

## SINDICATO DE TRABAJADORES U.P.R.

### SERVICIOS MÉDICOS-AMBULATORIOS

Generalista	Deducible - \$2.00
Especialista	Deducible - \$6.00
Sub-Especialista	Deducible - \$8.00
Terapias (combinadas)	20 combinadas con manipulaciones, tratamiento de acupuntura para dolor, o terapias físicas; aplica Deducible de \$8.00
Terapia Respiratoria	Máximo de 20 tratamientos año calendario, aplica deducible de \$8.00
Cirugía Ambulatoria	Cubierto
Laboratorios y Rayos X	Cubierto con coaseguro de 20%
Sonogramas	Cubierto (3) por año calendario. Excesos bajo Gastos Médicos Mayores
Tomografías Computarizadas	Cubierto (3) por año calendario, requiere pre-certificación, aplica coaseguro de 20%, Excesos bajo Gastos Médicos Mayores
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto (3) por año calendario, requiere pre-certificación, aplica coaseguro de 20%. Excesos bajo Gastos Médicos Mayores
Pruebas de Medicina Nuclear	Cubierto con coaseguro de 20%
Electrocardiograma y Electroencefalograma	Cubierto con coaseguro de 20%
Pruebas Cardiovasculares y Vasculares	Cubierto con coaseguro de 20% , deducible de Hospital o Facilidad Ambulatoria
Endoscopias	Cubierto con coaseguro de 20%
Laparoscopia	Cubierto, requiere deducible facilidad ambulatoria
Visitas al Podiatra y Quiropráctico	Copago de \$6.00
Litotricia	Cubierto con coaseguro de 20% , requiere pre-certificación
Esterilización	Cubierto, aplica co-aseguro
Vasectomía	Cubierto servicio ambulatorio, aplica co-aseguro
Circuncisión en adultos	No está cubierto
Tratamiento para AIDS	Cubierto como cualquier otra condición. Los tratamientos están limitados a servicios en PR bajo la póliza del plan básico.

### SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Copago de \$0 con pre-certificación y \$0 sin pre-certificación, por admisión e incluye:	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 la contratación con el hospital, materiales desechables y suero, dietas regulares y especiales, servicio regular de enfermeras
Sonogramas	Cubierto
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto
Tomografía Computarizada	Cubierto
Hiperalimentación	Cubierto

### SERVICIOS DE AMBULANCIA

Ambulancia Terrestre	Cubierto cuando sea médicamente justificada. Reembolso hasta un máximo de \$75.00 por viaje, máximo de \$300 por año calendario
Ambulancia Aérea	Cubierto hasta un máximo de \$5,000 por año calendario siempre y cuando haya justificación médica. Se requiere pre-autorización

### SALA DE EMERGENCIA

Enfermedad	\$15.00
Por accidente	\$0

### TRATAMIENTO PARA CÁNCER

Servicios hospitalarios	En facilidades contratadas
Servicios ambulatorios	En facilidades contratadas
Servicios Ambulatorios	Tratamientos de radioterapia, quimioterapia y cobalto, aplica coaseguro de 20%

### SERVICIOS DE MATERNIDAD

Visitas pre y post natales	Cubierto
Hospitalización, uso de sala de operaciones y recuperación, "nursery" e incubadora	Cubierto con co-pago de Hospital, requiere pre certificación
Parto, incluyendo cesárea	Cubierto
Amniocentesis Genética	Cubierto
Monitoría Fetal en el hospital	Cubierto en servicios hospitalarios, no cubierto servicios ambulatorios
Circuncisión	Cubierto para recién nacidos

*Esto es sólo una descripción de beneficios. Para detalles sobre los beneficios, condiciones, limitaciones y exclusiones, refiérase al Certificado de Beneficios.*

SERVICIOS DE PEDIATRÍA	
Vacunas Pedátricas	Cubiertas
Servicios hospitalarios	Cubiertos
SALUD MENTAL	
Servicios Ambulatorios	Visitas al psiquiatra y/o psicólogo con \$8,000 de copago
Servicios Hospitalizados	Hospitalización hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días, menos copago de admisión. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un día de hospitalización regular.
SERVICIOS EN LOS ESTADOS UNIDOS	
Servicios ambulatorios, hospitalizados	A través de MM basado en cargos usuales y acostumbrados cuando los servicios no estén disponibles en PR. Requiere pre-certificación
Servicios fuera de PR de emergencia	Disponibles además por emergencia mientras el asegurado esté de viaje.
Asistencia Médica Internacional de Emergencia Libre de Cargos: 1-866-285-7297 Cargo Revertido; ("Collect") 1-305-913-1872	Cubiertos los primeros \$6,000 en EU y los primeros \$10,000 internacionalmente al 100% por MedAssist. Requiere llamar en o antes de las 48 horas de la emergencia para coordinar servicios y excluye condiciones pre-existent(s)
TRANSPLANTE DE ÓRGANOS	
	Cubierta hasta \$500,000 beneficio máximo año calendario
CUBIERTA GASTOS MÉDICOS MAYORES (MAJOR MEDICAL)	
Deducible y Coaseguro	\$100 deducible inicial y 20% de los primeros \$10,000 (2 por familia)
Máximo Año Calendario	\$1,000,000
Equipo Médico Duradero	Compra o alquiler de sillas de ruedas manual, camas de posiciones y equipo para administrar oxígeno; se requiere pre-autorización
SEGURO DE VIDA	
	Seguro de Vida Básico \$10,000 Muerte Accidental y Desmembramiento \$10,000
CUBIERTA DE FARMACIA	
Plan	P073
Medicamentos de Marca	\$6
Bioequivalentes	\$0
Medicamentos Especializados	\$6 / \$0
Programa Despacho por Correo	<b>Exclusivamente para medicamentos de mantenimiento – Despacho para 90 días.</b>
Medicamentos de Marca	\$15
Bioequivalentes	\$0
Mac A	Bioequivalente como única opción
MDL	Aplica limitación en despacho del medicamento; según recomendación del manufacturero
VISION	
VISION	\$100 cada 12 meses
Examen de Visión	Examen completo (1) incluye refracción por año se pagara un máximo de \$25.00 (Solo por reembolso)
CUBIERTAS ADICIONALES	
TeleNurse	Servicios de orientación de salud por teléfono, con línea telefónica de orientación de salud disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. <b>1-888-666-6334</b>
PAE (Programa Ayuda al Empleado)	Programa de ayuda psicológica para todo empleado y sus dependientes. Visitas ilimitadas coordinadas con las Oficinas de <b>FHC PR 1-888-628-7488</b>

*Esto es sólo una descripción de beneficios. Para detalles sobre los beneficios, condiciones, limitaciones y exclusiones, refiérase al Certificado de Beneficios.*



**Grupo: Sindicato Trabajadores UPR**

**\*\*Programa: Delta Dental PPO**

**\*Resumen de Servicios Dentales Cubiertos**

Efectividad: 03/01/2011

<b>Cubierta A – Servicios de Diagnóstico y Preventivo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exámenes Periódicos de Rutina cada (6) meses.</li> <li>- Exámen de Emergencia, (1) cada (12) meses.</li> <li>- Consulta de Especialista, (1) cada (12) meses.</li> <li>- Radiografías de mordida "bite-wings" cada (6) meses.</li> <li>- Radiografías de toda la dentadura cada (3) años.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Panorámica o " Full Mouth"</li> </ul> </li> <li>- Radiografía Periapical.</li> <li>- Profilaxis dental (limpieza) cada (6) meses para adultos y niños.</li> <li>- Aplicación tópica de Fluoruro para niños menores de 19 años, cada (6) meses.</li> <li>- Mantenedores de espacio en dientes deciduos.</li> <li>- Sellantes para dientes permanentes para niños menores de 14 años.</li> </ul>	<b>100%</b>
<b>Cubierta B – Servicios Regulares de Restauración</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extracciones y cirugía oral, incluyendo cuidado pre y post operatorio, anestesia general.</li> <li>- Restauraciones en Amalgama (Plata), en molares y bicúspides, limitado a cada (24) meses por superficie.</li> <li>- Restauraciones en Resina en dientes anteriores, limitado a cada (24) meses por superficie.</li> <li>- Coronas de acero inoxidable en dientes deciduos.</li> <li>- Endodocia: Incluye tratamiento de canal y relleno del canal para toda la dentadura.</li> <li>- Periodoncia: incluye procedimientos necesarios para las enfermedades de las encías y el hueso que sostiene los dientes, incluye cirugía periodontal.</li> <li>- Exostosis (remoción de sobrehueso).</li> <li>- Frenulectomia (corrección del frenillo).</li> <li>- Reparación simple de dentaduras completas o parciales.</li> <li>- Tratamiento paliativo (tratamiento de emergencia para aliviar el dolor)</li> </ul>	<b>70%</b>
<b>Cubierta C1 - Servicios Especiales de Restauración</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coronas</li> </ul>	<b>50%</b>
<b>Cubierta C2 – Prótesis Removibles y Fijas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puentes Removibles</li> <li>- Puentes Fijos</li> <li>- "Maryland Bridge" (puente moderno)</li> <li>- Dentaduras Completas</li> </ul>	<b>50%</b>
<i>Máximo por persona por año Calendario, para las Cubiertas (A, B y C)</i>	<b>\$ 1,500.00</b>
<b>Cubierta D – Ortodoncia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aparatos de Ortodoncia (Braces)</li> <li>- Tratamiento interceptivo y correctivo</li> <li>- Retenedores</li> <li>- Rompe Hábito para niños hasta los 14 años</li> </ul>	<b>50%</b>
<i>Máximo de por vida en ortodoncia para adultos, niños y estudiantes a tiempo completo.</i>	<b>\$ 1,000.00</b>

Delta Dental of Puerto Rico, Inc.  
 Metro Office Park  
 Guaynabo, PR 00968

Telephone: 939-205-3300  
 Fax: 787-749-2600  
[www.deltadental.com](http://www.deltadental.com)