

PARTY CITY

Humana Maximum 2000

Descripción de Beneficios

Esta tabla de Descripción de Beneficios contiene los copagos, coaseguros y deducibles de los beneficios descritos en el Certificado de Beneficios. 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 \$10 copago de oficina médica	
Especialista	Ilimitadas, menos \$15 copago de oficina médica	
Sub-especialista	Ilimitadas, menos \$15 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 copago de oficina médica. Terapias físicas, ilimitadas, cubiertas al 100%.	
Nutricionista	Seis (6) consultas con nutricionista por asegurado, por año póliza, menos \$15 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 25% coaseguro	
Pruebas especializadas	Cubiertas, ilimitadas, menos 30% coaseguro	
Electrocardiograma	Ilimitado, menos 30% coaseguro	
Sonograma	Ilimitado, menos 30% coaseguro	
Tomografía computarizada	Ilimitado, requiere pre-autorización. Menos 30% coaseguro	
Tomografía por emisión de positrones(PET)	Ilimitado, requiere pre-autorización. Menos 30% coaseguro	
Electroencefalograma	Ilimitado, menos 30% coaseguro	
Electromiograma	Ilimitado, menos 30% coaseguro	
Resonancia magnética (incluyendo MRI y MRA)	Ilimitado, requiere pre-autorización. Menos 30% coaseguro	
Polisomnografía o estudio del sueño	Un (1) estudio del sueño o polisomnografía por asegurado por año póliza; requiere pre-autorización. Menos 30% coaseguro	
Pruebas de medicina nuclear	Ilimitado, menos 30% coaseguro	
Terapias respiratorias	Ilimitado, menos \$10 copago de oficina médica	
Fisioterapias	Ilimitadas, incluyendo rehabilitación y habilitación, según ordenado y bajo la supervisión médica de un ortopedista o fisiatra. Menos \$10 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 copago de oficina médica. Por condición de autismo, las terapias del habla y lenguaje son ilimitadas, menos \$15 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 copago de oficina médica
Cirugía ambulatoria	Cubiertas en facilidad ambulatoria, menos \$25 copago de facilidad ambulatoria.
Endoscopías	Cubierto, diagnósticas y terapéuticas. Si el servicio se ofrece en oficina médica, aplica \$15 copago de oficina médica. Si el servicio se ofrece en facilidad, aplica \$25 copago de facilidad ambulatoria.
Litotricia	Ilimitadas, menos \$25 copago de facilidad ambulatoria. Requiere pre-autorización.
Vasectomía	Cubierta, menos \$15 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 \$25 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% coaseguro
Inyecciones intrarticulares	Ilimitadas, menos \$15 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% coaseguro
Pruebas de diagnóstico y tratamiento asociadas con Hemofilia	Cubiertas, menos 30% coaseguro
Prueba de refracción	Una (1) prueba de refracción por asegurado, por año póliza, menos \$15 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 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 copago de oficina médica
Cirugía cervical (Cryosurgery)	Cubierta, menos \$15 copago de oficina médica
“Nerve conduction velocity test”	Cubierto, menos 30% coaseguro
Mamoplastía de reducción	Cubierta, cuando sea médicamente necesaria, menos copago de \$25 copago de facilidad ambulatoria. Si es como parte de hospitalización, está cubierto como parte del copago de \$50 de admisión a hospital.
Aparatos Auditivos “Hearing Aid”	Beneficio máximo \$250 por asegurado por año póliza, por reembolso

Servicios Preventivos

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 (USPTF) Advisory Committee Immunization Practices of Centers for Disease Control and Prevention* y el *Health Resources and Services Administration*.

Algunos servicios preventivos incluidos son:

- a) 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, 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.
- b) Cernimiento sobre cáncer cervical, prueba /ADN del Virus del Papiloma Humano (VPH).
- c) 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.
- d) Papanicolaou.
- e) Examen de la próstata (PSA).

Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite:

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.

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 (USPTF)* 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.
- Apoyo a la lactancia, con asesoramiento y suministros necesario, incluyendo la bomba de lactancia con receta médica. 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.

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), 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.

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 \$50 copago de admisión a hospital.
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 médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital
Sangre y Plasma	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Terapia respiratoria	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Terapia física	Cubierto, hasta un máximo de cuarenta (40) sesiones de terapia por estadía en hospital, como parte del copago de admisión a hospital
Diálisis y hemodiálisis	Cubierta hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad, incluyendo complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad. Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Obesidad mórbida	Tratamiento y servicios para obesidad mórbida médicamente 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 médicamente necesario; se requiere pre-autorización. Menos 30% coaseguro
Trasplante o Injerto	
Trasplante de córnea o injerto de hueso y piel, incurridos por la persona asegurada, se requiere pre-autorización; menos \$50 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 \$10 copago
Recolección de muestras	Estudios de laboratorio cubierto, menos 30% 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 veinte (20) sesiones de terapia, menos \$10 copago. Por condición de autismo, se cubren de manera ilimitada, menos \$10 copago.

Hiperalimentación	Cubierto, menos 30% coaseguro
Facilidad de Enfermería Diestra (Skilled Nursing Facility)	
Facilidad de enfermería diestra hasta un máximo de sesenta (60) días por año póliza por asegurado, menos \$50 copago de admisión. 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% 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% coaseguro. Requiere pre-autorización.
Órtesis	Cubiertos, incluyendo suplidos, menos 30% coaseguro. No se cubren los pre-fabricados que no necesitan receta, disponibles "over-the-counter" OTC. Requiere pre-autorización.
Implantes	Cubiertos, menos 30% 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 \$35 copago por viaje. Incluye transportación desde el lugar de la emergencia o residencia del asegurado o hasta el hogar del asegurado, cuando sea médicamente necesario.
Ambulancia aérea y marítima	Cubierta dentro de los límites territoriales de Puerto Rico, incluyendo Vieques y Culebra, menos \$35 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%
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	<p>Los siguientes servicios estarán cubiertos, como parte del copago de \$50 de admisión a hospital:</p> <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 copago de oficina médica b. Vacuna RhoGAM, menos 30% coaseguro c. Amniocentesis genética, menos 30% coaseguro d. Esterilización ambulatoria. e. Aborto espontáneo. f. Sonogramas ilimitados, menos 30% coaseguro. g. Perfil biofísico cubierto en embarazos de alto riesgo, ilimitado.
Servicios de Pediatría	
Pediatra	Visitas ilimitadas, menos \$15 copago de oficina médica
“Well Child Care”	Cubierto, menos \$15 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 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 Synaxis	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 \$35 copago
Por accidente	Cubierto 100%
Sala Urgencia	
Por enfermedad	Cubierto, menos \$35 copago
Por accidente	Cubierto 100%
Procedimientos Cardiovasculares	
Pruebas de diagnóstico y tratamiento	Cubiertas, menos 30% coaseguro
Visitas Médicas	Cubiertas, menos \$15 copago de oficina médica
Procedimientos Quirúrgicos	Cubiertos, menos \$15 copago de oficina médica. Si el servicio se recibe en facilidad ambulatoria, aplica \$25 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% coaseguro
Pruebas neurológicas	Cubierta, menos 30% coaseguro
Visitas Médicas	Cubiertas, menos \$15 copago de oficina médica
Procedimientos Quirúrgicos	Cubiertos, incluyendo los neuroendovasculares, menos copago de \$25 copago de facilidad ambulatoria. Si es como parte de hospitalización, está cubierto como parte del copago de \$50 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 copago de oficina médica
Servicios de hospitalización	Cubierto. Menos \$50 copago de admisión a hospital
Ambulancia por emergencia psiquiátrica	Cubierta, menos \$35 copago por viaje
Terapia de grupo	Cubierta, menos \$15 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 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 copago de oficina médica
Tratamiento residencial	Cubierto, incluyendo desintoxicación, ilimitado. Menos \$50 copago de admisión a hospital. Requiere pre-autorización.
Servicios de hospitalización	Cubierto. Menos \$50 copago de admisión a hospital.
Autismo	
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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% 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 copago de oficina médica o \$25 copago en facilidad ambulatoria
Aparatos ortopédicos	Cubiertos, yesos, entablillados, abrazaderas y muletas
Laparoscopia	Cubierta, menos \$25 copago de facilidad ambulatoria
Circuncisión a adultos	Cubierto, menos \$15 copago de oficina médica
Biopsias del seno	Cubierto, menos \$25 copago de facilidad ambulatoria
Vacunas de alergias	Cubiertas, hasta un máximo de veinte (20) vacunas por asegurado por año póliza. Menos 30% coaseguro
Bloqueos epidurales	Cubierto para el manejo del dolor administrados por un especialista medicamento cualificado y reconocido, uno (1) por región anatómica por asegurado por año póliza. Menos \$15 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 copago de oficina médica o \$25 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 \$25 copago en facilidad ambulatoria.
Pruebas de diagnóstico y tratamiento asociadas con Hepatitis C	Cubiertas, menos 30% 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% coaseguro. Cubierto sin límite de edad.
Preparado de aminoácidos libres de fenilalanina para PKU	Cubierto 100%
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 \$50 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 \$50 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 \$35 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 \$35 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.
Servicios de emergencia rendidos fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico	<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>
Servicios no disponibles en Puerto Rico, disponibles en los Estados Unidos de América	
Servicios no disponibles en Puerto Rico, disponibles en los Estados Unidos de América	<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>

Servicios Ambulatorios Para Dependientes Estudiando en los Estados Unidos

Dependiente estudiando en los Estados Unidos puede recibir cubierta para los servicios médicos ambulatorios brindados por proveedores contratados en los Estados Unidos de América. Para recibir cubierta, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- El dependiente estudiando en los Estados Unidos, conforme a la definición de dependiente, 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.
- Para recibir los servicios, el estudiante asegurado debe coordinar y obtener pre-autorización de Humana Puerto Rico en 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 aplicable 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) \$20 de copago al detal / \$40 de copago por correo</p> <p>Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3) \$35 de copago al detal / \$70 de copago por correo</p> <p>Medicamentos especializados 25% de coaseguro al detal**</p> <p>*Suplido de 30 días al detal y de 90 días por correo.</p> <p>**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 30% de coaseguro. Estos medicamentos son provistos usualmente por farmacia especializadas. Requiere pre-autorización.</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 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.</p> <p>OTC - \$1 de copago a través de Programa OTC de Humana. Se requiere orden médica.</p>
---------	---

Cubierta Dental		
DP3	Plan Dental	DP3
	Restaurativos	25% coaseguro
	Endodoncias	25% coaseguro
	Periodoncia	25% 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
Telemedicina		
<p>Consultas virtuales, incluyendo video, están cubiertas con proveedores certificados de la red menos copago aplicable de visita. Adicional, visitas con un médico de atención primaria, ilimitadas, menos \$25 copago, disponible a través de www.mdlive.com/humanapr. \$0 copago aplica durante periodo de emergencia de COVID-19.</p>		