

[Nombre de grupo]

Plan 723

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.

| Deducibles | | |
|---|--|--------------------|
| Deducible Dentro de la Red | Individual: \$0.00 | Familiar: \$0.00 |
| Deducible Fuera de la Red | Individual: \$0.00 | Familiar: \$0.00 |
| 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 \$8 de copago de oficina médica | |
| Especialista | Ilimitadas, menos \$15 de copago de oficina médica | |
| Sub-especialista | Ilimitadas, menos \$15 de copago de oficina médica | |
| Quiropráctico | 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. Terapias físicas, ilimitadas, menos \$8 de copago de oficina médica. | |
| Nutricionista | Cuatro (4) consultas con nutricionista por asegurado, por año póliza, menos \$15 de copago de oficina médica | |
| Laboratorios clínicos, radiografías y estudios genéticos | Cubiertos, incluyendo la reproducción para el servicio de radiografías. Estudios genéticos requieren pre-autorización. Menos 30% de coaseguro | |
| Pruebas especializadas | Cubiertas, ilimitadas, menos 30% de coaseguro | |
| Electrocardiograma | Ilimitado, menos 30% de coaseguro | |
| Sonograma | Ilimitado, menos 30% de coaseguro | |
| Tomografía computarizada | Ilimitado, requiere pre-autorización. Menos 30% de coaseguro | |
| Tomografía por emisión de positrones(PET) | Ilimitado, requiere pre-autorización. Menos 30% de coaseguro | |
| Electroencefalograma | Ilimitado, menos 30% de coaseguro | |
| Electromiograma | Ilimitado, menos 30% de coaseguro | |
| Resonancia magnética (incluyendo MRI y MRA) | Ilimitado, requiere pre-autorización. Menos 30% de coaseguro | |
| Polisomnografía o estudio del sueño | Un (1) estudio del sueño o polisomnografía por asegurado por año póliza; requiere pre-autorización. Menos 30% de coaseguro | |
| Pruebas de medicina nuclear | Ilimitado, menos 30% de coaseguro | |
| Terapias respiratorias | Ilimitado, menos \$8 de copago de oficina médica | |
| Fisioterapias | Ilimitadas, incluyendo rehabilitación y habilitación, según ordenado y bajo la supervisión médica de un ortopeda o fisiatra. Menos \$8 de copago de oficina médica | |

| | |
|--|---|
| Terapia del habla | Cubiertas, cuando sea ordenada por un médico y rendida por un terapeuta del habla licenciado, hasta un máximo de cuarenta (40) terapias por asegurado por año póliza, menos \$15 de copago de oficina médica. Por condición de autismo, las terapias del habla y lenguaje son ilimitadas, menos \$15 de copago de oficina médica. |
| Terapia ocupacional | Cubierta con el propósito de adiestrar y ayudar en la restauración de las funciones físicas normales y la prevención del deterioro futuro por la misma condición; como resultado de una enfermedad, un trauma, derrame o un procedimiento quirúrgico mientras esté asegurado bajo esta póliza, ilimitadas. Menos \$15 de copago de oficina médica |
| Cirugía ambulatoria | Cubiertas en facilidad ambulatoria, menos \$75 de copago de facilidad ambulatoria. |
| Endoscopías | 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. |
| Litotricia | Ilimitadas, menos \$75 de copago de facilidad ambulatoria. Requiere pre-autorización. |
| Vasectomía | Cubierta, menos \$15 de copago de oficina médica |
| Diálisis y hemodiálisis | Cubiertas hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad, menos \$75 de copago de facilidad ambulatoria |
| 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 30% de coaseguro |
| Inyecciones intrarticulares | Ilimitadas, menos \$15 de copago de oficina médica |
| Prueba de audiometría y timpanometría | Cubiertas por indicación médica, una (1) de cada una, por asegurado por año póliza. Menos 30% 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 30% 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. 2010 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 |
| Cirugía cervical (Cryosurgery) | Cubierta, menos \$15 de copago de oficina médica |
| “Nerve conduction velocity test” | Cubierto, menos 30% de coaseguro |
| Servicios de anestesia y hospitalización para procedimientos dentales | Cubiertos, cuando sean médicamente necesarios. Requiere pre-autorización. |

Servicios Preventivos

1. Servicios preventivos anuales **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 *US Preventive Task Force (USPSTF) Advisory Committee Immunization Practices of Centers for Disease Control and Prevention* y el *Health Resources and Services Administration*. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.
 - a) Examen físico de rutina (medición de estatura, peso e índice de masa corporal) para niños y adultos.
 - b) El USPSTF recomienda exámenes de cernimiento de presión arterial alta en adultos mayores de 18 años. Se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
 - c) Cernimiento para niveles de colesterol para niños y adultos.
 - d) Cernimiento sobre cáncer colorectal; prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia o colonoscopia (adultos mayores de 40 años). Los riesgos y beneficios de estos métodos varían.
 - e) El USPSTF recomienda el cernimiento de obesidad en todos los adultos. Los médicos deben ofrecer o referir a pacientes con un índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) de (30) kg / m² o superior a intervenciones conductuales intensivas.
 - f) Cernimiento sobre el uso de tabaco para todos los adultos. El USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todos los adultos sobre el consumo de tabaco, les aconseje que dejen de usar tabaco y proporcionen intervenciones conductuales y medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) para dejar de fumar a los adultos que consumen tabaco.

Los medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar están cubiertos por (90) días consecutivos por despacho y hasta (2) despachos por año. Los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos por la Sección de Cubierta de Farmacia con receta médica.
 - g) Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores de edad y adolescentes para cesar el uso de tabaco.
 - h) Cernimiento de diabetes mellitus gestacional en mujeres embarazadas asintomáticas después de las (24) semanas de gestación y en personas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
 - i) Los médicos deben ofrecer o referir pacientes con niveles anormales de glucosa en sangre a intervenciones intensivas de consejería conductual para promover una dieta saludable y actividad física.

Además, se recomienda el cernimiento de diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con presión arterial sostenida (ya sea tratada o no) mayores de (135/80) mm Hg.
 - j) Cernimiento y consejería conductual de abuso de alcohol. Se recomienda que los médicos evalúen a los adultos de edad (18) años o más por el uso indebido de alcohol y proporcionen a las personas involucradas en el consumo de alimentos riesgosos o peligrosos con intervenciones breves de asesoramiento conductual para reducir el consumo indebido de alcohol.
 - k) Cernimiento sobre el uso de tabaco, alcohol y sustancias controladas para niños entre 11 a 21 años de edad.

- l) Vacunas para infantes, niños y adultos, según la edad del paciente, conforme a las prácticas médicas y según recomendadas por el *Advisory Committee Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention* / 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).
- Vacunas para adultos 21 años o más, incluyendo sus dosis/actualización (*catch-ups*), 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.
- m) El USPSTF recomienda la prueba de detección de cáncer cervical cada 3 años con citología cervical sola en mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, el USPSTF recomienda la detección cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con pruebas de riesgo de papiloma humano (hrHPV) solas, o cada 5 años con pruebas de hrHPV en combinación con citología (análisis).
- n) Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita *Well-woman, Health and Human Services (HHS, por sus siglas en inglés)* reconoce que varias visitas pueden ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.
- o) Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para asegurados sobre 40 años de edad; bianual para asegurados entre 50 y 74 años de edad. Esto incluye el asesoramiento sobre quimio prevención y quimio prevención de cáncer de mamas. El USPSTF recomienda que los médicos participen en la toma de decisiones compartida e informada con mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama con respecto a los medicamentos para reducir su riesgo.
- Para las mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama y bajo riesgo de efectos adversos de los medicamentos, los médicos deben ofrecer medicamentos recetados que reducen el riesgo, como el tamoxifeno o el raloxifeno.hxgh.
- p) Papanicolaou.
- q) Examen de la próstata (PSA).
- r) Consejería conductual sobre enfermedades de transmisión sexual para todos los adolescentes y adultos que estén a mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual.
- s) Cernimiento sobre la violencia en la pareja (IPV), incluyendo violencia doméstica, para mujeres en edad de procreación. Los médicos también proporcionarán o referirán a mujeres que muestren resultados positivos a los servicios de intervención. Esta recomendación se aplica a las mujeres que no tienen signos o síntomas de abuso

- t) Cernimiento sobre el Autismo para niños hasta 36 meses de edad.
- u) El cernimiento de osteoporosis se recomienda en mujeres posmenopáusicas menores de (65) años con mayor riesgo de osteoporosis, según determinado por una evaluación de riesgo clínico. Para mujeres de 65 años o más, el USPSTF recomienda la detección de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas por osteoporosis en mujeres de 65 años y mayores.

El cernimiento de osteoporosis se recomienda en mujeres posmenopáusicas menores de (65) años con mayor riesgo de osteoporosis, según determinado por una evaluación de riesgo clínico. Para mujeres de (65) años o más, el USPSTF recomienda la detección de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas.
- v) Cernimiento para pérdida de audición en recién nacidos.
- w) Cernimiento de niveles elevados de plomo en la sangre en niños de entre 1 y 6 años que tienen un riesgo promedio y mayor, y en mujeres embarazadas asintomáticas.
- x) Un (1) cernimiento de por vida sobre aneurisma aórtico abdominal (AAA) para hombres entre 65 – 75 años fumadores o ex fumadores.
- y) El USPSTF recomienda iniciar el uso de aspirina en dosis bajas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares (CVD) y cáncer colorectal en adultos de 50 a 59 años que tienen un 10% o más de riesgo en años de CVD, no tienen un mayor riesgo de hemorragia, tienen una expectativa de vida de al menos (10) años y están dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina diariamente durante al menos (10) años. Aspirina requiere receta médica.
- z) El USPSTF recomienda que todas las mujeres que planean o son capaces de embarazarse tomen un suplemento diario que contenga (0.4) a (0.8) mg de ácido fólico. El suplemento de ácido fólico requiere receta médica.
- aa) Hipotiroidismo: cernimiento sobre hipotiroidismo congénito en recién nacidos.
- bb) Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.
- cc) Cernimiento de la enfermedad de anemia falciforme en recién nacidos.
- dd) Examen de la vista para todos los niños al menos una vez en todos los niños entre las edades de 3 y 5 años, para detectar la presencia de ambliopía o sus factores de riesgo.
- ee) Cernimiento para el trastorno depresivo mayor (mdd) en adolescentes de 12 a 18 años de edad. El examen debe implementarse con los sistemas adecuados para asegurar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento adecuado.
- ff) Historial médico: para todos los niños a lo largo de su desarrollo.
- gg) Evaluación del comportamiento para niños de todas las edades. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
- hh) Cernimiento de Fenilcetonuria (PKU) en recién nacidos.
- ii) Obesidad en niños y adolescentes: el USPSTF recomienda que los médicos evalúen la obesidad en niños y adolescentes (6) años y mayores y les ofrezca o les refiera a intervenciones conductuales integrales e intensivas para promover mejoras en el estado del peso.
- jj) Cernimiento de depresión en la población adulta en general, incluyendo mujeres embarazadas y postparto. El cernimiento debe implementarse con sistemas adecuados para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.

- kk) BRCA: Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determina si la asegurada amerita hacerse una prueba de BRCA.
- ll) Cernimiento de bacteriuria asintomática con cultivo de orina para mujeres embarazadas de (12) a (16) semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si es posterior.
- mm) Examen de sífilis para mujeres embarazadas y para adolescente y adultos o si contienen factores de riesgo a infección.
- nn) Cernimiento de clamidia y gonorrea en mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y en mujeres mayores que tienen un mayor riesgo de infección.
- oo) Medicamento preventivo para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de la gonorrea.
- pp) Medicamento preventivo para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de la gonorrea.
- qq) Consejería sobre cáncer de piel para niños y adultos entre los 6 meses a 24 años sobre minimizar exposición a rayos ultravioletas para reducir el riesgo de cáncer de la piel.
- rr) Prevención de la pre-eclampsia: aspirina, se recomienda el uso de dosis bajas de aspirina (81 mg / d) como medicación preventiva después de 12 semanas de gestación en mujeres que están en alto riesgo de pre-eclampsia. Aspirina requiere receta médica.
- ss) La dieta sana y la consejería sobre actividad física para prevenir las enfermedades cardiovasculares: adultos con factores de riesgo cardiovascular, se recomienda ofrecer o referir a los adultos que están sobrepeso y tienen factores de alto riesgo de enfermedades cardiovasculares a intervenciones intensivas de orientación conductual para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- tt) Prevención de caries dentales: El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria receten suplementos orales de flúor a partir de los 6 meses para los niños cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro.

Se recomienda que los médicos de atención primaria apliquen barniz de flúor a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir de la edad de la erupción de los dientes primarios.
- uu) Salud oral: evaluación de riesgos para niños pequeños. Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años
- vv) Cernimiento de cáncer del pulmón, se recomienda la prueba de cernimiento anual para el cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis, en adultos de 55 a 80 años de edad que tienen historial de fumar 30 paquetes al año y en la actualidad fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años. El cernimiento debe discontinuarse una vez que la persona no ha fumado durante 15 años o desarrolla un problema de salud que limita considerablemente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación de pulmón curativa.
- ww) Cernimiento para adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas, se recomienda ejercicio, terapia física y el uso de vitamina D como suplemento para prevenir el riesgo de caídas.
- xx) El cernimiento de Hepatitis B también está cubierto para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.
- yy) Cernimiento para el virus de Hepatitis C (HVC) en personas de alto riesgo de infección. Se recomienda un cernimiento para adultos nacidos entre 1945 y 1965.
- zz) Tuberculosis: pruebas para niños con mayor riesgo de tuberculosis. Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (21) años.

- aaa) Prevención de enfermedades cardiovasculares: Se recomienda iniciar el uso de estatinas en dosis baja a moderada en adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares pero con riesgo cardiovascular a 10 años de 10% o mayor. La USPSTF recomienda que se ofrezca selectivamente estatinas en dosis baja a moderada a adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares que tengan uno o más factores de riesgo de estas enfermedades y un riesgo calculado a 10 años de 7.5% a 10%.
- bbb) Cernimiento de preclamsia en mujeres embarazadas con mediciones de presión arterial durante el embarazo.
- ccc) Cesación de fumar: el USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de tabaco, aconsejarles que dejen de usar tabaco y proporcionen intervenciones conductuales para dejar de fumar a mujeres embarazadas que consumen tabaco.
- ddd) Detección y vigilancia del desarrollo: detección de niños menores de 3 años y vigilancia durante la infancia.
- eee) Dislipidemia: cernimiento para niños con mayor riesgo de trastornos de los lípidos. Edades: (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (16) años.
- fff) Cernimiento para el virus de Hepatitis B para adolescentes y adultos no embarazadas. El USPSTF recomienda el cernimiento para el virus Hepatitis B para personas de alto riesgo de infección.
- ggg) Cernimiento para la detección de infecciones por tuberculosis. El USPSTF recomienda el cernimiento para la detección latente para personas de alto riesgo.

2. Servicios preventivos **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) para la mujer cuando sean provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. y recomendados por el *US Preventive Task Force* (USPSTF) y el *Health Resources and Services Administration*. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.

- 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.

3. Servicios preventivos **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) cuando sean provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. y recomendados por el *US Preventive Task Force* (USPSTF) y el *Health Resources and Services Administration*. Para obtener este servicio, favor llamar a la línea de Humana Beginning al teléfono 1-866-488-5992, para el proceso de cernimiento. Recomendamos que se suscriba al programa de Humana Beginnings desde su primer trimestre de gestación. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.

- 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.

4. 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, como parte de las pruebas de rutina de una evaluación médica al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad en bajo riesgo. Para personas de alto riesgo entre las edades de trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad se cubre anualmente.
- Los médicos deben evaluar a todas las mujeres embarazadas para detectar el VIH, incluyendo las que se presentan al parto que no han sido examinadas y cuyo status de VIH es desconocido. Para las mujeres embarazadas, se cubren dos exámenes: 1) Una primera prueba de VIH durante el primer trimestre del embarazo en la primera visita prenatal, y 2) Una segunda prueba durante el tercer trimestre del embarazo (entre las (28) y (34) semanas del embarazo).

| 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 \$150 de copago de admisión a hospital. |
| Hospitalización parcial | Cubierta, incluyendo para servicios de salud mental, menos \$75 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 adisión 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. Una (1) cirugía bariátrica de por vida. |
| Radioterapia y quimioterapia | Cubiertas como parte del copago de admisión a hospital |

| | |
|---|--|
| Asistente quirúrgico | Cubierto, cuando sea medicamento necesario; se requiere pre-autorización. Menos 30% de coaseguro |
| Trasplante o Injerto | |
| 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. | |
| 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 \$8 de copago |
| Recolección de muestras | Estudios de laboratorio cubierto, menos 30% 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 | Cubierta, hasta un máximo de cuarenta (40) sesiones de terapia, menos \$8 de copago. Por condición de autismo, se cubren de manera ilimitada, menos \$8 de copago. |
| Terapia ocupacional | Cubiertas, ilimitadas, menos \$15 de copago |
| Hiperalimentación | Cubierto, menos 30% 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 | |
| Equipo Médico Duradero | La compra o renta de equipo médico duradero médicamente necesario, menos 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. Esto incluye el glucómetro y la bomba de infusión de insulina, sin límite de edad, menos 30% de coaseguro. Requiere pre-autorización. |
| 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 30% de coaseguro. Requiere pre-autorización. |
| Órtesis | Cubiertos, incluyendo suplidos, menos 30% de coaseguro. No se cubren los pre-fabricados que no necesitan receta, disponibles "over-the-counter" OTC. Requiere pre-autorización. |
| Implantes | Cubiertos, menos 30% 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 o hasta el hogar 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 y radioterapia | Cubiertos al 100%. Quimioterapia oral se cubre por cubierta de farmacia al 100%. |
| Inyectables para manejo del dolor | Cubiertos al 100%, incluyendo intratecal o intravenoso. |
| Cuidado de estomas: colostomía, gastrostomía y cistostomía) | 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 \$150 de admisión a hospital: <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> a. Visitas prenatales y postnatales ilimitadas, menos \$15 de copago de oficina médica b. Vacuna RhoGAM, menos 30% de coaseguro c. Amniocentesis genética, menos 30% de coaseguro d. Esterilización ambulatoria. e. Aborto espontáneo. f. Sonogramas ilimitados, menos 30% de coaseguro. g. Perfil biofísico cubierto en embarazos de alto riesgo, ilimitado. |
| Servicios de Pediatría | |
| Pediatra | Visitas ilimitadas, menos \$15 de copago de oficina médica |
| “Well Child Care” | Cubierto, menos \$15 de copago de oficina médica |
| Prueba de cernimiento auditivo neonatal | Cubierto al 100% |
| Examen anual | Cubierto evaluación física y mental, salud oral, pruebas de audición y visión al 100% |
| Circuncisión y dilatación | Cubierto, menos \$15 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, menos 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 \$50 de copago |
| Por accidente | Cubierto 100% |
| Sala Urgencia | |
| Por enfermedad | Cubierto, menos \$50 de copago |
| Por accidente | Cubierto 100% |
| Procedimientos Cardiovasculares | |
| Pruebas de diagnóstico y tratamiento | Cubiertas, menos 30% de coaseguro |
| Visitas Médicas | Cubiertas, menos \$15 de copago de oficina médica |
| Procedimientos Quirúrgicos | Cubiertos, menos \$15 de copago de oficina médica. Si el servicio se recibe en facilidad ambulatoria, aplica \$75 de copago. |
| 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 30% de coaseguro |
| Pruebas neurológicas | Cubierta, menos 30% de coaseguro |
| Visitas Médicas | Cubiertas, menos \$15 de copago de oficina médica |
| Procedimientos Quirúrgicos | 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. |
| 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 \$15 de copago de oficina médica |
| Servicios de hospitalización | Cubierto. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un día de hospitalización regular. Menos \$150 de copago de admisión a hospital |
| Ambulancia por emergencia psiquiátrica | Cubierta, menos \$50 de copago por viaje |

| | |
|--|---|
| Terapia de grupo | Cubierta, menos \$15 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 \$15 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 \$15 de copago de oficina médica |
| Tratamiento residencial | Cubierto, incluyendo desintoxicación, ilimitado. Menos \$150 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 \$150 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 | Cubiertas, requiere pre-autorización. Menos 30% 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 \$15 de copago de oficina médica o \$50 de copago en facilidad ambulatoria |
| Aparatos ortopédicos | Cubiertos, yesos, entablillados, abrazaderas y muletas |
| Laparoscopia | Cubierta, menos \$75 de copago de facilidad ambulatoria |
| Circuncisión a adultos | Cubierto, menos \$15 de copago de oficina médica |
| Biopsias del seno | Cubierto, menos \$75 de copago de facilidad ambulatoria |
| Vacunas de alergias | Cubiertas, hasta un máximo de veinte (20) vacunas por asegurado por año póliza. Menos 30% de coaseguro |
| Bloqueos epidurales | 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. |
| 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 \$15 de copago de oficina médica o \$75 de copago en facilidad ambulatoria. |
| 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 \$75 de copago en facilidad ambulatoria. |

| | |
|--|---|
| Pruebas de diagnóstico y tratamiento asociadas con Hepatitis C | Cubiertas, menos 30% de coaseguro |
| Parafernalia de diabetes | Lancetas, jeringuillas para la administración de insulina y tirillas para el equipo de medir azúcar, hasta un máximo de ciento cincuenta (150) de cada uno por mes, menos 30% de coaseguro. Cubierto sin límite de edad. |
| 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, [Hasta dieciséis (16) sesiones por año de póliza para cada asegurado. Las sesiones se dividen entre el empleado y los dependientes; ocho (8) sesiones para el empleado y ocho (8) sesiones para dependientes - Hasta ocho (8) visitas por situación por asegurado - 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 al copago de admisión aplicable. Todos los servicios deberán ser recibidos dentro de un período de doce (12) meses. Requiere pre-autorización. | |
| Trasplante de Órganos y Tejidos | |
| Servicios médicos | Cubierto 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 hospital | Cubierto, menos \$150 de copago de admisión a hospital. |
| Servicios de emergencia fuera de Puerto Rico | |
| Servicios de emergencia en los Estados Unidos | <p>Servicios recibidos en facilidad contratada por Humana o ChoiceCare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Siempre que sea posible los servicios de emergencia deben ser recibidos en una facilidad contratada. Humana tiene que recibir notificación de todos los servicios de emergencia dentro de las primeras 72 horas del asegurado haber recibido los servicios. Los pagos por servicios de sala de emergencia y admisiones posteriores provistas por un proveedor contratado se pagarán de acuerdo a la cubierta de beneficios de la póliza para servicios de emergencia, menos \$50 de copago de sala de emergencia. <p>Servicios recibidos en facilidades <u>no</u> contratadas por Humana o ChoiceCare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los pagos por servicios de sala de emergencia y provistas por un proveedor no contratado se pagarán de acuerdo a la cubierta de beneficios de la póliza para servicios de emergencia, menos \$50 de copago de sala de emergencia. Humana tiene que recibir notificación de todos los servicios de emergencia dentro de las 72 horas del asegurado haber recibido los servicios. El médico a cargo del paciente solicitará el traslado del asegurado luego de completar servicios de emergencia o servicios de estabilización a una facilidad de Humana o ChoiceCare tan pronto sea médicamente posible. Dicho traslado no deberá en forma alguna comprometer o perjudicar la salud o tratamiento médico del asegurado. Humana asistirá en la coordinación de dicho traslado. |

| | |
|---|---|
| <p>Servicios de emergencia rendidos fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico</p> | <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 el copago que aparecen descritos en la póliza.</p> <p>Todas las reclamaciones por servicios provistos fuera de Puerto Rico o de los Estados Unidos tienen que ser sometidas a Humana con toda la evidencia de los servicios médicos rendidos, dentro de un periodo de un (1) año a partir de la fecha en que fueron provistos o a la fecha de alta, lo que ocurra después, para asegurar reembolso cuando aplique.</p> |
| <p>Servicios no disponibles en Puerto Rico, disponibles en los Estados Unidos de América</p> | |
| <p>Servicios no disponibles en Puerto Rico, disponibles en los Estados Unidos de América</p> | <p>Humana cubrirá los servicios solamente si las siguientes condiciones se cumplen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El asegurado debe estar cubierto por el plan, y los servicios solicitados deben estar cubiertos dentro de los beneficios de la póliza. 2. El proveedor que refiere tiene que demostrar que el equipo, tratamiento o facilidades médicas requeridas para proveer el tratamiento necesario al asegurado no están disponibles en Puerto Rico. Un servicio no se determinará no disponible en Puerto Rico si la petición para el servicio provisto fuera de Puerto Rico envuelve una modificación al equipo, técnica o procedimiento quirúrgico disponible en Puerto Rico o está basado en la reputación o reconocimiento de un proveedor en específico. 3. El servicio tiene que ser coordinado y pre-autorizado con Humana en Puerto Rico con por lo menos cinco días laborables de anticipación a la fecha del servicio. 4. Los servicios tienen que ser provistos por proveedores/facilidades contratadas por Humana o ChoiceCare. 5. Todos los servicios en esta sección están sujetas a copagos, coaseguros y deducibles aplicables. <p>Si el servicio o tratamiento no es autorizado ni coordinado con Humana en Puerto Rico, el asegurado será responsable por la totalidad del pago del servicio o tratamiento. Humana reembolsará al asegurado basado en las tarifas contratadas en Puerto Rico, menos copagos, coaseguros y deducibles aplicables; solamente si las condiciones 1 y 2 se cumplen. Para recibir reembolso, el asegurado debe proveer a Humana toda la evidencia médica y financiera necesaria dentro del periodo de un (1) año desde la fecha del servicio o del alta.</p> |
| <p>Servicios Ambulatorios Para Dependientes Estudiando en los Estados Unidos</p> | |
| <p>Dependiente estudiando en una universidad en los Estados Unidos de América, como se incluye en la definición de dependiente, incisos (b) al (g), puede recibir cubierta para los servicios médicos ambulatorios brindados por proveedores participantes en los Estados Unidos de América. Para recibir cubierta, deben cumplirse las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El dependiente cursando estudios universitarios, conforme a la definición de dependiente, incisos (b) al (g), debe ser elegible para recibir cubierta bajo este Plan y los servicios ambulatorios recibidos en los Estados Unidos deben ser servicios cubiertos en este Certificado. • El estudiante universitario asegurado deberá ser estudiante a tiempo completo en una universidad acreditada en los Estados Unidos. Para efectos de este requisito, se entenderá que el estudiante está a tiempo completo si cursa doce (12) créditos; seis (6) créditos en el caso de estudiantes que cursan estudios graduados. Cualquier excepción a esta presunción, deberá ser certificada por la institución universitaria. • Para recibir servicios, el asegurado deberá coordinar y obtener pre-autorización de Humana para los servicios que así lo requiera este Certificado, a menos que los servicios cumplan con los criterios de urgencia o emergencias establecidos en este Certificado. • Los servicios brindados por un proveedor de la red de proveedores de Humana o Choice Care se pagarán conforme a los beneficios establecidos en este Certificado. 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. | |

| Beneficios adicionales | |
|---|--|
| Cubierta de Farmacia | |
| Rx3 EHB | <p>Medicamentos genéricos (Nivel 1) \$10 de copago al detal / \$20 de copago por correo</p> <p>Medicamentos de marca preferida (Nivel 2) \$25 de copago / \$50 de copago por correo</p> <p>Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3) 20% de coaseguro al detal / 20% de coaseguro por correo</p> <p>*Suplido de 30 días al detal y de 90 días por correo. Medicamentos especializados aplica suplido de 30 días aun por correo.</p> <p>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 marca 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.</p> |
| Servicios Dentales | |
| Dental DP | <p>Los siguientes beneficios se cubrirán al 100%, dentro de la red de proveedores dental de Humana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Limpieza 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 | Cubierta con \$0 copago. : El asegurado puede seleccionar cualquier montura disponible de la selección del proveedor participante. |
| Lentes de contacto | 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. |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Lentes de gran potencia o lupa | 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. |
| [Cubierta de Visión Adicional] | |
| [Visión 471-Visión 486] | <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 \$100.00 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 \$100.00. o \$10.00 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 \$110.00 de descuento en los precios al detal en lentes convencionales, además el asegurado recibe 15% de descuento sobre el saldo superior a \$110.00. o \$110.00 de descuento en los precios al detal en lentes desechables. o \$110.00 de descuento en los precios al detal en lentes médicamente necesarios. - Tratamientos para lentes disponibles con copago desde \$15.00 hasta \$65.00.] <p>[Visión 486 Dentro de la red de Eyemed:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espejuelos: <ul style="list-style-type: none"> o \$75.00 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 \$75.00. o \$15.00 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 \$90.00 de descuento en los precios al detal en lentes convencionales, además el asegurado recibe 15% de descuento sobre el saldo superior a \$90.00. o \$90.00 de descuento en los precios al detal en lentes desechables. o \$90.00 de descuento en los precios al detal en lentes médicamente necesarios. - Tratamientos para lentes disponibles con copago desde \$15.00 hasta \$65.00.] |

| [Cubierta Dental Adicional] | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|-----|---------------|---------------|-------------|---------------|-------------|--|---------------|--|----------------------|---------------|------------|--|
| [DP0-DP1-DP2-DP3] | <table border="1"> <tr> <td>Plan Dental</td> <td>DP0</td> </tr> <tr> <td>Restaurativos</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Endodoncias</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Periodoncia</td> <td>No cubierto</td> </tr> <tr> <td>Prostodoncias</td> <td>No cubierto</td> </tr> <tr> <td>Cirugía maxilofacial</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Ortodoncia</td> <td>No cubierto</td> </tr> </table> | Plan Dental | DP0 | Restaurativos | 25% coaseguro | Endodoncias | 25% coaseguro | Periodoncia | No cubierto | Prostodoncias | No cubierto | Cirugía maxilofacial | 25% coaseguro | Ortodoncia | No cubierto |
| | Plan Dental | DP0 | | | | | | | | | | | | | |
| | Restaurativos | 25% coaseguro | | | | | | | | | | | | | |
| | Endodoncias | 25% coaseguro | | | | | | | | | | | | | |
| | Periodoncia | No cubierto | | | | | | | | | | | | | |
| | Prostodoncias | No cubierto | | | | | | | | | | | | | |
| | Cirugía maxilofacial | 25% coaseguro | | | | | | | | | | | | | |
| | Ortodoncia | No cubierto | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>Plan Dental</td> <td>DP1</td> </tr> <tr> <td>Restaurativos</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Endodoncias</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Periodoncia</td> <td>No cubierto</td> </tr> <tr> <td>Prostodoncias</td> <td>50% coaseguro, Máximo \$800 por año póliza</td> </tr> <tr> <td>Cirugía maxilofacial</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Ortodoncia</td> <td>No cubierto</td> </tr> </table> | 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>Plan Dental</td> <td>DP2</td> </tr> <tr> <td>Restaurativos</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Endodoncias</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Periodoncia</td> <td>50% coaseguro, Máximo \$800 por año póliza</td> </tr> <tr> <td>Prostodoncias</td> <td>50% coaseguro, Máximo \$800 por año póliza</td> </tr> <tr> <td>Cirugía maxilofacial</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Ortodoncia</td> <td>50% coaseguro, Máximo \$1,000 por año póliza</td> </tr> </table> | 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>Plan Dental</td> <td>DP3</td> </tr> <tr> <td>Restaurativos</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Endodoncias</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Periodoncia</td> <td>50% coaseguro, Máximo \$800 por año póliza</td> </tr> <tr> <td>Prostodoncias</td> <td>50% coaseguro, Máximo \$800 por año póliza</td> </tr> <tr> <td>Cirugía maxilofacial</td> <td>25% coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Ortodoncia</td> <td>50% coaseguro, Máximo \$1,000 por año póliza</td> </tr> </table> | Plan Dental | DP3 | 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 \$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 | | | | | | | | | | | | | | |