



Resumen de Beneficios

Máximo de Por Vida

\$ 1,000,000

Servicios Médico-Ambulatorios

Visitas Médicas	Ilimitadas menos copago aplicable
Quiropráctico	15 manipulaciones por año póliza, menos copago aplicable
Podiatra	Ilimitadas menos copago aplicable
Prueba de refracción	Cubierta una visita por año póliza menos copago aplicable
Laboratorios y rayos X	Cubiertos menos coaseguro aplicable
Sonogramas	Uno por región anatómica, por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable
Electromiograma y Electroencefalograma *	Uno por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable
Pruebas especializadas (CT, MRI) *	Uno por región anatómica, por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable
Polisomnografía *	Una prueba por asegurado de por vida, menos coaseguro aplicable ^o
Pruebas de medicina nuclear *	Cubiertos menos coaseguro aplicable
Aparatos ortopédicos	Cubiertos: yesos, entablillados, abrazaderas y muletas, menos coaseguro aplicable
PET Scan y SPECT *	Una prueba por asegurado de por vida, menos coaseguro aplicable
Terapia física y del habla	Máximo de 20 terapias combinadas por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable
Terapia respiratoria	Máximo de 20 terapias por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable
Cirugía ambulatoria *	Cubiertas en centros de cirugía ambulatoria, menos copago aplicable
Endoscopías	Cubiertas menos coaseguro aplicable
Litotricia *	Una por año póliza hasta un máximo de \$6,000, menos coaseguro aplicable ^o
Vasectomía	Cubierta de forma ambulatoria en la oficina del médico menos copago aplicable ^o
Esterilización	Cubierta de forma ambulatoria o en hospital concurrente con el parto ^o
Pruebas de alergia	Hasta un máximo de cincuenta (50) por año póliza; menos coaseguro aplicable

Servicios Preventivos

Examen físico de rutina	Cubierto uno por año póliza menos copago aplicable
Nutricionista	Cubiertas cuatro visitas por año póliza, menos copago aplicable
Vacunas de influenza y neumococo	Cubiertas para adultos de acuerdo a las prácticas médicas

Servicios de Hospitalización

Beneficios incluidos en el per diem menos copago por admisión	Habitación semi-privada; 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
Intervenciones quirúrgicas	Cubiertas, incluyendo anestesia y su administración
Pruebas especializadas	Cubiertos, cuando sea médicamente necesario
Sangre y Plasma	Cubierto
Terapia física	Máximo de 10 terapias por asegurado por año póliza
Terapia respiratoria	Cubiertas
Servicios de salud en el hogar *	Cubiertos 30 días inicialmente y 30 días adicionales sujeto a certificación de necesidad médica
Programa de cuidado de hospicio *	Cubierto para asegurados con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos hasta un máximo de doce (12) meses
Equipo médico duradero *	Compra o renta de equipo médico duradero médicamente necesario, menos coaseguro aplicable, hasta un máximo de \$1,000 por asegurado por año póliza.
Facilidad de enfermería diestra *	Cubierta hasta un máximo de 30 días por año póliza; menos copago aplicable

Servicios de Ambulancia

Ambulancia terrestre	Cubierta de facilidad a facilidad cuando sea médicamente justificada. Menos copago aplicable por viaje
Transportación aérea y marítima	Cubierto dentro de los límites territoriales de Puerto Rico hasta el máximo de \$3,000

Servicios Por Maternidad

Visitas Pre y Postnatales	Ilimitadas menos copago aplicable
Hospitalización	Cubierta menos copago aplicable
Parto, incluyendo cesárea	Cubierto, uso salas de operaciones, recuperación, <i>nursery</i> e incubadora
Monitoría fetal durante el parto	Cubierto
Vacuna RhoGAM	Cubierto, menos coaseguro aplicable
Perfil biofísico	Cubierto en embarazos de alto riesgo, uno por embarazo
Vacuna Synagis	Cubierta de acuerdo al protocolo aprobado, menos coaseguro aplicable

* Servicios que requieren pre-autorización. ^oSujeto a 10 meses de periodo de espera. Producto ofrecido por Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. Lic. #00187-0009. Esto es sólo un resumen de beneficios. Para más detalles sobre los beneficios, condiciones, limitaciones y exclusiones, refiérase a la Póliza de Seguros.

Servicios de Pediatría

Pediatra	Visitas ilimitadas menos copago aplicable
Circuncisión y dilatación	Cubierta
Vacunas	Cubiertas de acuerdo a las prácticas médicas establecidas por la Academia Americana de Pediatría

Sala de Emergencia

Por enfermedad y accidente	Cubierto menos copago aplicable
----------------------------	---------------------------------

Otros Beneficios

Cáncer	Cubiertos los servicios hospitalarios, menos copago aplicable. Los servicios ambulatorios de tratamiento de radioterapia y quimioterapia estarán cubiertos menos coaseguro aplicable
Procedimientos cardiovasculares*	Cubiertos incluyendo pruebas de diagnóstico y tratamiento, procedimientos quirúrgicos y la reparación o reemplazo de válvulas del corazón, menos copago o coaseguro aplicable
Procedimientos neurológicos*	Cubiertos incluyendo pruebas de diagnóstico y tratamiento, procedimientos quirúrgicos y la reparación o reemplazo de válvulas, menos copago o coaseguro aplicable
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS)	Cubierto hasta un máximo de por vida combinado de \$50,000
Trasplante de órganos y tejido*	Cubierto en centros de excelencia contratados y coordinado por Humana.

Salud Mental

Servicios ambulatorios	Visitas al psiquiatra y/o psicólogo, menos copago aplicable
Servicios hospitalizados	Cubierto menos copago por admisión. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un día de hospitalización regular

Servicios de Alcoholismo y Dependencia de Sustancias

Servicios ambulatorios	Cubierto con un máximo de 14 visitas por asegurado por año póliza, menos copago aplicable
Servicios de hospital	Cubiertos hasta un máximo de treinta (30) días por año póliza, menos copago por admisión.

Servicios de Emergencia Fuera de Puerto Rico

Servicios de emergencia en los Estados Unidos	<p>Servicios recibidos en facilidad contratada por Humana o ChoiceCare: 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 por un proveedor contratado se pagarán de acuerdo a la cubierta de beneficios. Aplicarán los copagos y coaseguros descritos en la póliza.</p> <p>Servicios recibidos en facilidades no contratadas por Humana o ChoiceCare: Humana reembolsará al asegurado la tarifa contratada de un proveedor similar contratado (Humana o ChoiceCare) en la misma área geográfica, menos los copagos y coaseguros aplicables. El asegurado es responsable de la diferencia entre la tarifa contratada por Humana y los cargos facturados por la facilidad.</p>
Servicios de emergencia rendidos fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico	Se reembolsará al asegurado el 100% de la tarifa contratada para unos servicios similares por un proveedor en Puerto Rico o los cargos facturados, lo que sea menor, menos los copagos y coaseguros que aparecen descritos en la póliza.

Seguro de Vida de Término

Muerte natural	\$10,000 cubierto el asegurado principal solamente
Muerte Accidental y Desmembramiento	\$10,000 cubierto el asegurado principal solamente

Cubierta Dental DP-1

Servicios Preventivos	Cubiertos al 100%
Servicios Restaurativos	Cubiertos con 25% de coaseguro
Servicios de Prótesis	Cubiertos al 50% con un máximo de \$800.00 por asegurado por año póliza

Cubierta de Farmacia

Serie 100	Rx-4-LESS -Tarjeta de descuentos
Serie 200	RxValue - \$8/\$15 medicamentos bioequivalentes solamente
Serie 300	Rx4 - \$10/\$30/\$50/25% hasta un máximo de \$1,500 por asegurado por año póliza

Copagos

Serie 100	<ul style="list-style-type: none"> Generalista \$11.00 Especialista \$25.00 Sub-especialista \$29.00 Cirugía Ambulatoria \$200.00 Hospital \$500.00 Emergencias \$75.00 	Serie 200	<ul style="list-style-type: none"> Generalista \$10.00 Especialista \$20.00 Sub-especialista \$27.00 Cirugía Ambulatoria \$100.00 Hospital \$300.00 Emergencias \$50.00 	Serie 300	<ul style="list-style-type: none"> Generalista \$8.00 Especialista \$15.00 Sub-especialista \$23.00 Cirugía Ambulatoria \$75.00 Hospital \$150.00 Emergencias \$35.00
-----------	---	-----------	---	-----------	---

Coaseguros

Serie 100	50% de coaseguro en los beneficios aplicables
Serie 200	50% de coaseguro en los beneficios aplicables
Serie 300	40% de coaseguro en los beneficios aplicables