

# ELA 2017

Encargados de Agencias

# Agenda

- Productos Disponibles
- Aspectos Generales de los Productos
  - Bronce, Plata, Diamante y Rubí
- Cubiertas de Farmacia
- Cubiertas de Visión

# Productos Disponibles



## Bronce y Plata

- Libre Selección
- Red PPO Comercial
- Cubierta Gastos Médicos Mayores mandatorio
- No hay cambios en beneficios, excepto por farmacia.



## Diamante

- HMO (Cuidado Coordinado)
- Red AXIS
- Cubierta Gastos Médicos Mayores mandatorio
- No hay cambios en beneficios, excepto por farmacia.



## Rubí

- Libre Selección
- Red PPO Comercial
- Se excluye Cubierta de Gastos Médicos Mayores

# Aspectos generales de los Productos

Beneficios	Bronce	Plata	Diamante*
Desembolso máximo combinado con servicios médicos y farmacia	\$6,350 Individual \$12,700 Familiar	\$6,350 Individual \$12,700 Familiar	\$6,350 Individual \$12,700 Familiar
Admisión hospitalaria 365 días	\$150 copago	\$100 copago	\$50 copago – Nivel 1 \$150 copago – Nivel 2 y 3
Visitas médicas	\$10 de copago para generalista	\$10 de copago para generalista	\$0 de copago para generalistas, médicos de familia, internistas, ginecólogos y pediatras en los grupos médicos
Visitas al especialistas	\$18 de copago	\$15 de copago	\$10 de copago
Visitas al subespecialistas	\$18 de copago	\$15 de copago	\$15 de copago
Laboratorios y rayos-x	35% de coaseguro	30% de coaseguro	20% de coaseguro en la Red Preferida; 30% de coaseguro fuera de la Red Preferida
Pruebas especializadas como sonogramas, CT, MRI, MRA, PET.	50% de coaseguro, excepto 35% de coaseguro para sonogramas obstétricos	40% de coaseguro, excepto 30% de coaseguro para sonogramas obstétricos	30% de coaseguro en la Red Preferida 40% de coaseguro fuera de la Red Preferida.

\*Requiere referido del médico de cabecera o médico personal para algunos servicios.

# Aspectos generales de los Productos

Beneficios	Bronce	Plata	Diamante
Quiroprácticos y terapia física	Hasta un máximo de 20 sesiones por año póliza, en conjunto.	Hasta un máximo de 20 sesiones por año póliza, en conjunto.	Hasta un máximo de 20 sesiones por año póliza, en conjunto.
Servicios de proveedores no participantes	Cubiertos bajo Gastos Médicos Mayores	Cubiertos bajo Gastos Médicos Mayores	No están cubiertos, excepto en casos de emergencia.
Servicios de emergencia en Estados Unidos	Cubiertos bajo Gastos Médicos Mayores	Cubiertos bajo Gastos Médicos Mayores	Cubiertos bajo Gastos Médicos Mayores
Equipo médico duradero	20% coaseguro hasta \$10,000 por año, luego aplica un coaseguro de 40%	20% coaseguro hasta \$10,000 por año, luego aplica un coaseguro de 40%	20% coaseguro hasta \$10,000 por año, luego aplica un coaseguro de 40%
Prótesis e implantes	20% coaseguro hasta \$10,000 por año, luego aplica un coaseguro de 40%	20% coaseguro hasta \$10,000 por año, luego aplica un coaseguro de 40%	20% coaseguro hasta \$10,000 por año, luego aplica un coaseguro de 40%
Triple-S Natural	\$15 copago, 6 visitas	\$15 copago, 6 visitas	\$15 copago, 6 visitas
Servicios dentales	No hubo cambios para 2016	No hubo cambios para 2016	No hubo cambios para 2016

# Producto Rubí

SERVICIOS	Plan de Libre Selección – Rubí 2016
<b>Cubierta Básica</b>	
Admisión hospitalaria 365 días	\$100 de copago - Red Preferida <b>\$200</b> de copago - Fuera de la Red Preferida
Visitas al especialista y subespecialista	<b>\$20.00</b> de copago
Pruebas de esfuerzo físico	<b>40%</b> de coaseguro. Hasta uno (1) por año.
Perfil Biofísico	<b>50%</b> de coaseguro.
Densitometría ósea	Preventiva cubierta al 100% <b>40%</b> de coaseguro (no preventiva).
Medicina nuclear, CT, sonogramas, timpanometría, gamma Knife, tonografía	<b>40%</b> de coaseguro.
Endoscopías, laparoscopia y colonoscopia	<b>40%</b> de coaseguro.
Quimioterapia inyectable	<b>10%</b> de coaseguro
Terapia respiratoria	\$7.00 de copago. Hasta 20 sesiones por año.
Litotricia	<b>30%</b> de coaseguro.

# Producto Rubí

SERVICIOS	Plan de Libre Selección – Rubí 2016
<b>Cubierta Básica</b>	
Sala de emergencia (accidente o enfermedad)	<b>\$75.00</b> de copago para accidente o enfermedad. <b>\$25.00</b> de copago si es recomendado a través de Teleconsulta.
Producción e interpretación de monitoria fetal ambulatoria y 17-alfa-hidroxiprogesterona para embarazos de alto riesgo	<b>40%</b> de coaseguro.
Amniocentesis genética	<b>40%</b> de coaseguro.
Pruebas Diagnósticas tales como electroencefalogramas, ecocardiogramas, electromiogramas, oftalmológicas, neurológicas, velocidad de conducción nerviosa y polisomnografía	<b>40%</b> de coaseguro.
Procedimientos cardiovasculares no invasivos y vasculares no invasivos	<b>40%</b> de coaseguro.
Otros servicios para el Tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo del Autismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes neurológicos – <b>40%</b> de coaseguro</li> <li>Servicios de gastroenterología – <b>40%</b> de coaseguro</li> </ul>

# Cubiertas de Farmacia

- Todos nuestros productos tienen formulario de medicamentos\*
  - Nivel 1: Genérico
  - Nivel 2: Marca Preferido
  - Nivel 3: Marca No Preferido
  - Nivel 4: Productos Especializado
- “Red Preferred” de medicamentos
- Aplica \$0 copago a las siguientes categorías: anti-hipertensivo, anti-diabético, anti-depresivos, hiperlipidemia, fallo cardíaco crónico, anti-convulsivos, anti-sicóticos.

\*pueden requerir terapia escalonada y/o preautorizaciones



# Cubierta de Visión

- Continúa la contratación con Ivision International para servicios de refracción, espejuelos y lentes de contacto.
- **NO es un programa de reembolsos.**
- Cubre un par de la colección *Preferred* con un valor de hasta \$150 por año póliza (montura y lentes de contacto)
- Servicios incluyen:
  - Examen de la vista - \$10 de copago
  - Visión sencilla - \$18 de copago
  - Bifocales - \$20 de copago
  - Lentes de contacto (desechables) - \$36 de copago
  - Monturas - \$18 de copago
- Solamente cubre a través de proveedores participantes

# ¿Preguntas?



*¡Gracias por su atención!*