

Platino
Platinum Privilege (Plan 7)

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	\$ 100.00

Hospitalización

Parcial incluyendo Salud Mental	\$ 50.00
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$ 200.00
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$ 250.00
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	40%
Asistencia Quirúrgica	40%

Servicios Ambulatorios

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

Platino

Facilidad Ambulatoria	20% (Facilidad solamente)
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	Aplica el copago de visita médica
Procedimientos Endoscópicos	40%

Servicios Rehabilitación, Terapia y Equipo Médico Duradero

Terapia Física	\$ 15
Terapia Respiratoria	\$ 15
Cuidado de Salud en el Hogar	40%

Equipo Médico Duradero	20% hasta un máximo de \$5,000. 60% después
Manipulaciones de Quiropráctico	\$ 15

Salud Mental

Terapia en Grupo	\$ 15
Visitas Colaterales	\$ 15

Cubierta de Farmacia

Límite Inicial de Farmacia	N/A
Genérico Bioequivalente	\$ 5.00
Marca Preferida	25% Minimum \$20
Marca No-Preferida	50%
Productos Especializados	50%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$ 1.00
Medicamentos por Correo 90 días (si aplica)	
Genérico Bioequivalente	\$ 10.00
Marca Preferida	25%
Marca No-Preferida	50%
Productos Especializados	N/A
Servicios de Laboratorio y Rayos-X	
Laboratorio	30%
Rayos-X	30%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET-CT	40%
Servicios Preventivos, Bienestar y 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	40% 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
Servicios de Emergencia en los EEUU	40% 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	40% 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	