

Platino
Platinum Elite (Plan1)

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	\$ 6,000
Familiar	\$ 12,000

Beneficios Esenciales de Salud

Servicios de Sala de Emergencia

Accidente	\$ -
Enfermedad	\$ 40.00

Hospitalización

Parcial incluyendo Salud Mental	\$ 40.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$ 50.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$ 150.00
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	20%
Asistencia Quirúrgica	20%

Servicios Ambulatorios

Generalista	\$ 5.00
Especialista	\$ 10.00
Sub-Especialista	\$ 15.00
Psiquiatra	\$ 10.00
Sicólogo	\$ 10.00
Podiatra	\$ 10.00
Quiropráctico	\$ 10.00
Audiólogo	\$ 10.00
Optómetra	\$ 10.00

Platino

Facilidad Ambulatoria	\$ 50.00
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	Aplica el copago de visita medica
Procedimientos Endoscópicos	20%

Servicios Rehabilitación, Terapia y Equipo Médico Duradero

Terapia Física	\$ 7
Terapia Respiratoria	\$ 7
Cuidado de Salud en el Hogar	20%
Equipo Médico Duradero	20% hasta un máximo de \$5,000. 60% despues
Manipulaciones de Quiropráctico	\$ 7

Salud Mental

Terapia en Grupo	\$ 10
Visitas Colaterales	\$ 10

Cubierta de Farmacia

Límite Inicial de Farmacia	N/A
Genérico Bioequivalente	\$ 4.00

Marca Preferida	15% Minimum \$15
Marca No-Preferida	20% Minimum \$20
Productos Especializados	25% Minimum \$50
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$ 1.00
Medicamentos por Correo 90 dias(si aplica)	
Genérico Bioequivalente	\$ 8.00
Marca Preferida	15%
Marca No-Preferida	20%
Productos Especializados	N/A
Servicios de Laboratorio v Rayos-X	
Laboratorio	20%
Rayos-X	20%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET-CT	20%
Servicios Preventivos, Bienestar v Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	0%
	Platino
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	20% a tarifas de EEUU; Requiere Pre-Autorización
Transplante de Piel, Hueso y Córnea	20%; 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)	\$ 10.00
Servicios de Emergencia en los EEUU	20% 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	20% 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%