

Oro
Gold Solutions (Plan 8)

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 Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos 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	\$ 100.00
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)	30%
Asistencia Quirúrgica	30%

Servicios Ambulatorios

Generalista	\$ 10.00
Especialista	\$ 15.00
Sub-Especialista	\$ 20.00
Psiquiatra	\$ 15.00
Psicólogo	\$ 15.00
Podiatra	\$ 15.00
Quiropráctico	\$ 15.00
Audiólogo	\$ 15.00
Optómetra	\$ 15.00

Oro

Facilidad Ambulatoria	\$ 100.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	Aplica el copago de visita medica
Procedimientos Endoscópicos	40%

Servicios Rehabilitación, Terapia y Equipo Médico Duradero

Terapia Física	\$ 7
Terapia Respiratoria	\$ 7
Cuidado de Salud en el Hogar	40%
Equipo Médico Duradero	40% hasta un máximo de \$5,000. 60% despues
Manipulaciones de Quiropráctico	\$ 7

Salud Mental

Terapia en Grupo	\$ 15
Visitas Colaterales	\$ 15

Cubierto de Farmacia

Límite Inicial de Farmacia	\$800; Despues a 90% de coaseguro
Genérico Bioequivalente	\$ 7.00
Marca Preferida	\$ 30.00
Marca No-Preferida	40%
Productos Especializados	40%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$ 1.00
Medicamentos por Correo 90 días(si aplica)	
Genérico Bioequivalente	\$18
Marca Preferida	\$75
Marca No-Preferida	\$100
Productos Especializados	N/A
Servicios de Laboratorio y Rayos-X	
Laboratorio	40%
Rayos-X	40%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET-CT	40%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	0%
	Oro
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
Inmunizaciones (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitia	50%
Otros Servicios	
Servicios de Ambulancia Terrestre (reembolso)	Un máximo de reembolso de \$80 por caso
Ambulancia Aérea en PR	0%; Requiere Pre-Autorización
Servicios en EU no ofrecidos en PR	50% a tarifas de EEUU; Requiere Pre-Autorización
Transplante de Piel, Hueso y Córnea	50%; 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
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 - Max 4 por año
Cubierta Dental	
Diagnóstico y Preventivo (Examen y Limpieza)	0%
Mantenedores de Espacio	20%