastectomia	0%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad	
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	$150
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 (*Step Down Unit*)	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 administracion (inyectable, oral, interavesona o intratecal) y radioterapia ***si está hospitalizado***	0%
Procedimiento de litotricia (*ESWL*), ***requiere pre autorización.***	40%
Facilidad de Enfermeria Especializada (Skilled Nursing Facility)	30%
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	$150
Hospitalización Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental y Abuso de Sustancias)	$150
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	$150
Hospitalización Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental y Abuso de Sustancias)	$150
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	$150

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	50%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratmiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	50% a tarifas de EEUU; **Requiere Pre-Autorización**
BENEFICIOS DE FARMACIA	
Farmacia	
Beneficio Inicial de Farmacia	$1,000; Despues a 85% de coaseguro
Nivel 1 - Generico Bioequivalente	$7
Nivel 2 - Marca Preferida	$30
Nivel 3 - Marca No Preferida	40%
Nivel 4 - Productos Especializados y Biotécnicos	30%
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	$18
Nivel 2 - Marca Preferida	$75
Nivel 3 - Marca No Preferida	$100
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%