



4 de febrero de 2009

Carta Circular: C-P-02-09

A todos los proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

Re: AMGEN

Estimado proveedor: Reciban un saludo cordial de todos los que laboramos en Humana. Queremos recordarle que AMGEN nos ha seleccionado como su administrador del plan médico para el cuidado de la salud a partir del 1 de enero de 2009. Es parte de nuestro compromiso continuar expandiendo el negocio comercial de Humana en Puerto Rico.

Agradecemos a AMGEN por la confianza que ha depositado en nosotros y de igual manera a ustedes por ser parte integral de nuestra Red de Proveedores. Es posible que reciban llamadas de los empleados de AMGEN o de sus dependientes para confirmar su estatus como participante de Humana. Contamos con ustedes para continuar ofreciendo el servicio de excelencia que siempre han demostrado.

Le incluimos los Resúmenes de Beneficios para los suscriptores de AMGEN. De necesitar información adicional relacionada a esta cubierta se puede comunicar con nuestro Departamento de Servicio al Proveedor libre de cargos al 1-800-314-3121.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink that reads "Marielli Moró".

Marielli Moró
Directora
Contrataciones y Red de Proveedores

anejo



Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

AMGEN PPO II - Exclusive

Resumen de Copagos, Coaseguros y Deducibles

Servicios en nuestra red de proveedores participantes deberá pagar lo siguiente:

Servicios de Hospitalización	
Admisión General o Psiquiátrica	\$0.00, si no pre autoriza \$50.00
Servicios Ambulatorios	
Visita al generalista	\$8.00
Visita a otros especialistas	\$8.00
Visita al sub-especialista	\$8.00
Visita al podiatra	\$8.00
Visita a psiquiatra y psicólogos	\$8.00
Terapias respiratorias	\$0.00
Rayos X y laboratorios	20% de coaseguro
Pruebas diagnósticas o especializadas	20% de coaseguro
Vacunas	\$0.00
Cirugía ambulatoria	\$0.00
Pruebas y vacunas de alergias	\$0.00
Visitas a nutricionista	3 visitas al año \$8.00 de copago
Terapias: cognitiva, física, quiropráctico, ocupacional, rehabilitación cardiaca y pulmonar.	\$8.00 hasta un máximo combinado de 60 terapias
Terapia del habla (con necesidad médica)	
Examen físico preventivo anual, incluyendo visita médica, vacunas, laboratorios y rayos X	\$8.00 máximo de \$300.00 por año en facilidades contratadas
Servicios en Sala de Emergencias	
Por enfermedad	\$25.00
Trauma o accidente	\$0.00
Servicios de Ambulancia	
Transportación terrestre y aérea	Cubierta al 100% aplica protocolo de emergencia
Servicios de Maternidad	
Visitas	\$8.00 aplica a primera visita solamente
Monitoría fetal durante el parto	Cubierto al 100%
Monitoría fetal ambulatoria	20% de coaseguro
Vacuna Rhogam	Cubierto al 100% con necesidad médica
Amniocentesis genética	20% coaseguro con necesidad médica
Servicios de Alcoholismo y Dependencia de Sustancias	
Visitas ambulatorias	\$8.00 de copago por visita hasta 30 visitas por año calendario
Hospitalizaciones	\$0.00 de copago por admisión; se requiere pre certificación hasta 30 días por año calendario
Servicios fuera de Puerto Rico	
Emergencias	Cubiertas al 100%
Otros Servicios <small>Estos servicios requieren pre autorización</small>	
Facilidades de Enfermería Especializada	\$0.00, máximo 60 días
Servicios de Salud en el Hogar	\$0.00, máximo 60 días
Hospicio	\$0.00, hasta un máximo de 6 meses
Equipo médico duradero	hasta un máximo anual de \$15,000
Aparatos prostéticos	hasta un máximo anual de \$15,000
Farmacia	
Medicamentos	\$6.00 marca \$6.00 bio-equivalente
Suplido	15 días condiciones agudas 30 días mantenimiento
Medicamentos por correo	\$15.00
Suplido	90 días
Cubierta de Visión por reembolso	
Examen de la vista	\$35, 1 cada 12 meses
Lentes	un par cada 12 meses
	• Sencillo - \$48
	• Bifocal - \$72
	• Trifocal - \$96
	• Lenticular - \$120
Lentes de contacto	\$72, un par cada 12 meses
Lentes de contacto	\$360, después de una cirugía de cataratas o cuando no se puede corregir la agudeza visual
Monturas	\$30, una cada 24 meses
Dental DE-9	
Servicios diagnóstico / preventivos *	100%
Servicios restaurativos básicos *	20%
Servicios restaurativos mayores *	50%
Servicios de endodoncia *	20%
Servicios periodontales *	20%
Servicios de prostodoncia *	50%
(removible y fija)	
Cirugía oral *	20%
Servicios de Ortodoncia **	50%
Nota:	
*	Hasta un máximo combinado de \$1,500.00 por año póliza.
**	Hasta un máximo de \$1,000.00 de por vida.



Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

AMGEN PPO II - Exclusive

Copayments, Coinsurance and Deductible Summary

For In network services you should pay the following:

Hospital Services	
General or psychiatric admission	\$0.00, Without pre authorization \$50.00
Ambulatory Services	
Generalist visit	\$8.00
Other specialists visits	\$8.00
Sub-specialist visits	\$8.00
Psychiatric and Psychologist visits	\$8.00
Podiatrist visits	\$8.00
Respiratory therapies	\$0.00
X Rays and laboratories	20% coinsurance
Diagnostic or specialized tests	20% coinsurance
Immunizations	\$0.00
Ambulatory surgery	\$0.00
Allergy tests and vaccines	\$0.00
Nutritionist visits	3 visits per year \$8.00 copayment
Therapies: cognitive, physical, chiropractic, occupational, cardiac and pulmonary rehab.	\$8.00 copayment maximum of 60 combined sessions
Speech therapy (with medical necessity)	
Preventive annual physical exam including doctor's visits, immunizations, laboratories and X Rays	\$8.00 copayment maximum of \$300.00 per year in contracted facilities
Emergency Room Services	
Per illness	\$25.00
Accident or trauma	\$0.00
Ambulance	
Ground or air transportation	Covered at 100% emergency protocol applies
Maternity Services	
Visits	\$8.00 copayment for the first visit only
Fetal monitoring during delivery	Covered 100%
Ambulatory fetal monitoring	20% coinsurance
Rhogam vaccine	Covered 100% with medical necessity
Genetic amniocentesis	20% coinsurance with medical necessity
Alcoholism and Substance Abuse Services	
Ambulatory visits	\$8.00 copay per visits up to 30 visits per calendar year
Hospital services	\$0.00 copay per admission; pre certification required up to 30 days per calendar year
Other Services <small>These services require preauthorization</small>	
Skilled nursing facilities	\$0.00 60 days maximum
Home health services	\$0.00 60 days maximum
Hospice	\$0.00 up to a maximum of 6 months
Durable medical equipment	annual maximum of \$15,000
Prosthetic appliances	annual maximum of \$15,000
Pharmacy	
Prescription Drugs	\$6.00 brand name \$6.00 generic
Supply	15 days acute conditions 30 days maintenance
Mail order	\$15.00
Supply	90 days
Vision Coverage by reimbursement	
Eye examination	\$35, 1 every 12 months
Lenses	one pair every 12 months <ul style="list-style-type: none"> • Single vision - \$48 • Bifocal - \$72 • Trifocal - \$96 • Lenticular - \$120
Contact lenses	\$72, one pair every 12 months
Contact lenses	\$360, following cataract surgery or when acuity can not be corrected
Frames	\$30, one pair every 12 months
Dental DE-9	
Diagnostic / preventive services*	100%
Basic restorative services *	20%
Major restorative services*	50%
Endodontic services *	20%
Periodontal services *	20%
Prosthodontic *	50%
(fixed and removable)	
Oral surgery *	20%
Orthodontic services**	50%
Note:	
	* Up to a combined maximum of \$1,500.00, per policy year.
	** Lifetime maximum of \$1,000.00.

All benefits described in this summary are based on Humana Puerto Rico contracted fees.
Note: This document is for informational purposes. The Summary Plan Description will be the guiding document in the event of any discrepancy.



Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

AMGEN PPO I - Preferred

Resumen de Copagos, Coaseguros y Deducibles

Servicios en nuestra red de proveedores participantes deberá pagar lo siguiente:

Servicios de Hospitalización

Admisión General o Psiquiátrica \$50.00 si no pre autoriza \$300.00

Servicios Ambulatorios

Visita al generalista	\$10.00
Visita a otros especialistas	\$10.00
Visita al sub-especialista	\$10.00
Visita al podiatra	\$10.00
Visita a psiquiatras y psicólogos	\$10.00
Terapias respiratorias	\$0.00
Rayos X y laboratorios	20% de coaseguro
Pruebas diagnósticas o especializadas	20% de coaseguro
Vacunas	\$0.00
Cirugía ambulatoria	\$50.00
Pruebas y vacunas de alergias	\$0.00
Visitas a nutricionista	3 visitas al año \$10.00 de copago
Terapias: cognitiva, física, quiropráctico, ocupacional, rehabilitación cardíaca y pulmonar.	\$10.00 hasta un máximo combinado de 60 terapias
Terapia del habla (con necesidad médica)	
Examen físico preventivo anual, incluyendo visita médica, vacunas, laboratorios y rayos X	\$10.00 máximo de \$300.00 por año en facilidades contratadas

Servicios en Sala de Emergencias

Por enfermedad	\$35.00
Trauma o accidente	\$0.00

Servicios de Ambulancia

Transportación terrestre y aérea Cubierta al 100% aplica protocolo de emergencia

Servicios de Maternidad

Visitas	\$10.00 aplica a primera visita solamente
Monitoría fetal durante el parto	Cubierto al 100%
Monitoría fetal ambulatoria	20% de coaseguro
Vacuna Rhogam	Cubierto al 100% con necesidad médica
Amniocentésis genética	20% coaseguro con necesidad médica

Cubierta Fuera de la Red de Proveedores

Al solicitar servicios fuera de la red de proveedores contratados deberá acumular lo siguiente:

Deducible anual	\$300.00 individual y \$600.00 familiar
Coaseguro	20%
Desembolso máximo anual	\$2,000.00 individual y \$4,000.00 familiar
Máximo de por vida	Ilimitado

Servicios de Alcoholismo y Dependencia de Sustancias

Visitas ambulatorias	\$10.00 de copago por visita hasta 30 visitas por año calendario
Hospitalizaciones	\$50.00 de copago por admisión; se requiere pre certificación hasta 30 días por año calendario

Servicios Fuera de Puerto Rico

Facilidades contratadas	Cubiertos con copagos y coaseguros aplicables
Facilidades no contratadas	Cubiertos al 80% luego del deducible
Emergencias	Cubiertos al 100%

Cubierta de Visión por reembolso

Examen de la vista	\$35, 1 cada 12 meses
Lentes	un par cada 12 meses
	• Sencillo - \$48
	• Bifocal - \$72
	• Trifocal - \$96
	• Lenticular - \$120
Lentes de contacto	\$72, un par cada 12 meses
Lentes de contacto	\$360, después de una cirugía de cataratas o cuando cuando no se puede corregir la agudeza visual
Monturas	\$30, una cada 24 meses

Otros Servicios

Estos servicios requieren pre autorización	
Facilidades de Enfermería Especializada	\$0.00 máximo 60 días
Servicios de Salud en el Hogar	\$0.00 máximo 60 días
Hospicio	\$0.00 hasta un máximo de 6 meses
Equipo médico duradero	hasta un máximo anual de \$15,000
Aparatos prostéticos	hasta un máximo anual de \$15,000

Farmacia

Medicamentos	\$10.00 marca
	\$10.00 bio-equivalente
Suplido	15 días condiciones agudas
	30 días mantenimiento
Medicamentos por correo	\$15.00
Suplido	90 días

Dental DE-9

Servicios diagnóstico / preventivos *	100%
Servicios restaurativos básicos *	20%
Servicios restaurativos mayores *	50%
Servicios de endodoncia *	20%
Servicios periodontales *	20%
Servicios de prostodoncia *	50%
(removible y fija)	
Cirugía oral *	20%
Servicios de ortodoncia **	50%

Nota:

* Hasta un máximo combinado de \$1,500.00 por año póliza.

** Hasta un máximo de \$1,000.00 de por vida.



Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

AMGEN PPO I - Preferred

Copayments, Coinsurance and Deductible Summary

For In network services you should pay the following:

Hospital Services	
General or psychiatric admission	\$50.00, without pre authorization \$300.00
Ambulatory Services	
Generalist visit	\$10.00
Other specialists visits	\$10.00
Sub-specialist visits	\$10.00
Psychiatric and Psychologist visits	\$10.00
Podiatrist visits	\$10.00
Respiratory therapies	\$0.00
X Rays and laboratories	20% coinsurance
Diagnostic or specialized tests	20% coinsurance
Immunizations	\$0.00
Ambulatory surgery	\$50.00
Allergy tests and vaccines	\$0.00
Nutritionist visits	3 visits per year, \$10.00 copayment
Therapies: cognitive, physical, chiropractic, occupational, cardiac and pulmonary rehab.	\$10.00 up to a maximum of 60 combined sessions
Speech therapy (with medical necessity)	
Preventive annual physical exam including doctor's visits, immunizations, laboratories and X Rays	\$10.00, maximum of \$300.00 per year in contracted facilities
Emergency Room Services	
Per illness	\$35.00
Accident or trauma	\$0.00
Ambulance	
Ground or air transportation	Covered to a 100%, emergency protocol applies
Maternity Services	
Visits	\$10.00, applies to first visit only
Fetal monitoring during delivery	Covered to a 100%
Ambulatory fetal monitoring	20% coinsurance
Rhogam vaccine	Covered to a 100% with medical necessity
Genetic amniocentesis	20% coinsurance with medical necessity
Out of Network Coverage	
When you go out of network you should accumulate the following	
Annual deductible	\$300.00 individual and \$600.00 family
Coinsurance	20%
Maximum out of pocket	\$2,000.00 individual and \$4,000.00 family
Lifetime maximum	Unlimited
Alcoholism and Substance Abuse Services	
Ambulatory visits	\$10.00 copay per visits up to 30 visits per calendar year
Hospital services	\$50.00 copay per admission; pre certification required up to 30 days per calendar year
Out of Puerto Rico Services	
In network	Covered with applicable copayments and coinsurances
Out of network	Covered to a 80% after deductible
Emergencies	Covered to a 100%

Vision Coverage by reimbursement

Eye examination	\$35, 1 every 12 months
Lenses	one pair every 12 months <ul style="list-style-type: none"> • Single vision - \$48 • Bifocal - \$72 • Trifocal - \$96 • Lenticular - \$120
Contact lenses	\$72, one pair every 12 months
Contact lenses	\$360, following cataract surgery or when acuity can not be corrected
Frames	\$30, one pair every 24 months

Other Services These services require pre authorization

Skilled nursing facilities	\$0.00, 60 days maximum
Home health services	\$0.00, 60 days maximum
Hospice	\$0.00 up to a maximum of 6 months
Durable medical equipment	annual maximum of \$15,000
Prosthetic appliances	annual maximum of \$15,000

Pharmacy

Prescription Drugs	\$10.00 brand name \$10.00 generic
Supply	15 days acute conditions 30 days maintenance
Mail order	\$15.00
Supply	90 days

Dental DE-9

Diagnostic / preventive services*	100%
Basic restorative services*	20%
Major restorative services*	50%
Endodontic services*	20%
Periodontal services*	20%
Prosthodontic*	50%
(fixed and removable)	
Oral surgery*	20%
Orthodontic services**	50%

Note:

* Up to a combined maximum of \$1,500.00, per policy year.

** Lifetime maximum of \$1,000.00.