

| [Nombre de grupo]  |   | Plan 743           | 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. |   |                    |                           |
| <b>Desembolso Máximo</b>   |   |                    |                           |
| <b>Límite de Desembolso Máximo (MOOP) Proveedor Dentro de la Red</b>   | Individual: \$6,350   | Familiar: \$12,700 |                           |
| <b>Límite de Desembolso Máximo (MOOP) Proveedor Fuera de la Red</b>  | Individual: \$19,050  | Familiar: \$38,100 |                           |
| <b>Beneficios Esenciales</b>   |   |                    |                           |
| <b>Servicios Médico-Ambulatorios</b>   |   |                    |                           |
| <b>Generalista</b>   | Ilimitadas, menos \$10 de copago de oficina médica  |                    |                           |
| <b>Especialista</b>  | Ilimitadas, menos \$15 de copago de oficina médica  |                    |                           |
| <b>Sub-especialista</b>  | Ilimitadas, menos \$15 de copago de oficina médica  |                    |                           |
| <b>Quiropráctico</b>   | Veinte (20) manipulaciones por asegurado por año póliza al 100%. Una (1) visita inicial, una (1) visita de seguimiento, menos \$15 de copago de oficina médica.<br>Terapias físicas, ilimitadas, menos \$10 de copago.  |                    |                           |
| <b>Nutricionista</b>   | Seis (6) consultas con nutricionista por asegurado, por año póliza, menos \$15 de copago de oficina médica  |                    |                           |
| <b>Laboratorios clínicos, radiografías y estudios genéticos</b>  | Cubiertos, incluyendo la reproducción para el servicio de radiografías, ilimitados, menos 25% coaseguro. Estudios genéticos requieren pre-autorización. Menos 25% de coaseguro.   |                    |                           |
| <b>Pruebas especializadas</b>  | Cubiertas, ilimitadas, menos 25% de coaseguro   |                    |                           |
| <b>Electrocardiograma</b>  | Ilimitado, menos 25% de coaseguro   |                    |                           |
| <b>Sonograma</b>   | Ilimitado, menos 25% de coaseguro   |                    |                           |
| <b>Tomografía computarizada</b>  | Ilimitada, requiere pre-autorización. Menos 25% de coaseguro  |                    |                           |
| <b>Tomografía por emisión de positrones(PET)</b>   | Cubierto, requiere pre-autorización. Menos 25% de coaseguro   |                    |                           |
| <b>Electroencefalograma</b>  | Ilimitado, menos 25% de coaseguro   |                    |                           |
| <b>Electromiograma</b>   | Ilimitado, menos 25% de coaseguro   |                    |                           |
| <b>Resonancia magnética (incluyendo MRI y MRA)</b>   | Ilimitada, requiere pre-autorización. Menos 25% de coaseguro  |                    |                           |
| <b>Polisomnografía o estudio del sueño</b>   | Un (1) estudio del sueño o polisomnografía por asegurado por año póliza; requiere pre-autorización. Menos 25% de coaseguro  |                    |                           |
| <b>Pruebas de medicina nuclear</b>   | Ilimitado, menos 25% de coaseguro   |                    |                           |
| <b>Terapias respiratorias</b>  | Ilimitado, menos \$10 de copago de oficina médica   |                    |                           |
| <b>Fisioterapias</b>   | Ilimitadas, incluyendo rehabilitación y habilitación. Menos \$10 de copago de oficina médica.   |                    |                           |
| <b>Terapia del habla/lenguaje y terapia ocupacional</b>  | Cuarenta (40) terapias del habla/lenguaje y/o terapias ocupacionales combinadas por año póliza, menos \$15 copago.<br>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 \$15 copago. |                    |                           |
| <b>Cirugía ambulatoria</b>   | Cubiertas en facilidad ambulatoria, menos \$75 de copago de facilidad ambulatoria.  |                    |                           |
| <b>Endoscopías, diagnósticas y terapéuticas</b>  | Cubierto, diagnósticas y terapéuticas. Si el servicio se ofrece en oficina médica, aplica \$15 de copago de oficina médica. Si el servicio se ofrece en facilidad, aplica \$75 de copago de facilidad ambulatoria.  |                    |                           |
| <b>Litotricia</b>  | Ilimitadas, menos \$75 de copago de facilidad ambulatoria. Requiere pre-autorización.   |                    |                           |

|  |  |
|--|--|
| Vasectomía   | Cubierta, menos \$15 de copago de oficina médica   |
| 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 \$25 en facilidad ambulatoria como en caso de admisión, aplica \$75 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 25% de coaseguro  |
| Inyecciones intrarticulares  | Ilimitadas, menos \$15 de copago de oficina médica o \$75 facilidad ambulatoria.   |
| Prueba de audiometría y timpanometría  | Cubiertas por indicación médica, una (1) de cada una, por asegurado por año póliza. Menos 25% de coaseguro   |
| Cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar -Le Fort)   | Cubierta, menos \$75 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 25% de coaseguro  |
| Prueba de refracción   | Una (1) prueba de refracción por asegurado, por año póliza, menos \$15 de copago de oficina médica   |
| Pruebas diagnósticas oftalmológicas  | Cubiertas, ilimitadas, como parte del copago de \$15 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 \$15 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 \$15 de copago de oficina médica o \$75 facilidad ambulatoria.   |
| Cirugía cervical (Cryosurgery)   | Cubierta, menos \$15 de copago de oficina médica   |
| “Nerve conduction velocity test”   | Ilimitado, menos 25% de coaseguro  |
| Servicios de anestesia y hospitalización para procedimientos dentales  | Cubiertos, cuando sean médicamente necesarios. Requiere pre-autorización.  |
| <b>Servicios Preventivos</b>   |  |
| <p>Servicios preventivos <b>cubiertos al 100%</b> (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: <a href="https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations">https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations</a>.</p> <p>Algunos servicios cubiertos al 100% son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Examen físico de rutina (medición de estatura, peso e índice de masa corporal) para niños y adultos.</li> <li>➤ Cernimiento sobre cáncer colorectal; prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia o colonoscopia (adultos mayores de 40 años). Los riesgos y beneficios de estos métodos varían.</li> <li>➤ 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"> <li>- 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.</li> <li>- Vacunas para niños hasta cumplir los 21 años, incluyendo sus dosis/actualización (<i>catch-ups</i>), si aplica: Haemophilus influenzae 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.</li> </ul> </li> </ul> |  |

- 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

|  |   |
|--|---|
| <b>Beneficios incluidos en el per diem</b>   | 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 \$150 de copago de admisión a hospital. |
| <b>Hospitalización parcial</b>   | Cubierta, incluyendo para servicios de salud mental, menos \$75 de copago   |
| <b>Hiperalimentación</b>   | Cubierta como parte del copago de admisión a hospital   |
| <b>Intervenciones quirúrgicas</b>  | Cubierta como parte del copago de admisión a hospital   |
| <b>Anestesia y su administración</b>   | Cubierta como parte del copago de admisión a hospital   |
| <b>Sonograma</b>   | Cubierta, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital  |
| <b>Tomografía computarizada</b>  | Cubierta, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital  |
| <b>Resonancia magnética (MRI &amp; MRA)</b>  | Cubierta, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital  |
| <b>Estudios de medicina nuclear y angiografía digital</b>  | Cubiertos, cuando sea medicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital   |
| <b>Sangre y Plasma</b>   | Cubierta como parte del copago de admisión a hospital   |
| <b>Terapia respiratoria</b>  | Cubierta como parte del copago de admisión a hospital   |
| <b>Terapia física</b>  | Cubierta, hasta un máximo de cuarenta (40) sesiones de terapia por estadía en hospital, como parte del copago de admisión a hospital  |
| <b>Diálisis y hemodiálisis</b>   | 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. Cubierta como parte del copago de admisión a hospital   |
| <b>Obesidad mórbida</b>  | Tratamiento y servicios para obesidad mórbida médicamente necesario y autorizado por Humana. Una (1) cirugía bariátrica de por vida. Requiere pre-autorización.   |
| <b>Radioterapia y quimioterapia</b>  | Cubiertas como parte del copago de admisión a hospital  |
| <b>Asistente quirúrgico</b>  | Cubierta, cuando sea medicamente necesario; se requiere pre-autorización. Menos 25% de coaseguro  |
| <b>Trasplante o Injerto</b>  |   |
| Trasplante de córnea o injerto de hueso y piel, incurridos por la persona asegurada, se requiere pre-autorización; menos \$150 copago de admisión a hospital. Requiere Pre-autorización. |   |

### 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.

|   |   |
|---|---|
| <b>Cuidados de enfermería</b>                     | Cubierto, autorizado por el médico y por Humana, bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a). |
| <b>Cuidado de terapia respiratoria</b>            | Cubierto, menos \$10 de copago  |
| <b>Recolección de muestras</b>                    | Estudios de laboratorio cubierto, menos 25% de coaseguro  |
| <b>Cuidado y mantenimiento de catéter</b>         | Cubierto, autorizado por proveedor y Humana, bajo la supervisión de una enfermera graduada              |
| <b>Administración intravenosa de antibióticos</b> | Cubierta, sujeto al programa de manejo de casos de Humana   |
| <b>Cuidado de úlceras</b>                         | Cubierto, a través del programa de manejo de casos de Humana  |
| <b>Terapia física</b>                             | Ilimitadas, menos \$10 de copago  |
| <b>Terapia ocupacional y habla/lenguaje</b>       | Ilimitadas, menos \$15 de copago  |
| <b>Hiperalimentación</b>                          | Cubierto, menos 25% 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.

### Equipo Médico Duradero, Suplido, Prótesis, Órtesis e Implantes

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Equipo Médico Duradero</b> | <p>La compra o renta de equipo médico duradero médicamente necesario, menos 25% 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 25% coaseguro aplicable.</p> |
| <b>Prótesis</b>               | 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 25% de coaseguro. Requiere pre-autorización.   |
| <b>Órtesis</b>                | Cubiertos, incluyendo suplidos, menos 25% de coaseguro. No se cubren los pre-fabricados que no necesitan receta, disponibles "over-the-counter" OTC. Requiere pre-autorización.   |
| <b>Implantes</b>              | Cubiertos, menos 25% de coaseguro. Requiere pre-autorización.   |

| Servicios de Ambulancia   |   |
|---|---|
| <b>Ambulancia terrestre entre facilidades hospitalarias</b>   | Cubiertas al 100%, cuando el paciente esté hospitalizado y requiere ser transportado a otra facilidad.  |
| <b>Ambulancia terrestre que no sea entre facilidades</b>  | Cubiertas, ilimitadas, menos \$50 de copago por viaje.<br>Incluye transportación desde el lugar de la emergencia o residencia del asegurado hasta institución de cuidado. Del hospital hasta la residencia del asegurado.<br>Cuando sea medicamente necesario.  |
| <b>Ambulancia aérea y marítima</b>  | 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   |   |
| <b>Quimioterapia</b>  | Cubiertas menos 5% coaseguro. Quimioterapia oral se cubre por cubierta de farmacia, menos 5% coaseguro.   |
| <b>Radioterapia</b>   | Cubiertas al 100%   |
| <b>Inyectables para manejo del dolor</b>  | Cubiertos al 100%, incluyendo intratecal o intravenoso.   |
| <b>Cuidado de estomas: colostomía, gastrostomía y cistotomía)</b>   | 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. |   |
| <b>Servicios de hospitalización</b>   | Los siguientes servicios estarán cubiertos, como parte del copago de \$150 de admisión a hospital:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>a. Parto natural o por cesárea.</li> <li>b. Salas de parto y recuperación.</li> <li>c. Sala de recién-nacido (Nursery) e incubadora.</li> <li>d. Cuidado intensivo neonatal (NICU).</li> <li>e. Monitoreo fetal durante el parto.</li> <li>f. Esterilización concurrente con el parto.</li> </ul>                        |
| <b>Servicios ambulatorios</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Visitas prenatales y postnatales ilimitadas, menos \$15 de copago de oficina médica</li> <li>b. Vacuna RhoGAM, menos 25% de coaseguro</li> <li>c. Amniocentesis genética, menos 25% de coaseguro</li> <li>d. Esterilización ambulatoria.</li> <li>e. Aborto espontáneo.</li> <li>f. Sonogramas ilimitados, menos 25% de coaseguro.</li> <li>g. Perfil biofísico cubierto en embarazos de alto riesgo, ilimitado.</li> </ul> |
| Servicios de Pediatría  |   |
| <b>Pediatra</b>   | Visitas ilimitadas, menos \$15 de copago de oficina médica  |
| <b>Cuidado del bebé sano "Well Child Care"</b>  | Cubierto, menos \$15 de copago de oficina médica  |
| <b>Prueba de cernimiento auditivo neonatal universal</b>  | Cubierto al 100%  |
| <b>Examen anual</b>   | Cubierto evaluación física y mental, salud oral, pruebas de audición y visión al 100%   |
| <b>Circuncisión y dilatación</b>  | Cubierto, menos \$15 de copago de oficina médica  |
| <b>Vacunas</b>  | 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%.  |
| <b>Ventiladores para niños(as)</b>  | 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.   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas</b>                        | 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.                               |
| <b>Vacuna Synagis</b>  | Cubierta de acuerdo al protocolo aprobado por el Departamento de Salud de Puerto Rico para el tratamiento del Virus Sincitial Respiratorio.  |
| <b>Sala Emergencia</b>   |  |
| <b>Por enfermedad</b>  | Cubierto, menos \$50 de coaseguro  |
| <b>Por accidente</b>   | Cubierto 100%  |
| <b>Sala Urgencia</b>   |  |
| <b>Por enfermedad</b>  | Cubierto, menos \$50 de coaseguro  |
| <b>Por accidente</b>   | Cubierto 100%  |
| <b>Procedimientos Cardiovasculares</b>   |  |
| <b>Pruebas de diagnóstico y tratamiento</b>  | Cubiertas, menos 25% de coaseguro  |
| <b>Visitas Médicas</b>   | Cubiertas, menos \$15 de copago de oficina médica  |
| <b>Procedimientos Quirúrgicos</b>  | Cubiertos, menos \$15 de copago de oficina médica. Si el servicio se recibe en facilidad ambulatoria, aplica \$75 de copago. Si es como parte de hospitalización, está cubierto como parte del copago de \$150 de admisión de hospital.  |
| <b>Reparación o reemplazo de válvulas del corazón, marcapasos u otros dispositivos</b> | Cubiertos cuando sean médicamente necesarios. Marcapaso y desfibrilador, requiere pre-autorización.  |
| <b>Procedimientos Neurológicos</b>   |  |
| <b>Pruebas de diagnóstico y tratamiento</b>  | Cubiertas, menos 25% de coaseguro  |
| <b>Pruebas neurológicas</b>  | Cubierta, menos 25% de coaseguro   |
| <b>Visitas Médicas</b>   | Cubiertas, menos \$15 de copago de oficina médica  |
| <b>Procedimientos Quirúrgicos</b>  | Cubiertos, incluyendo los neuroendovasculares, menos copago de \$75 de copago de facilidad ambulatoria. Si es como parte de hospitalización, está cubierto como parte del copago de \$150 de admisión a hospital.  |
| <b>Válvulas, su reparación o reemplazo; y cualquier otro dispositivo</b>               | Cubiertos cuando sean neurológicamente necesarios  |
| <b>Salud Mental</b>  |  |
| <b>Visitas a profesionales</b>   | 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 \$15 de copago de oficina médica |
| <b>Servicios de hospitalización</b>  | Cubierto. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un día de hospitalización regular. Menos \$150 de copago de admisión a hospital  |
| <b>Ambulancia por emergencia psiquiátrica</b>  | Cubierta, menos \$50 de copago por viaje   |
| <b>Terapia de grupo</b>  | Cubierta, menos \$15 de copago de oficina médica   |
| <b>Servicios de Alcoholismo y Dependencia de Sustancias</b>                            |  |
| <b>Psiquiatras y/o psicólogos y visitas a otros profesionales</b>                      | 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 \$15 de copago de oficina médica   |
| <b>Servicios ambulatorios</b>  | Terapias, tratamiento y seguimiento en uno o más niveles de servicio, que puede combinar múltiples tipos de terapia, ilimitadas. Menos \$15 de copago de oficina médica  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Tratamiento residencial</b>   | Cubierto, incluyendo desintoxicación, ilimitado. Menos \$150 de copago de admisión a hospital. Requiere pre-autorización.   |
| <b>Servicios de hospitalización</b>  | Cubierto. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un día de hospitalización regular. Menos \$150 de copago de admisión a hospital.  |
| <b>Autismo</b>   |   |
| 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. |   |
| <b>Otros Beneficios</b>  |   |
| <b>Servicios Médico-Ambulatorios</b>   |   |
| <b>Pruebas de SPECT</b>  | Cubiertas, requiere pre-autorización. Menos 25% de coaseguro  |
| <b>Servicios Rehabilitación cardiovascular</b>   | 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 \$15 de copago de oficina médica o \$75 de copago en facilidad ambulatoria |
| <b>Aparatos ortopédicos</b>  | Cubiertos, yesos, entablillados, abrazaderas y muletas  |
| <b>Laparoscopia</b>  | Cubierta, menos \$75 de copago de facilidad ambulatoria o \$150 copago de hospital.   |
| <b>Circuncisión a adultos</b>  | Cubierto, menos \$15 de copago de oficina médica o \$75 facilidad ambulatoria.  |
| <b>Biopsias del seno</b>   | Cubierto, menos \$75 de copago de facilidad ambulatoria o \$150 en copago de hospital.  |
| <b>Vacunas de alergias</b>   | Cubiertas, hasta un máximo de veinte (20) vacunas por asegurado por año póliza. Menos 25% de coaseguro  |
| <b>Bloqueos epidurales</b>   | Cubierto para el manejo del dolor administrados por un especialista medicamente cualificado y reconocido, uno (1) por región anatómica por asegurado por año póliza. Menos \$15 de copago de oficina médica.  |
| <b>Cirugía maxilofacial</b>  | 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 \$15 de copago de oficina médica, \$75 de copago en facilidad ambulatoria o \$150 copago en hospital.   |
| <b>Cirugía reconstructiva</b>  | 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 \$75 de copago en facilidad ambulatoria o \$150 copago de hospital.   |
| <b>Pruebas de diagnóstico y tratamiento asociadas con Hepatitis C</b>  | Cubiertas, menos 25% de coaseguro   |
| <b>Preparado de aminoácidos libres de fenilalanina para PKU</b>  | Cubierto 100%   |
| <b>Mamoplastía de reducción</b>  | Cubierta, cuando sea médicamente necesaria, menos \$75 copago de facilidad ambulatoria. Si es como parte de hospitalización, está cubierto como parte del copago de admisión a hospital.  |
| <b>Aparatos auditivos "Hearing Aids"</b>   | Hasta \$250 por reembolso por asegurado por año póliza  |
| <b>Programa de Asistencia al Empleado</b>  |   |
| <b>Asesoramiento, apoyo y orientación con profesional de la salud</b>  | 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 \$150 de copago de admisión. Todos los servicios deberán ser recibidos dentro de un período de doce (12) meses. Requiere pre-autorización.

### Trasplante de Órganos y Tejidos

Cubierto hasta \$100,000 por trasplante en centros de excelencia contratados y coordinado por Humana. Pre-autorización requerida. Los servicios están sujetos a copago o coaseguro dependiendo del servicio recibido.

### Servicios de emergencia fuera de Puerto Rico

|   |  |
|---|--|
| <b>Servicios de emergencia en los Estados Unidos</b>                              | <p>Servicios recibidos con proveedores contratados de Humana o ChoiceCare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cubierto, menos \$150 copago de emergencia. Si el asegurado es hospitalizado como parte de la emergencia, aplica \$450 de admisión.</li> </ul> <p>Servicios recibidos con proveedores no contratados de Humana o ChoiceCare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cubierto, menos \$150 copago de emergencia. Si el asegurado es hospitalizado como parte de la emergencia, aplica \$450 de admisión.</li> </ul> |
| <b>Servicios de emergencia rendidos fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico</b> | <p>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 \$50 de copago.</p>  |

### 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](http://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

Rx3 EHB

**Medicamentos genéricos (Nivel 1)** \$5 de copago al detal / \$10 de copago por correo  
**Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)** \$15 de copago al detal / \$30 de copago por correo  
**Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)** 20% coaseguro máximo \$200 al detal / 20% coaseguro máximo \$200 por correo.  
**Medicamentos especializados** 20% coaseguro máximo \$200 al detal\*\*

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

\*\*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 25% coaseguro. Estos medicamentos son provistos usualmente por farmacia especializadas. Requiere pre-autorización.

#### MAC B

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. Si el médico escribe en la receta " Despacho como está escrito en la receta (Dispense as written)", el medicamento se dispensará como tal, y el asegurado sólo será responsable del copago de medicamentos de marca.

**OTC** - \$1 de copago a través de Programa OTC de Humana. Se requiere orden médica.

#### 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.

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>Lentes para corrección visual</b>  | <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"> <li>• Plástico (CR-39) para lentes de visión sencilla, Bi-Focal y Tri-Focal.</li> <li>• Policarbonato para lentes de visión sencilla.</li> </ul>  |
| <b>Montura</b>                        | <p>Cubierta con \$0 copago. El asegurado puede seleccionar cualquier montura disponible de la selección del proveedor participante.</p>   |
| <b>Lentes de contacto</b>             | <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>   |
| <b>Lentes de gran potencia o lupa</b> | <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 \$15 de copago de oficina médica.</p>   |
| <b>[Cubierta de Visión Adicional]</b> |   |
| <b>[Visión 471-Visión 486]</b>        | <p>[Visión 471<br/>Dentro de la red de Eyemed:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen de la visita cubierto, ilimitado, menos \$10 de copago.</li> <li>- Espejuelos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o \$10 copago por lentes plásticos sencillos, bifocal, trifocal o lenticular.</li> </ul> </li> <li>- Lentes de contacto (Se cubre un par de lentes de contacto en lugar de espejuelos):             <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o \$110 de descuento en los precios al detal en lentes desechables.</li> <li>o \$110 de descuento en los precios al detal en lentes médicamente necesarios.</li> </ul> </li> <li>- Tratamientos para lentes disponibles con copago desde \$15 hasta \$65]</li> </ul> <p>[Visión 486<br/>Dentro de la red de Eyemed:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espejuelos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o \$15 copago por lentes plásticos sencillos, bifocal, trifocal o lenticular.</li> </ul> </li> <li>- Lentes de contacto (Se cubre un par de lentes de contacto en lugar de espejuelos):             <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o \$90 de descuento en los precios al detal en lentes desechables.</li> <li>o \$90 de descuento en los precios al detal en lentes médicamente necesarios.</li> </ul> </li> <li>- Tratamientos para lentes disponibles con copago desde \$15 hasta \$65]</li> </ul> |

### [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 |