

	[Cubierta Metálica]
	Plan
	[Gold 8110,8130]
Deducible y Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible anual para beneficios médicos	
Individual	\$0
Familiar	\$0
Deducible anual para medicamentos recetados (farmacia)	
Individual	\$0
Familiar	\$0
Deducible anual para beneficios de hospital	
Individual	\$0
Familiar	\$0
Gasto Máximo del Bolsillo (MOOP) para beneficios médicos y medicamentos recetados	
Individual	\$6,350
Familiar	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de emergencia	
Accidente	\$20
Enfermedad	\$80
Servicios de urgencia	
Centro de urgencia	\$30
Hospitalización	
Hospitalización parcial	\$75
Hospitalización parcial (fuera de la red)	\$350
Hospitalización (incluyendo salud mental)	\$150
Hospitalización (incluyendo salud mental) (fuera de la red)	\$350
Facilidad de enfermería especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$350
Asistencia quirúrgica en hospital	50%
Servicios Ambulatorios	
Generalista (VIP)	\$5
Generalista (PPO)	\$8
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (VIP)	\$18
Especialista, incluye: Psiquiatra, Psicólogos, Podiatras, Quiroprácticos (primera visita), Audiólogos, Optómetras y Nutricionistas (PPO)	\$20
Sub-especialista (VIP)	\$20
Sub-especialista (PPO)	\$22
Doctores en Naturopatía	\$20
Facilidad ambulatoria	\$150
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	20%
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	40%
Procedimientos endoscópicos	40%
Quimioterapia, radioterapia y medicamentos para preparación de quimioterapia	20%
Díalisis y hemodíalisis	10%
Servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico duradero	
Terapia física (incluye terapia respiratoria ambulatoria y manipulaciones de quiropráctico)	\$10
Cuidado de salud en el hogar (<i>Home Health Care</i>)	40%
Equipo médico duradero (<i>DME</i>)	40%
Salud mental	
Terapia de grupo	\$15

Visitas colaterales	\$15
Medicamentos recetados (farmacia)	
Primer nivel de cubierta	up to \$1,200
Segundo nivel de cubierta	90%
Genérico preferido - primer nivel	\$5
Genérico no preferido - primer nivel	\$15
Marca preferida - primer nivel	20% mín. \$20
Marca no preferida - primer nivel	20% mín. \$40
Medicamentos especializados preferidos - primer nivel	90%
Medicamentos especializados no preferidos - primer nivel	90%
Medicamentos fuera del recetario (OTC) - primer nivel	\$1
Programa de Medicamentos por Correo	
Genérico preferido - primer nivel	\$13
Genérico no preferido - primer nivel	\$38
Marca preferida - primer nivel	90%
Marca no preferida - primer nivel	90%
Medicamentos de mantenimiento a 90 días (Retail 90)	
Genérico preferido (primer nivel)	\$13
Genérico no preferido (primer nivel)	\$38
Marca preferida (primer nivel)	90%
Marca no preferida (primer nivel)	90%
Servicios de laboratorios y rayos X	
Laboratorio	25%
Rayos X (incluye medicina nuclear, cateterismo cardiaco, pruebas diagnósticas cardiacas (Stress test, Echo Cardio , y otras)	30%
Pruebas especializadas (CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%
Pruebas moleculares y/o genéticas	75%
Servicios preventivos, bienestar y manejo de enfermedades crónicas	
Servicios preventivos (incluyendo los de mujer y autismo)	0%
Inmunizaciones preventivas (vacunas)	0%
Inmunizaciones (vacunas) para Virus Respiratorio Sincitial	30%
Servicios de Dental y Visión Pediátrica	
Dental Pediátrico	0%
Visión Pediátrica (lentes de corrección visual o marcos (frames) para lentes de corrección visual)	0%
Otros Servicios Cubiertos	
Exámen de refracción (adultos y niños)	\$5
Ambulancia aérea en Puerto Rico	50%
Servicios de emergencia en los EEUU	50%
Servicios y tratamientos pre autorizados no disponibles en Puerto Rico (en los EEUU)	40%
Autismo (tratamientos para las condiciones de autismo)	
Exámenes neurológicos	30%
Exámenes neurológicos (Pruebas especializadas: CT Scan, PET Scan, PET CT, MRI, SPECT)	40%
Pruebas genéticas	75%
Terapia ocupacional/ Terapia del habla y lenguaje (ambulatorios sólo para autismo)	\$10
Visitas al psiquiatra y psicólogo (VIP)	\$20

Jun-19

[Cubierta Metálica]

Plan

[Gold
8110 81301

Visitas al psiquiatra y psicólogo (PPO)	\$22
Trabajador social (sólo para autismo)	reimbursement
Nutricionista (VIP)	\$15

Nutricionista (PPO)	\$18
Beneficio de cirugía bariátrica para el tratamiento de obesidad mórbida	
Procedimiento de cirugía bariátrica	50%
Programas incluidos como parte de sus beneficios	
MCS Alivia	\$15
MCS Medilínea MD	\$15
Cubierta Dental (adicionales a Dental Pediátrico)	
Diagnóstico y preventivo	0%
Cubierta de Visión (adicionales a Visión pediátrica)	
Cubierta de \$100 por año póliza por asegurado para servicios de visión	0%

Jun-19