



**PARTE V--- TABLA DE CANTIDAD MÁXIMA A DESEMBOLSAR
(MOOP), DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS**

	Cubierta Metálica
	Platino
	Auxilio Salud Plus, Inc.
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
-Individual	\$0.00
-Familiar	\$0.00
Deducible Anual para Medicamentos Recetados Especializados, Biotecnológicos y Marca No Preferida	
-Individual	\$0.00
-Familiar	\$0.00
Deducible Anual para Medicamentos Recetados Genérico, Bioequivalente o Marca Preferida	
-Individual	\$0.00
-Familiar	\$0.00
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)	
-Individual	\$6,350.00
-Familiar	\$12,700.00
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
-Accidente	\$25.00
-Enfermedad	\$25.00
Hospitalización	
-Parcial incluyendo Salud Mental	\$25.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$25.00
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$25.00
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$50.00
Servicios Ambulatorios	
-Generalista	\$5.00

-Especialista	\$10.00
-Sub-Especialista	\$10.00
-Siquiatria	\$10.00
-Sicólogo	\$10.00
-Podiatria	\$10.00
-Quiropráctico	\$10.00
-Audiólogo	\$10.00
-Optómetra	\$10.00
-Naturópata	\$10.00
-Facilidad Ambulatoria	25%
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	25%
-Procedimientos Endoscópicos	25%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero	
-Terapia Física	\$10.00
-Terapia Respiratoria	\$10.00
-Cuidado de Salud en el Hogar	30%
-Servicio de Equipo Tecnológico	30%
-Equipo Médico Duradero	30%
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$10.00
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	\$10.00
-Visitas Colaterales	\$10.00
Farmacia	
-Genérico Bioequivalente	\$5.00
-Marca Preferida	\$25.00
-Marca No Preferida	50%
-Productos Especializados	30%
Programa de Medicamentos Por Correo	
-Genérico Bioequivalente	\$10.00
-Marca Preferida	\$50.00
-Marca No Preferida	50%
-Productos Especializados	30%
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
-Laboratorio	25%
-Rayos X	25%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año)	25%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
-Servicios Preventivos (incluyendo los de la mujer)	0%
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	30%

Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	\$0.00
Otros Servicios Cubiertos	
Timpanometría	25%
Cirugía Reconstructiva	25%
Hemodiálisis	25%
Diálisis	25%
Clínica de Nutrición	25%
Auxilio Programa de Control de Peso para niños y adultos	25%
Auxilio Programa de Educación en Diabetes	25%
Auxilio Centro de Radioterapia	20%
Auxilio Centro de Cáncer	20%
Examen Físico Anual Adultos	25%
Trasplante de Huesos, Piel y Córnea	Cubierto al 100%
Esterilización	\$0.00
Vasectomía	25%
Mamoplastía / Mastectomía Reconstructiva	25%
Refracción para Adultos	\$10.00
Anestesia general y servicios de hospitalización requeridos para determinados casos de acuerdo a la Ley 352 del 22 de diciembre de 1999	\$0.00
Espejuelos para Niños	El exceso de \$100.00 por año
CT Scan	25%
Tratamiento Residencial (Salud Mental)	\$25.00
Sala de Parto	\$25.00
Amniocentesis	25%
Angioplastia	25%
Cirugía de Corazón Abierto	25%
Estudios Electrofísicos del Corazón	25%
Doppler Cardíaco	25%
Pruebas y procedimientos Cardiovasculares Invasivos y no Invasivos	25%
Mamoplastía	25%
Neurocirugías	25%
Cirugías de Escoliosis	25%
Cirugías ordenadas por Podiatras	25%
Colonoscopia que no es Preventiva	25%
Cirugías Electivas que requieran admisión al Hospital	25%
Lente Intraocular	25%

Exámenes de Pre Admisión	25%
Examen de Refracción (niños)	\$0.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	30%
Ambulancia Terrestre en Puerto Rico	Por reembolso hasta un máximo de \$80.00
Servicios de Emergencia en EU	20%
Servicios de Ambulancia terrestre a través del 9-1-1 que se pagarán directamente al proveedor	0%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	20%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$50.00
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	
Nutricionista (por reembolso hasta un máximo de \$20.00 por cada visita)	\$20.00
Cubierta Dental	
-Diagnóstico y Preventivo	\$0.00
-Mantenedores de Espacio	\$0.00