



**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

**Humana Complete 705**

|  | Platino   |
|--|---|
|  | 19728PR0010705                                    |
| <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   |
|  | 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   | \$35.00   |
| <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  | \$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<br>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<br>\$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   | \$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)   | \$10.00 |
| Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)   | 80%     |
| Medicamentos especializados (Nivel 5)   | 95%     |
| Max Allowable benefit / coinsurance after MAB   | N/A     |
| Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)  | N/A     |
| <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)   | \$10.00 |
| Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4)   | 80%     |
| <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   | \$35.00 |
| Servicios de emergencias en los Estados Unidos  | \$35.00 |
| 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  | \$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  | \$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 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<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$10.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$25.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$10.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$10.00/Oficina Médica<br>\$25.00/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  | \$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<br>30%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$15.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$75.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$15.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$15.00/Oficina Médica<br>\$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   | \$10/30%   |

|   |         |
|---|---------|
| 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<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$15.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$25.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$15.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$15.00/Oficina Médica<br>\$25.00/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 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%      |



**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

**Humana Complete 721**

|  | 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<br>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<br>\$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%       |



**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

**Humana Complete 722**

|  | 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<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$15.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$50.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$15.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$15.00/Oficina Médica<br>\$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)  | \$20.00  |
| Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)   | 30%      |
| Max Allowable benefit / coinsurance after MAB   | N/A      |
| Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)  | N/A      |
| Medicamentos Especializados   | 30%      |
| <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)   | 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)  | \$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%      |



**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

**Humana Complete 723**

|  | 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<br>30%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$15.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$75.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$15.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$15.00/Oficina Médica<br>\$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      |
| Medicamentos Especializados   | 20%      |
| <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<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$10.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$50.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$10.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$10.00/Oficina Médica<br>\$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  |
| Medicamentos Especializados  | 20%  |
| <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<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$15.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$50.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$15.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$15.00/Oficina Médica<br>\$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 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%       |



**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

**Humana Complete 740**

**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<br>30%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$15.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$50.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$15.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$15.00/Oficina Médica<br>\$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 Especializados   | 30%           |
| <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<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$15.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$75.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$15.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$15.00/Oficina Médica<br>\$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           |
| Medicamentos Especializados   | 30%           |
| <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%      |



**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

**Humana Complete 748**

**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<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$15.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$50.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$15.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$15.00/Oficina Médica<br>\$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           |
| Medicamentos Especializados   | 20%           |
| <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%      |



**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

**Humana Complete 751**

|  | 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<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$15.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$50.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$15.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$15.00/Oficina Médica<br>\$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   | \$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                              |            |



**TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES**

**Humana Complete 754**

|  | 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<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$12.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$125.00   |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$12.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$12.00/Oficina Médica<br>\$125.00/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 (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           |
| Medicamentos Especializados   | 30%           |
| <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%       |



## TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

|  |
|--|
| <b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>                                       |
| <b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>  |
| Individual   |
| Familiar   |
| <b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>  |
| Individual   |
| Familiar   |
| <b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>            |
| Individual   |
| Familiar   |
| <b>Beneficios Esenciales de Salud</b>  |
| <b>Servicios de Emergencia</b>   |
| Accidente  |
| Enfermedad   |
| <b>Hospitalización</b>   |
| Parcial incluyendo Salud Mental  |
| Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)                                    |
| Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)                                    |
| Facilidad de Enfermería Especializada ( <i>Skilled Nursing Facility</i> )                  |
| Asistente Quirúrgico   |
| <b>Servicios Ambulatorios</b>  |
| Generalista  |
| Especialista   |
| Sub Especialista   |
| Siquiatra  |
| Sicólogo   |
| Podiatra   |
| Quiropráctico  |
| Audiólogo  |
| Optómetra  |
| Facilidad Ambulatoria  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                |
| Procedimientos Endoscópicos  |
| Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia |
| <b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero</b>                  |
| Terapia Física   |
| Terapia Respiratoria   |

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

|   |
|---|
| <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   |
| Tratamiento   |
| Facilidades   |
| <b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>  |
| Procedimiento de Cirugía Bariátrica   |
| <b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>   |
| Nutricionista   |
| <b>Cubierta Dental</b>  |
| Diagnóstico y Preventivo  |
| Mantenedores de Espacio   |

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

Disponible como beneficio opcional cubierta de visión adicional VIS-471 o VIS-486 co

**Humana Complete 756**

| Platino  |
|--|
| 19728PR0010756                                       |
|  |
|  |
| N/A  |
| N/A  |
|  |
| N/A  |
| N/A  |
|  |
| \$6,350  |
| \$12,700   |
|  |
|  |
| \$0.00   |
| \$25.00  |
|  |
| \$100.00   |
| \$200.00   |
| \$200.00   |
| \$0.00   |
| 25%  |
|  |
| \$8.00   |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00/visita<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| \$12.00  |
| \$100.00   |
| \$12.00  |
| \$12.00/Oficina Médica<br>\$100.00/Facilidad         |
| \$0.00   |
|  |
| \$8.00   |
| \$8.00   |

|               |
|---------------|
| \$8/25%       |
| 25%           |
| \$0.00        |
|               |
| \$12.00       |
| \$12.00       |
|               |
| \$5.00        |
| 20% min \$20  |
| 25% min \$25  |
| 30% max \$300 |
| N/A           |
| N/A           |
|               |
| \$10.00       |
| 20% min \$40  |
| 25% min \$50  |
| 30% max \$600 |
|               |
| 25%           |
| 25%           |
| 25%           |
|               |
| \$0.00        |
| \$0.00        |
| \$0.00        |
|               |
| \$0.00        |
|               |
| \$12.00       |
| \$12.00       |
| \$25.00       |
| \$25.00       |
| \$12.00       |
| \$100.00      |
|               |
| \$12.00       |
| 25%           |
| \$8.00        |
| \$12.00       |
| \$12.00       |
| \$0.00        |

|          |
|----------|
|          |
| 25%      |
| \$12.00  |
| \$200.00 |
|          |
| \$200.00 |
|          |
| \$12.00  |
|          |
| 0%       |
| 0%       |

neficio opcional cubierta

n costo adicional en prima.





## TABLA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

|  |
|--|
| <b>Deducible y Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP):</b>                                       |
| <b>Deducible Anual (Beneficios Médicos)</b>  |
| Individual   |
| Familiar   |
| <b>Deducible Anual (Medicamentos Recetados)</b>  |
| Individual   |
| Familiar   |
| <b>Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos + Medicamentos:</b>            |
| Individual   |
| Familiar   |
| <b>Beneficios Esenciales de Salud</b>  |
| <b>Servicios de Emergencia</b>   |
| Accidente  |
| Enfermedad   |
| <b>Hospitalización</b>   |
| Parcial incluyendo Salud Mental  |
| Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)                                    |
| Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)                                    |
| Facilidad de Enfermería Especializada ( <i>Skilled Nursing Facility</i> )                  |
| Asistente Quirúrgico   |
| <b>Servicios Ambulatorios</b>  |
| Generalista  |
| Especialista   |
| Sub Especialista   |
| Siquiatra  |
| Sicólogo   |
| Podiatra   |
| Quiropráctico  |
| Audiólogo  |
| Optómetra  |
| Facilidad Ambulatoria  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                |
| Procedimientos Endoscópicos  |
| Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer, incluyendo radioterapia y quimioterapia |
| <b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero</b>                  |
| Terapia Física   |
| Terapia Respiratoria   |

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

|   |
|---|
| <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   |
| Tratamiento   |
| Facilidades   |
| <b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>  |
| Procedimiento de Cirugía Bariátrica   |
| <b>Programas Incluidos como parte de sus Beneficios</b>   |
| Nutricionista   |
| <b>Cubierta Dental</b>  |
| Diagnóstico y Preventivo  |
| Mantenedores de Espacio   |

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

Disponible como beneficio opcional cubierta de visión adicional VIS-471 o VIS-486 co

**Humana Complete 757**

|  |
|--|
| <b>Platino</b>                                       |
| <b>19728PR0010757</b>                                |
|  |
|  |
| N/A  |
| N/A  |
|  |
| N/A  |
| N/A  |
|  |
| \$6,350  |
| \$12,700   |
|  |
|  |
| \$0.00   |
| \$25.00  |
|  |
| \$100.00   |
| \$200.00   |
| \$200.00   |
| \$0.00   |
| 25%  |
|  |
| \$8.00   |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$12.00/visita<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| \$12.00  |
| \$100.00   |
| \$12.00  |
| \$12.00/Oficina Médica<br>\$100.00/Facilidad         |
| \$0.00   |
|  |
| \$8.00   |
| \$8.00   |

|          |
|----------|
| \$8/25%  |
| 25%      |
| \$0.00   |
|          |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
|          |
| \$5.00   |
| \$15.00  |
| \$15.00  |
|          |
| 30%      |
| 30%      |
| N/A      |
| N/A      |
|          |
| \$10.00  |
| \$30.00  |
| \$30.00  |
|          |
| 30%      |
|          |
| 25%      |
| 25%      |
| 25%      |
|          |
| \$0.00   |
| \$0.00   |
| \$0.00   |
|          |
| \$0.00   |
|          |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$25.00  |
| \$25.00  |
| \$12.00  |
| \$100.00 |
|          |
| \$12.00  |
| 25%      |
| \$8.00   |
| \$12.00  |
| \$12.00  |
| \$0.00   |

|          |
|----------|
|          |
| 25%      |
| \$12.00  |
| \$200.00 |
|          |
| \$200.00 |
|          |
| \$12.00  |
|          |
| 0%       |
| 0%       |

neficio opcional cubierta

n 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<br>30%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$15.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$75.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$15.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$15.00/Oficina Médica<br>\$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   | \$10/30%   |

|   |         |
|---|---------|
| 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<br>25%/audiometría y<br>timpanometría |
| Optómetra  | \$15.00  |
| Facilidad Ambulatoria  | \$25.00  |
| Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica                                | \$15.00  |
| Procedimientos Endoscópicos  | \$15.00/Oficina Médica<br>\$25.00/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>Farmacía</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%      |