

## Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles - SG NG HMO 2020

Oro
Gold HMO Solutions (Plan 2)

## Deducibles y Máximo de Bolsillo (MOOP)

## Deducible Anual para Beneficios Médicos

Individual	\$ -
Familiar	\$ -

## Deducible Anual para Medicamentos Recetados Especializados, Biotecnológicos y Marca No Preferida

Individual	\$ -
Familiar	\$ -

## Deducible Anual para Medicamentos Recetados Genéricos, Bioequivalentes o Marca Preferida

Individual	\$ -
Familiar	\$ -

## Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)

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

## Beneficios Esenciales de Salud

## Servicios de Sala de Emergencia

Accidente	\$ 50.00
Enfermedad	\$ 50.00

## Hospitalización

Parcial incluyendo Salud Mental	\$ 150.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$ 150.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$ 300.00
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	40%
Asistencia Quirúrgica	40%

## Servicios Ambulatorios

Generalista	\$ 10.00
Especialista	\$ 10.00
Sub-Especialista	\$ 15.00
Siquiatra	\$ 15.00
Sicólogo	\$ 15.00
Podiatra	\$ 15.00
Quiropráctico	\$ 10.00
Audiólogo	\$ 15.00
Optómetra	\$ 15.00
Facilidad Ambulatoria	\$ 125.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	Aplica el copago de visita médica
Procedimientos Endoscópicos	40%

Oro

## Servicios Rehabilitación, Terapia y Equipo Médico Duradero

Terapia Física	\$ 7
Terapia Respiratoria	\$ 7
Cuidado de Salud en el Hogar	40%
Equipo Médico Duradero	40%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$ 7

## Salud Mental

Terapia en Grupo	\$ 15
Visitas Colaterales	\$ 15

## Cubierta de Farmacia

Límite Inicial de Farmacia	A partir de \$1,001 en adelante paga 90% de coaseguro
----------------------------	---

Genérico Bioequivalente	\$ 7.00
Marca Preferida	\$ 30.00
Marca No-Preferida	\$ 40.00
Productos Especializados	40%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$ 1.00
Medicamentos por Correo (si aplica)	
Genérico Bioequivalente	\$ 18.00
Marca Preferida	\$ 75.00
Marca No-Preferida	\$ 100.00
Productos Especializados	N/A
Servicios de Laboratorio y Rayos-X	
Laboratorio	40%
Rayos-X	30%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET-CT	40%
Platino Oro	
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
Inmunizaciones (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	50%
Otros Servicios	
Servicios de Ambulancia Terrestre (reembolso)	Un máximo de reembolso de \$80 por caso
Ambulancia Aérea en PR	0%; Requiere Pre-Autorización
Ambulancia Aérea EU (emergencia solamente)	NOT COVERED
Servicios en EU no ofrecidos en PR	50% a tarifas de EEUU; Requiere Pre-Autorización
Transplante de Piel, Hueso y Córnea	40%; Requiere Pre-Autorización
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	\$0; 1 por año niño asegurado
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$ 20.00
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	0%; Requiere Pre-Autorización
Servicios de Emergencia en los EEUU	50% a tarifas de EEUU; Requiere Pre-Autorización
Servicios en los EEUU de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	50% a tarifas de EEUU; Requiere Pre-Autorización
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	0%
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	
Nutricionista	PALIC-PR Reembolsará \$20 por visita - Max 4 por año
Cubierta Dental	
Diagnóstico y Preventivo (Examen y Limpieza)	0%
Mantenedores de Espacio	20%