

[Nombre de grupo]		Plan 761	Descripción de Beneficios
Esta tabla de Descripción de Beneficios contiene los copagos, coaseguros y deducibles de los beneficios descritos en el Certificado de Beneficios y forma parte del Certificado. Para detalles de beneficios, limitaciones y exclusiones de servicios enumerados en esta tabla, favor hacer referencia al Certificado de Beneficios.			
Desembolso Máximo			
Límite de Desembolso Máximo (MOOP) Proveedor Dentro de la Red	Individual: \$6,350	Familiar: \$12,700	
Límite de Desembolso Máximo (MOOP) Proveedor Fuera de la Red	Individual: \$19,050	Familiar: \$38,100	
Beneficios Esenciales			
Servicios Médico-Ambulatorios			
Generalista	Ilimitadas, menos \$20 de copago de oficina médica		
Especialista	Ilimitadas, menos \$25 de copago de oficina médica		
Sub-especialista	Ilimitadas, menos \$25 de copago de oficina médica		
Quiropráctico	Cubierta una (1) visita inicial, una (1) visita de seguimiento, menos \$25 copago. Hasta veinte (20) manipulaciones, por asegurado por año póliza. Terapias físicas, ilimitadas, menos \$20 copago.		
Nutricionista	Seis (6) consultas con nutricionista por asegurado, por año póliza, menos \$25 de copago de oficina médica		
Laboratorios clínicos, radiografías y estudios genéticos	Cubiertos, incluyendo la reproducción para el servicio de radiografías, ilimitados, menos 45% coaseguro. Estudios genéticos requieren pre-autorización. Menos 45% de coaseguro.		
Pruebas especializadas	Cubiertas, ilimitadas, menos 45% de coaseguro		
Electrocardiograma	Ilimitado, menos 45% de coaseguro		
Sonograma	Ilimitado, menos 45% de coaseguro		
Tomografía computarizada	Uno (1) por región anatómica por año póliza, requiere pre-autorización. Menos 45% de coaseguro		
Tomografía por emisión de positrones(PET)	Uno (1) por año póliza, requiere pre-autorización. Menos 45% de coaseguro		
Electroencefalograma	Ilimitado, menos 45% de coaseguro		
Electromiograma	Ilimitado, menos 45% de coaseguro		
Resonancia magnética (incluyendo MRI y MRA)	MRI dos (2) por región anatómica por asegurado por año póliza; MRA ilimitados. Menos 45% coaseguro.		
Polisomnografía o estudio del sueño	Un (1) estudio del sueño o polisomnografía por asegurado por año póliza; requiere pre-autorización. Menos 45% de coaseguro		
Pruebas de medicina nuclear	Ilimitado, menos 45% de coaseguro		
Terapias respiratorias	Ilimitado, menos \$20 de copago de oficina médica		
Fisioterapias	Veinte (20) terapias por año póliza, incluyendo rehabilitación y habilitación. Menos \$20 de copago de oficina médica.		
Terapia del habla/lenguaje y terapia ocupacional	Veinte (20) terapias del habla/lenguaje y/o terapias ocupacionales combinadas por año póliza, menos \$25 copago. Ilimitadas para terapias del habla, lenguaje y ocupacional por condición de autismo de acuerdo a la Ley Núm.220 del 4 de septiembre de 2012, menos \$25 copago.		
Cirugía ambulatoria	Cubiertas en facilidad ambulatoria, menos \$125 de copago de facilidad ambulatoria.		
Endoscopías, diagnósticas y terapéuticas	Cubierto, diagnósticas y terapéuticas. Si el servicio se ofrece en oficina médica, aplica \$25 de copago de oficina médica. Si el servicio se ofrece en facilidad, aplica \$125 de copago de facilidad ambulatoria.		

Litotricia	Ilimitadas, menos \$125 de copago de facilidad ambulatoria. Requiere pre-autorización.
Vasectomía	Cubierta, menos \$25 de copago de oficina médica o \$125 facilidad ambulatoria
Diálisis y hemodiálisis	Servicios de diálisis, hemodiálisis y complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad renal estarán cubiertos hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad. Menos \$125 en facilidad ambulatoria como en caso de admisión, aplica \$250 copago.
Pruebas de alergias	Incluyendo extractos alérgenos, biológicos, drogas, parchos y estudios provocativos, hasta un máximo de cincuenta (50) pruebas por asegurado por año póliza. Menos 45% de coaseguro
Inyecciones intrarticulares	Ilimitadas, menos \$25 de copago de oficina médica o \$125 copago facilidad ambulatoria.
Prueba de audiometría y timpanometría	Cubiertas por indicación médica, una (1) de cada una, por asegurado por año póliza. Menos 45% de coaseguro
Cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar -Le Fort)	Cubierta, menos \$125 de copago de facilidad ambulatoria. Requiere pre-autorización. Se excluyen los gastos por implantes relacionados a la cirugía ortognática.
Pruebas de diagnóstico y tratamiento asociadas con Hemofilia	Cubiertas, menos 45% de coaseguro
Prueba de refracción	Una (1) prueba de refracción por asegurado, por año póliza, menos \$25 de copago de oficina médica
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	Cubiertas, ilimitadas, como parte del copago de \$25 de visita en oficina médica
Doctor en Naturopatía	Visitas y consultas ilimitadas, cubiertas conforme a la Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007, menos \$25 de copago de oficina médica
Podiatra	Visitas a podiatras para evaluación y tratamiento de enfermedades y desórdenes de los pies y tobillos, incluyendo inyecciones y procedimientos quirúrgicos, menos \$25 de copago de oficina médica o \$125 copago de facilidad ambulatoria.
Cirugía cervical (Cryosurgery)	Cubierta, menos \$25 de copago de oficina médica
“Nerve conduction velocity test”	Dos (2) pruebas cubiertas por año póliza, menos 45% de coaseguro
Servicios de anestesia y hospitalización para procedimientos dentales	Cubiertos, cuando sean médicamente necesarios. Requiere pre-autorización.
Servicios Preventivos	
<p>Servicios preventivos cubiertos al 100% (sin copago o coaseguro) cuando sea provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico Inc. y recomendado por el <i>US Preventive Task Force (USPSTF) Advisory Committee Immunization Practices of Centers for Disease Control and Prevention</i> y el <i>Health Resources and Services Administration</i>. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations.</p> <p>Algunos servicios cubiertos al 100% son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Examen físico de rutina (medición de estatura, peso e índice de masa corporal) para niños y adultos. ➤ Cernimiento sobre cáncer colorectal; prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia o colonoscopia (adultos mayores de 40 años). Los riesgos y beneficios de estos métodos varían. ➤ Vacunas para infantes, niños y adultos, según la edad del paciente, conforme a las prácticas médicas y según recomendadas por el <i>Advisory Committee Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention</i> / Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (CDC), la Academia Americana de Pediatría y el Departamento de Salud de Puerto Rico mientras continúe como asegurado bajo este plan. Incluyendo las de seguimiento (catch up). <ul style="list-style-type: none"> - Vacunas para adultos 21 años o más, incluyendo sus dosis/actualización (<i>catch-ups</i>), si aplica: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu shot), Measles/Mumps/Rubella, Meningococcal (según la Carta Normativa Núm. 2011-131AV), Pneumococcal, Tetanus/Diphtheria/Pertussis, Varicella. 	

- Vacunas para niños hasta cumplir los 21 años, incluyendo sus dosis/actualización (*catch-ups*), si aplica: Haemophilus influenza type b, Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu shot), Measles/Mumps/Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Rotavirus, Tetanus/Diphtheria/Pertussis, Varicella, inactivated poliovirus.
- Papanicolaou.
- Examen de la próstata (PSA)
- Anticonceptivos para la mujer y su asesoramiento: Todo método anticonceptivo para la mujer aprobado por la FDA, con receta médica, y su consejería, colocación, remoción o administración de aparatos intrauterinos, incluyendo la esterilización.
- Apoyo integral a la lactancia materna con orientación y asesoramiento, durante el embarazo y después del parto, y el equipo y los suministros necesarios para la lactancia, incluido la bomba de lactancia con receta médica.

Otros servicios preventivos:

- Cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) cubierto al 100% (sin copago o coaseguro), según las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ("CDC", por sus siglas en inglés) y conforme a la Ley 45 del 16 de mayo de 2016
- Pruebas de detección de cáncer del seno cubiertas al 100%, según se disponible en La Ley 10 de 3 de enero de 2020.

Refiérase al certificado de beneficios para detalles de los servicios preventivos.

Servicios de Hospitalización

Beneficios incluidos en el per diem	Habitación semi-privada, ilimitada; Unidad de Cuidado Intensivo, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario; Intensivo Pediátrico y Neonatal; Uso de salas de operaciones y recuperación; Oxígeno y su administración; Laboratorios y Rayos X; Medicinas ordenadas por el médico que estén incluidas en el per diem; Materiales desechables y suero; Dietas regulares y especiales; Servicio regular de enfermeras. Menos \$250 de copago de admisión a hospital.
Hospitalización parcial	Cubierta, incluyendo para servicios de salud mental, menos \$125 de copago
Hiperalimentación	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Intervenciones quirúrgicas	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Anestesia y su administración	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Sonograma	Cubierto, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital
Tomografía computarizada	Cubierto, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital
Resonancia magnética (MRI & MRA)	Cubierto, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital
Estudios de medicina nuclear y angiografía digital	Cubiertos, cuando sea medicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital
Sangre y Plasma	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Terapia respiratoria	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Terapia física	Cubierto, hasta un máximo de cuarenta (40) sesiones de terapia por estadía en hospital, como parte del copago de admisión a hospital
Diálisis y hemodiálisis	Cubierta hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad, incluyendo complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad. Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Obesidad mórbida	Tratamiento y servicios para obesidad mórbida medicamente necesario y autorizado por Humana. Una (1) cirugía bariátrica de por vida. Requiere pre-autorización.
Radioterapia y quimioterapia	Cubiertas como parte del copago de admisión a hospital
Asistente quirúrgico	Cubierto, cuando sea medicamente necesario; se requiere pre-autorización. Menos 45% de coaseguro

Trasplante o Injerto

Trasplante de córnea o injerto de hueso y piel, incurridos por la persona asegurada, se requiere pre-autorización; menos \$250 copago de admisión a hospital.

Servicio de Salud en el Hogar

Este beneficio se cubrirá por cuarenta (40) días inicialmente y veinte (20) días adicionales sujeto a certificación de necesidad médica. No lleva copago adicional. Aplica el copago por servicio brindado.

Cuidados de enfermería	Cubierto, autorizado por el médico y por Humana, bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a).
Cuidado de terapia respiratoria	Cubierto, menos \$20 de copago
Recolección de muestras	Estudios de laboratorio cubierto, menos 45% de coaseguro
Cuidado y mantenimiento de catéter	Cubierto, autorizado por proveedor y Humana, bajo la supervisión de una enfermera graduada
Administración intravenosa de antibióticos	Cubierta, sujeto al programa de manejo de casos de Humana
Cuidado de úlceras	Cubierto, a través del programa de manejo de casos de Humana
Terapia física	Ilimitadas, menos \$20 de copago
Terapia ocupacional y habla/lenguaje	Ilimitadas, menos \$25 de copago
Hiperalimentación	Cubierto, menos 45% de coaseguro

Facilidad de Enfermería Diestra (Skilled Nursing Facility)

Facilidad de enfermería diestra hasta un máximo de ciento veinte (120) días por año póliza por asegurado, cubierto al 100%. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. Requiere Pre-autorización.

Equipo Médico Duradero, Suplido, Prótesis, Órtesis e Implantes

Equipo Médico Duradero	<p>La compra o renta de equipo médico duradero médicamente necesario, menos 45% coaseguro aplicable. Se cubre el costo o el alquiler del equipo médico. Si el costo por el alquiler del equipo es mayor a la compra del equipo, Humana cubrirá hasta el costo de la compra del equipo. Nosotros no pagamos por equipos o aparatos no específicamente diseñados y dirigidos al tratamiento de una lesión o enfermedad.</p> <p>Conforme a la Ley Núm. 177 de 13 de agosto de 2016, según enmendada por la Ley Núm. 19 del 12 de enero de 2020, se cubre asimismo el suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años con reemplazo de equipo dañado, el suministro de una (1) inyección de glucagón y reemplazo de la misma en caso de su uso o por haber expirado, y ciento cincuenta (150) tirillas y de ciento cincuenta (150) lancetas cada mes para pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo I por un especialista en endocrinología pediátrica o endocrinología. Se cubre de igual forma la bomba de insulina. Para el equipo de diabetes, así como el exceso de 150 tirillas y/o lancetas, se requiere pre-autorización. Menos 45% coaseguro aplicable.</p>
Prótesis	Inserción y colocación inicial de prótesis médicamente necesaria y sus aparatos de apoyo, excepto los excluidos. Se cubrirá el reemplazo de dicha prótesis si es determinado por el médico del asegurado por motivo de cambio o crecimiento, menos 50% de coaseguro. Requiere pre-autorización.
Órtesis	Cubiertos, incluyendo suplidos, menos 50% de coaseguro. No se cubren los pre-fabricados que no necesitan receta, disponibles "over-the-counter" OTC. Requiere pre-autorización.
Implantes	Cubiertos, menos 50% de coaseguro. Requiere pre-autorización.

Servicios de Ambulancia	
Ambulancia terrestre entre facilidades hospitalarias	Cubiertas al 100%, cuando el paciente esté hospitalizado y requiere ser transportado a otra facilidad.
Ambulancia terrestre que no sea entre facilidades	Cubiertas, ilimitadas, menos \$50 de copago por viaje. Incluye transportación desde el lugar de la emergencia o residencia del asegurado hasta institución de cuidado. Del hospital hasta la residencia del asegurado. Cuando sea medicamente necesario.
Ambulancia aérea y marítima	Cubierta dentro de los límites territoriales de Puerto Rico, incluyendo Vieques y Culebra, menos \$50 de copago por viaje. Requiere pre-autorización, a menos que la emergencia no lo permita por ser de vida o muerte.
Servicios de Cáncer	
Quimioterapia	Cubiertas menos 15% coaseguro. Quimioterapia oral se cubre por cubierta de farmacia, menos 15% coaseguro.
Radioterapia	Cubiertas al 100%
Inyectables para manejo del dolor	Cubiertos al 100%, incluyendo intratecal o intravenoso.
Cuidado de estomas: colostomía, gastrostomía y cistotomía)	Cubiertas al 100% como parte del copago de visita u hospitalización.
Servicios de Maternidad	
Toda asegurada tiene cubierta, incluyendo la esposa o cohabitante e hija dependiente del asegurado principal.	
Servicios de hospitalización	Los siguientes servicios estarán cubiertos, como parte del copago de \$250 de admisión a hospital: a. Parto natural o por cesárea. b. Salas de parto y recuperación. c. Sala de recién-nacido (Nursery) e incubadora. d. Cuidado intensivo neonatal (NICU). e. Monitoreo fetal durante el parto. f. Esterilización concurrente con el parto.
Servicios ambulatorios	a. Visitas prenatales y postnatales ilimitadas, menos \$25 de copago de oficina médica b. Vacuna RhoGAM, menos 45% de coaseguro c. Amniocentesis genética, menos 45% de coaseguro d. Esterilización ambulatoria. e. Aborto espontáneo. f. Sonogramas ilimitados, menos 45% de coaseguro. g. Perfil biofísico cubierto en embarazos de alto riesgo, ilimitado.
Servicios de Pediatría	
Pediatra	Visitas ilimitadas, menos \$25 de copago de oficina médica
Cuidado del bebé sano "Well Child Care"	Cubierto, menos \$25 de copago de oficina médica
Prueba de cernimiento auditivo neonatal universal	Cubierto al 100%
Examen anual	Cubierto evaluación física y mental, salud oral, pruebas de audición y visión al 100%
Circuncisión y dilatación	Cubierto, menos \$25 de copago de oficina médica
Vacunas	Cubiertas de acuerdo a las prácticas médicas establecidas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (CDC) y la Academia Americana de Pediatría. Cubiertas al 100%.
Ventiladores para niños(as)	Cubierta para el uso de equipo tecnológico, incluyendo un turno de 8 horas diarias de una enfermera especializada con conocimiento en terapia respiratoria o un especialista en terapia respiratoria.

Cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas	Cubierto cuando se haya diagnosticado por un médico sin exclusión por condición preexistente. Este beneficio es para recién nacido, recién nacidos adoptados o recién nacidos colocados para adopción. Estos servicios están sujetos a copago o coaseguro aplicable del servicio, si alguno.
Vacuna Synagis	Cubierta de acuerdo al protocolo aprobado por el Departamento de Salud de Puerto Rico para el tratamiento del Virus Sincitial Respiratorio.
Sala Emergencia	
Por enfermedad	Cubierto, menos \$100 de coaseguro
Por accidente	Cubierto 100%
Sala Urgencia	
Por enfermedad	Cubierto, menos \$100 de coaseguro
Por accidente	Cubierto 100%
Procedimientos Cardiovasculares	
Pruebas de diagnóstico y tratamiento	Cubiertas, menos 45% de coaseguro
Visitas Médicas	Cubiertas, menos \$25 de copago de oficina médica
Procedimientos Quirúrgicos	Cubiertos, menos \$25 de copago de oficina médica. Si el servicio se recibe en facilidad ambulatoria, aplica \$125 de copago. Si es como parte de hospitalización, está cubierto como parte del copago de \$250 de admisión de hospital.
Reparación o reemplazo de válvulas del corazón, marcapasos u otros dispositivos	Cubiertos cuando sean médicamente necesarios
Procedimientos Neurológicos	
Pruebas de diagnóstico y tratamiento	Cubiertas, menos 45% de coaseguro
Pruebas neurológicas	Cubierta, menos 45% de coaseguro
Visitas Médicas	Cubiertas, menos \$25 de copago de oficina médica
Procedimientos Quirúrgicos	Cubiertos, incluyendo los neuroendovasculares, menos copago de \$125 de copago de facilidad ambulatoria. Si es como parte de hospitalización, está cubierto como parte del copago de \$250 de admisión a hospital.
Válvulas, su reparación o reemplazo; y cualquier otro dispositivo	Cubiertos cuando sean neurológicamente necesarios
Salud Mental	
Visitas a profesionales	Visitas a profesionales, Psiquiatra, doctores en psicología y capacitados/as por educación, adiestramiento y experiencia con las competencias necesarias para el ofrecimiento en servicios de salud en psicología, ilimitadas para niños y adultos, incluyendo visitas colaterales. Menos \$25 de copago de oficina médica
Servicios de hospitalización	Cubierto. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un día de hospitalización regular. Menos \$250 de copago de admisión a hospital
Ambulancia por emergencia psiquiátrica	Cubierta, menos \$50 de copago por viaje
Terapia de grupo	Cubierta, menos \$25 de copago de oficina médica
Servicios de Alcoholismo y Dependencia de Sustancias	
Psiquiatras y/o psicólogos y visitas a otros profesionales	Visitas a profesionales, psiquiatras, doctores en psicología y capacitados/as por educación, adiestramiento y experiencia con las competencias necesarias para el ofrecimiento en servicios de salud en abusos de sustancias, ilimitadas. Menos \$25 de copago de oficina médica
Servicios ambulatorios	Terapias, tratamiento y seguimiento en uno o más niveles de servicio, que puede combinar múltiples tipos de terapia, ilimitadas. Menos \$25 de copago de oficina médica

Tratamiento residencial	Cubierto, incluyendo desintoxicación, ilimitado. Menos \$250 de copago de admisión a hospital. Requiere pre-autorización.
Servicios de hospitalización	Cubierto. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un día de hospitalización regular. Menos \$250 de copago de admisión a hospital.
Autismo	
Se cubren de manera ilimitada servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo. Estos servicios están sujetos a los copagos o coaseguros aplicables, si alguno. Servicios incluyen pero no se limitan a: terapias físicas, terapias ocupacionales, terapias del habla y lenguaje, visitas a especialistas, entre otros.	
Otros Beneficios	
Servicios Médico-Ambulatorios	
Pruebas de SPECT	Una (1) por año póliza, requiere pre-autorización. Menos 45% de coaseguro
Servicios Rehabilitación cardiovascular	Incluye los servicios por un médico con licencia y enfermeras registradas. El programa de rehabilitación debe incluir la educación y ejercicios supervisados que lleven al reconocimiento de un factor de riesgo, manejo y mejorar la capacidad de realizar el ejercicio. El programa no debe exceder más de doce (12) sesiones por asegurado por ocurrencia. Requiere pre-autorización. Menos \$25 de copago de oficina médica o \$125 de copago en facilidad ambulatoria
Aparatos ortopédicos	Cubiertos, yesos, entablillados, abrazaderas y muletas
Laparoscopia	Cubierta, menos \$125 de copago de facilidad ambulatoria o \$250 copago de hospital.
Circuncisión a adultos	Cubierto, menos \$25 de copago de oficina médica o \$125 copago facilidad ambulatoria
Biopsias del seno	Cubierto, menos \$125 de copago de facilidad ambulatoria o \$250 copago de hospital.
Vacunas de alergias	Cubiertas, hasta un máximo de veinte (20) vacunas por asegurado por año póliza. Menos 45% de coaseguro
Bloqueos epidurales	Cubierto para el manejo del dolor administrados por un especialista medicamento cualificado y reconocido, uno (1) por región anatómica por asegurado por año póliza. Menos \$25 de copago de oficina médica.
Cirugía maxilofacial	Diagnóstico y servicios terapéuticos por lesiones sufridas en un accidente, fracturas de quijada, neoplasmas, lesiones a los dientes naturales, incluyendo su reemplazo dentro de un periodo de seis meses siguientes del accidente. Requiere pre-autorización. Menos \$25 de copago de oficina médica o \$125 de copago en facilidad ambulatoria o \$250 copago de hospital.
Cirugía reconstructiva	Por heridas sufridas en un accidente mientras el asegurado esté cubierto bajo esta póliza y no esté cubierto por otro programa (ACAA, FSE, etc.). Menos \$125 de copago en facilidad ambulatoria o \$250 de copago de admisión de hospital.
Pruebas de diagnóstico y tratamiento asociadas con Hepatitis C	Cubiertas, menos 45% de coaseguro
Preparado de aminoácidos libres de fenilalanina para PKU	Cubierto 100%

Programa de Asistencia al Empleado

Asesoramiento, apoyo y orientación con profesional de la salud

Cubierto al 100% para situaciones de vida, incluyendo problemas laborales, problemas emocionales, relaciones, y abuso de alcohol o drogas. Ilimitado

Hospicio

Programa de tratamiento al asegurado que ha sido diagnosticado con no probabilidad de cura de su enfermedad, según establecido por su médico de cabecera, con una expectativa de vida de menos de seis (6) meses como resultado de su enfermedad. Todos los servicios de hospicio están sujetos a \$250 de copago de admisión. Todos los servicios deberán ser recibidos dentro de un período de doce (12) meses. Requiere pre-autorización.

Servicios de emergencia fuera de Puerto Rico

Servicios de emergencia en los Estados Unidos

Servicios recibidos con proveedores contratados de Humana o ChoiceCare:

- Cubierto, menos \$400 copago de emergencia. Si el asegurado es hospitalizado como parte de la emergencia, aplica \$1,000 de admisión.

Servicios recibidos con proveedores no contratados de Humana o ChoiceCare:

- Cubierto, menos \$400 copago de emergencia. Si el asegurado es hospitalizado como parte de la emergencia, aplica \$1,000 de admisión.

Servicios de emergencia rendidos fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico

Se reembolsará al asegurado el 100% de la tarifa contratada para unos servicios similares por un proveedor en Puerto Rico o los cargos facturados, lo que sea menor, menos \$100 de copago.

Servicios no disponibles en Puerto Rico, disponibles en los Estados Unidos de América

Cubiertos con proveedores de Humana o ChoiceCare, menos copagos y/o coaseguros aplicables en Puerto Rico. Servicio requiere pre-autorización por Humana.

Servicios Ambulatorios Para Dependientes Estudiando en los Estados Unidos

Cubierto para dependiente estudiando en una universidad en los Estados Unidos de América. Para los servicios médicos ambulatorios brindados por proveedores participantes en los Estados Unidos de América. Luego de enviar evidencia conforme a los requisitos esbozados en el Certificado de Beneficios, se cubrirá de la siguiente forma:

- Si es proveedor de la red de proveedores de Humana o ChoiceCare se pagarán conforme a los beneficios establecidos en el Certificado de Beneficios. Aplicará cualquier copago, coaseguro y/o deducible establecido en este Certificado.
- Si el servicio es brindado por un proveedor no participante de la red de Humana o ChoiceCare, el servicio se pagará conforme a las tarifas contratadas para servicios similares en Puerto Rico, menos el copago, coaseguro y/o deducible que aplique. El asegurado será responsable de la diferencia entre la tarifa contratada de Humana en Puerto Rico y los cargos que facture la facilidad médica.

Servicio Adicional de Telemedicina

Cubierto para todo proveedor de la red certificado para telemedicina, menos copago aplicable al servicio y/o visita según el proveedor.

Consultas virtuales adicionales, incluyendo video, con un médico de atención primaria disponibles de forma ilimitada a través de www.mdlive.com/humanapr, menos \$20 de copago.

Durante el periodo de emergencia de COVID-19, no es requerido certificación y aplica \$0 copago.

Beneficios adicionales

Cubierta de Farmacia

Rx5 Plus

Medicamentos genéricos preferidos de menor costo (Nivel 1) \$5 de copago al detal / \$10 de copago por correo

Medicamentos genéricos de bajo costo (Nivel 2) \$7 de copago al detal / \$14 de copago por correo

Medicamentos genéricos de mayor costo y marca preferida (Nivel 3) 20% coaseguro mín. \$20 al detal / 20% coaseguro mín. \$40 por correo

Medicamentos genéricos no preferidos de alto costo y marca no preferida (Nivel 4) 25% coaseguro mín. \$25 al detal / 25% coaseguro mín. \$50 por correo

Medicamentos especializados (Nivel 5) 30% de coaseguro al detal**

*Suplido de 30 días al detal y de 90 días por correo.

Beneficio máximo permitido: \$1,500. Después de que Humana desembolsado esta cantidad, aplica 95% coaseguro en todos los medicamentos.

**Medicamentos especializados administrados por un profesional de la salud, incluidos los administrados en la oficina o el centro de infusión, se cubrirán por cubierta médica con 45% de coaseguro. Estos medicamentos son provistos usualmente por farmacia especializadas. Requiere pre-autorización.

MAC A
Genérico mandatorio. Si un asegurado compra un medicamento de marca, y hay un genérico equivalente disponible, el asegurado debe pagar la diferencia entre el costo de marca y el costo genérico más cualquier copago de genérico aplicable.

Servicios Dentales

Dental DP

Los siguientes beneficios se cubrirán al 100%, dentro de la red de proveedores dental de Humana:

- Examen oral inicial, uno (1) cada tres (3) años.
- Examen periódico, uno (1) cada seis (6) meses.
- Evaluación oral específica, una (1) cada seis (6) meses.
- Serie completa de radiografías (FMX), una (1) cada (3) años.
- Radiografía panorámica, hasta un máximo de una (1) cada tres (3) años.
- Radiografías periapicales, una (1) y cinco (5) adicionales por año póliza.
- Radiografías de mordida, un (1) set cada doce (12) meses.
- Limpiezas dentales para adultos y niños, cada seis (6) meses.
- Aplicación de fluoruro a niños y adolescentes hasta los diecinueve (19) años inclusive, una (1) cada seis (6) meses.
- Aplicación de barniz o fluoruro a niños menores de cinco (5) años, una (1) cada seis (6) meses.
- Aplicación de sellantes, limitado hasta los catorce (14) años inclusive, un (1) tratamiento por diente de por vida en premolares y molares permanentes no previamente restaurados.
- Mantenedores de espacio para sustituir dientes deciduos que se pierdan prematuramente, uno (1) por área por asegurado por vida.
- Examen de vitalidad pulpar, uno (1) por visita.
- Re-cementación de mantenedor de espacio.

Servicios de Cuidado Visual Pediátrico

Los beneficios de cuidado visual pediátrico descritos a continuación están disponibles hasta cumplir los veintiún (21) años el asegurado dentro de la red de proveedores de Humana.

Lentes para corrección visual	<p>Un (1) par de lentes por asegurado por año póliza, \$0 copago.</p> <p>Lentes para espejuelo: los lentes para corrección visual incluyen la siguiente selección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plástico (CR-39) para lentes de visión sencilla, Bi-Focal y Tri-Focal. • Policarbonato para lentes de visión sencilla.
Montura	<p>Cubierta con \$0 copago. El asegurado puede seleccionar cualquier montura disponible de la selección del proveedor participante.</p>
Lentes de contacto	<p>Se cubre lentes de contacto desechables con un suplido de dos (2) cajas por asegurado por año póliza en lugar de espejuelos (combinación de lentes y montura), \$0 copago.</p>
Lentes de gran potencia o lupa	<p>Un (1) par de Lentes de gran potencia o lupa prescrita para asegurados por año póliza, con pérdida significativa de la visión (baja visión), pero que no tienen ceguera total, menos \$25 de copago de oficina médica.</p>
[Cubierta de Visión Adicional]	
<p>[Visión 471-Visión 486]</p>	<p>[Visión 471 Dentro de la red de Eyemed:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen de la visita cubierto, ilimitado, menos \$10 de copago. - Espejuelos: <ul style="list-style-type: none"> o \$100 de descuento en los precios al detal en todas las monturas, excepto cuando esté prohibido por el fabricante; además el asegurado recibe 20% de descuento sobre el saldo superior a \$100 o \$10 copago por lentes plásticos sencillos, bifocal, trifocal o lenticular. - Lentes de contacto (Se cubre un par de lentes de contacto en lugar de espejuelos): <ul style="list-style-type: none"> o \$110 de descuento en los precios al detal en lentes convencionales, además el asegurado recibe 15% de descuento sobre el saldo superior a \$110 o \$110 de descuento en los precios al detal en lentes desechables. o \$110 de descuento en los precios al detal en lentes médicamente necesarios. - Tratamientos para lentes disponibles con copago desde \$15 hasta \$65] <p>[Visión 486 Dentro de la red de Eyemed:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espejuelos: <ul style="list-style-type: none"> o \$75 de descuento en los precios al detal en todas las monturas, excepto cuando esté prohibido por el fabricante; además el asegurado recibe 20% de descuento sobre el saldo superior a \$75 o \$15 copago por lentes plásticos sencillos, bifocal, trifocal o lenticular. - Lentes de contacto (Se cubre un par de lentes de contacto en lugar de espejuelos): <ul style="list-style-type: none"> o \$90 de descuento en los precios al detal en lentes convencionales, además el asegurado recibe 15% de descuento sobre el saldo superior a \$90 o \$90 de descuento en los precios al detal en lentes desechables. o \$90 de descuento en los precios al detal en lentes médicamente necesarios. - Tratamientos para lentes disponibles con copago desde \$15 hasta \$65]

[Cubierta Dental Adicional]

[DP0-DP1-DP2-DP3]

Plan Dental	DP0
Restaurativos	25% coaseguro
Endodoncias	25% coaseguro
Periodoncia	No cubierto
Prostodoncias	No cubierto
Cirugía maxilofacial	25% coaseguro
Ortodoncia	No cubierto

Plan Dental	DP1
Restaurativos	25% coaseguro
Endodoncias	25% coaseguro
Periodoncia	No cubierto
Prostodoncias	50% coaseguro, Máximo \$800 por año póliza
Cirugía maxilofacial	25% coaseguro
Ortodoncia	No cubierto

Plan Dental	DP2
Restaurativos	25% coaseguro
Endodoncias	25% coaseguro
Periodoncia	50% coaseguro, Máximo \$800 por año póliza
Prostodoncias	50% coaseguro, Máximo \$800 por año póliza
Cirugía maxilofacial	25% coaseguro
Ortodoncia	50% coaseguro, Máximo \$1,000 por año póliza

Plan Dental	DP3
Restaurativos	25% coaseguro
Endodoncias	25% coaseguro
Periodoncia	50% coaseguro, Máximo \$1,000 por año póliza
Prostodoncias	50% coaseguro, Máximo \$1,000 por año póliza
Cirugía maxilofacial	25% coaseguro
Ortodoncia	50% coaseguro, Máximo \$1,000 por año póliza