




Tabla Comparativa de Copagos, Coaseguros y Deducibles*

 CUBIERTAS PROSSAM 2024-2025	 ULTRA	 MAX	 FIT
Servicios Médicos			
Médico Generalista	\$8	\$10	\$15
Especialistas tales como: Médico Internista, de Familia, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Urología, Siquiatría y Sicolología entre otros	\$10	\$18	\$20
Médico Subespecialistas	\$15	\$20	\$25
Laboratorios Clínicos y Radiologías convencionales	30% coaseguro	35% coaseguro	50% coaseguro
Pruebas Especiales, CT, MRI, Sonogramas	30% coaseguro	50% coaseguro	50% coaseguro
Vacunas aprobadas por Departamento de Salud	\$0	\$0	\$0
Servicios en Hospitalizaciones			
Hospitalizaciones	\$75	\$150	\$200
Cirugía Ambulatoria	\$75	\$150	\$200
Servicios en Salas de Emergencias			
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
Servicios en Cuidado Preventivos			
Pruebas Diagnósticas Especializadas tales como: Mamografía, Pap Smear Anual, Pap Test, PSA, Examen Pélvico y del Seno	\$0	\$0	\$0
Servicios de Medicina Alternativa			
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
Servicios de Terapias			
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
Servicios Gastos Médicos Mayores ("Major Medical")			
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
Servicios para la Visión*			
Cubierta de Visión	\$150 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$150 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$100 de Beneficio Máximo y aplica copagos
Servicios Dentales*			
Cubierta Dental	\$1,000 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$500 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$750 de Beneficio Máximo y aplica copagos
Servicios para Medicamentos*			
Cubierta de Farmacia	Los primeros \$1,500, luego de \$1,501 aplica 40% coaseguro	Los primeros \$900, luego de \$901 aplica 50% coaseguro	Los primeros \$750, luego de \$751 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 uso de publicidad y mercadeo. ANUNCIO AUTORIZADO POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.

INGRESA O RENUEVA



1.844.865.2020
TTY: 1.855.665.6605



www.tuplanmaestro.com

Descripción de todas las cubiertas en: