






## Tabla Comparativa de Copagos, Coaseguros y Deducibles\*

CUBIERTAS PROSSAM 2021-2022	 <b>ULTRA</b>	 <b>MAX</b>	 <b>FIT</b>
<b>Servicios Médicos</b>			
Médico Generalista	\$8	\$10	\$15
<b>Especialistas tales como:</b> Médico Internista, de Familia, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Urología, Siquiatría y Sicología entre otros	\$10	\$18	\$20
<b>Médico Subespecialistas</b>	\$15	\$20	\$25
Laboratorio Clínicos	30% coaseguro	35% coaseguro	50% coaseguro
Radiografías	30% coaseguro	35% coaseguro	50% coaseguro
Vacunas aprobadas por Departamento de Salud	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios en Hospitalizaciones</b>			
Hospitalizaciones	\$75	\$150	\$200
Cirugía Ambulatoria	\$75	\$150	\$200
<b>Servicios en Salas de Emergencias</b>			
Salas de Emergencias/ Enfermedad Aguda	\$40	\$75	\$100
Salas de Emergencias/ Enfermedad Aguda; Referido por TeleSalud 1-866-460-2677	\$0	\$0	\$0
Salas de Emergencias/ Traumática	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios en Cuidado Preventivos</b>			
Pruebas Diagnósticas Especializadas tales como: Mamografía, Pap Smear Anual, Pap Test, PSA, Examen Pélvico y del Seno	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios de Medicina Alternativa</b>			
Nutricionista	\$10 y 12 visitas anuales	\$18 y 12 visitas anuales	\$20 y 12 visitas anuales
Quiroprácticos	\$10 y 20 sesiones anuales	\$18 y 20 sesiones anuales	\$20 y 20 sesiones anuales
<b>Servicios de Terapias</b>			
Terapias Físicas	\$7 máximo 20 anuales	\$10 máximo 20 anuales	\$15 máximo 20 anuales
Terapias Respiratorias	\$7	\$10	50% sin límite
Terapias del Habla	\$7	\$10 máximo 20 anuales; exceso a través GMM	50% máximo 20 anuales; exceso a través GMM
Terapias Ocupacional	\$7	\$10 máximo 20 anuales; exceso a través GMM	\$15 máximo 20 anuales; exceso a través GMM
<b>Servicios Gastos Médicos Mayores ("Major Medical")</b>			
Cubierta Gastos Médicos Mayores ("Major Medical")	Deducible Anual \$50 Ind, \$150 Fam, 20% coaseguro	Deducible Anual \$200 Ind, \$400 Fam, 30% coaseguro	Deducible Anual \$200 Ind, \$400 Fam, 30% coaseguro
Equipo Médico Duradero	Límite de \$10 mil anual	Límite de \$10 mil anual	Límite de \$10 mil anual
<b>Servicios para la Visión*</b>			
Cubierta de Visión	\$150 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$150 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$100 de Beneficio Máximo y aplica copagos
<b>Servicios Dentales*</b>			
Cubierta Dental	\$1,000 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$500 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$750 de Beneficio Máximo y aplica copagos
<b>Servicios para Medicamentos*</b>			
Cubierta de Farmacia	Los primeros \$2,000, luego de \$2,001 aplica 40% coaseguro	Los primeros \$1,200, luego de \$1,201 aplica 50% coaseguro	Los primeros \$1,000, luego de \$1,001 aplica 60% coaseguro

\*Este es un resumen comparativo de algunos copagos, coaseguros y deducibles de su cubierta. Para detalles mas específicos de su cubierta, favor refiérase a la Guía de Suscriptor. Es un documento para us de publicidad y mercadeo. ANUNCIO AUTORIZADO POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.

\*Descripción de todas las cubiertas en:

**INGRESA O RENUEVA**

**1.844.865.2020**

**www.tuplanmaestro.com**