



Tu Plan Maestro de Beneficios de Salud

TABLA COMPARATIVA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

CUBIERTAS PROSSAM 2026-2027



SALUD PARA CADA ETAPA DE TU CARRERA

SERVICIOS MÉDICOS	♥ ULTRA	★ MAX	● FIT
Médico Generalista	\$8	\$10	\$15
Especialista Especialistas tales como: Médico Internista, de Familia, Ginecólogo y Obstetra, Pediatra, Urólogo, Psiquiatra y Psicólogo.	\$10	\$18	\$20
Médico Subespecialista	\$15	\$20	\$25
Laboratorios Clínicos y Radiología convencional	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 EMERGENCIA			
Salas de Emergencia / Enfermedad Aguda	\$40	\$75	\$100
Salas de Emergencia / Enfermedad Aguda Referido por TeleSalud 1-866-460-6217	\$0	\$0	\$0
Salas de Emergencia / Trauma	\$0	\$0	\$0
SERVICIOS EN CUIDADO PREVENTIVO			
Pruebas diagnósticas especializadas Mamografía, Pap Smear anual, Pap Test, PSA, Examen Pélvico y Seno	\$0	\$0	\$0
SERVICIOS EN MEDICINA ALTERNATIVA			
Nutricionista Quiropráctico	\$10 y 12 visitas anuales \$10 y 20 sesiones anuales	\$18 y 12 visitas anuales \$18 y 20 sesiones anuales	\$20 y 12 visitas anuales \$20 y 20 sesiones anuales
SERVICIOS EN 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 Ocupacionales	\$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 VISION			
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 \$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, Medicamentos contra el cáncer hasta \$5,000



* Este es un resumen comparativo de algunos copagos, coaseguros y deducibles de su cubierta.

Para detalles más específicos de su cubierta, favor referirse a la Guía de Suscriptor. Documento para uso de publicidad y mercadeo.

INGRESA O RENUEVA

1.844.865.2020

TTY: 1.855.665.3427

Visita

www.tuplanmaestro.com