	Metal: ORO
	ORO POS
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
-Individual	0.00
-Familiar	0.00
Deducible Anual para Medicamentos	
-Individual	0.00
-Familiar	0.00
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos Recetados (Combinados)	
-Individual	6,350.00
-Familiar	12,700.00
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
-Accidente con Red Preferida Bella Vista (Nivel 1)	0.00
-Accidente (Nivel 2)	70.00
-Enfermedad con Red Preferida Bella Vista (Nivel 1)	0.00
-Enfermedad (Nivel 2)	70.00
Hospitalización	
-Admisión Hospitalización Red Preferida Bella Vista (Nivel 1)	0.00
-Admisión Hospitalización (Nivel 2)	250.00
-Admisión Hospitalización Psiquiátrica	250.00
-Admisión Hospitalización Psiquiátrica Parcial	150.00
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	150.00
-Asistencia Quirúrgica	No cubierto
Servicios Ambulatorios	
-Generalista (Red Preferida Bella Vista) (Nivel 1)	0.00
-Generalista (Nivel 2)	10.00
-Especialista	15.00
-Sub-Especialista	15.00
-Siquiatría	15.00
-Sicólogo	15.00
-Podiatría	10.00
-Quiropráctico	10.00
-Audiólogo	10.00
-Optómetra	10.00
-Centro de Cirugía Ambulatoria - Red Preferida Bella Vista (Nivel 1)	20%
-Centro de Cirugía Ambulatoria (Nivel 2)	35%
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Medica - Red Preferida Bella Vista (Nivel 1)	20%
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Medica (Nivel 2)	35%
-Procedimientos Endoscópicos - Red Preferida Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Procedimientos Endoscópicos (Nivel 2)	50%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero	
-Terapia Física	50%
-Terapia Respiratoria	50%
-Cuidado de Salud en el Hogar (incluye, entre otros, Terapia del Habla y Ocupacional)	50%
-Equipo Médico Duradero	50% hasta \$5,000 luego 80%
-Manipulaciones de Quiropráctico	10.00

	Metal: ORO
	ORO POS
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	15.00
-Visitas Colaterales	15.00
Farmacia	
-Nivel 1 Medicamentos Genéricos Bioequivalente	10.00
-Nivel 2 Medicamentos de Marca Preferidos	50%
-Nivel 3 Medicamentos de Marca No Preferidos	50%
-Nivel 4 Medicamentos Especializados	50%
-Beneficio Inicial	\$1,500 por individuo
-Luego del Beneficio inicial aplica (de \$1,500.01 en adelante)	80%
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	No cubierto
Programa de Medicamentos Por Correo (si aplica)	
-Generico Bioequivalente	n/a
-Marca Preferida	n/a
-Marca No Preferida	n/a
-Productos Especializados	n/a
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
-Laboratorio - Red Preferida Bella Vista (Nivel 1) (en la mayoría de las pruebas, según aplique)	0%
-Laboratorio (Nivel 2)	40%
-Rayos X - Red Preferida Bella Vista (Nivel 1)	0%
-Rayos X (Nivel 2)	40%
-CT Scan, MRI, MRA (1 por año) - Red Preferida Bella Vista (Nivel 1)	20%
-CT Scan, MRI, MRA (1 por año) (Nivel 2)	50%
-Pet Scan (1 por año) - Red Preferida Bella Vista (Nivel 1)	30%
-Pet Scan (1 por año) - (Nivel 2)	50%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
-Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	0.00
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0.00
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	50%
Servicios de Visión Pediátrica	
-Examen de la vista (Refracción)	10.00
-Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para lentes de Corrección Visual)	20% hasta \$250 luego 80%
Otros Servicios Cubiertos	
-Examen de Refracción (adultos)	10.00
-Ambulancia Aerea en Puerto Rico	50%
-Servicios de Emergencia en EU	50%
-Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	50%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
-Procedimiento de Cirugía Bariátrica	150.00
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	
-Nutricionista	Hasta \$20 por reembolso
Cubierta Dental	
-Diagnostico y Preventivo	0.00
-Mantenedores de Espacio	No cubierto