

AUXILIO ESTÁS CUBIERTO

AMPLIA RED DE PROVEEDORES:
Médicos • Hospitales • Farmacias • Dentistas
Cubierta Completa y Confiable

Servidores Públicos Unidos



CUBIERTA DE BENEFICIOS: DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS	CLASSIC MODIFICADA	ÚNICA 1	ÚNICA PREFERIDA
ESTIMADO DE TARIFAS CUBIERTA: MEDICA / FARMACIA / DENTAL / OT / PAE / VIDA \$16.5k / ASISTENCIA CARR., VIA J., HOGAR., FUNERAL, TRANS.			
Empleado	AP + \$40	AP + \$80	AP + \$100
Empleado + 1	\$377.00	\$546.00	\$599.00
Empleado + 2	\$501.00	\$667.00	\$729.00
Empleado + 3 o más	\$527.00	\$708.00	\$779.00
Máximo desembolso para servicios médicos, hospitalarios y farmacia (MOOP)		\$6,350 Individual / \$12,700 Familiar	
Hospital			
Parcial (Incluido Salud Mental)	*\$0.00/\$100.00	*\$0.00/\$100.00	*\$0.00/\$100.00
Completa (Con preautorización)	*\$0.00/\$250.00	*\$0.00/\$250.00	*\$0.00/\$250.00
Completa (Sin preautorización)	\$250.00	\$250.00	\$250.00
Sala de Emergencias			
Accidente	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Enfermedad	*\$0.00/\$75.00	*\$0.00/\$75.00	*\$0.00/\$75.00
Servicios Ambulatorios			
Laboratorios/ Rayos X	*0% / 40%	*0% / 40%	*0% / 30%
Sonogramas / Medicina Nuclear	*0% / 40%	*0% / 40%	*0% / 30%
MRI / MRA / CT Scan / PET Scan / PET-CT Scan	*20% / 40%	*20%/35%	*20% / 30%
Visitas Médicas			
Generalista	\$12.00	\$10.00	*\$0.00 / \$8.00
Especialista	\$18.00	\$15.00	\$15.00
Subespecialista	\$20.00	\$18.00	\$18.00
Quiropráctico	\$18.00	\$15.00	\$15.00
Podiatra / Audiólogo / Optómetra	\$18.00	\$15.00	\$15.00
Psiquiatra / Psicólogo	\$18.00	\$15.00	\$15.00
Terapias			
Terapia Física	\$12.00	\$12.00	\$10.00
Terapia Respiratoria	\$12.00	\$12.00	\$10.00
Manipulaciones Quiropráctico	\$12.00	\$12.00	\$10.00
Equipo Médico Duradero	30%	30%	30%
Cirugía Ambulatoria	\$100.00	\$75.00	\$75.00

*Servicios con copagos en la Red Preferida (RP)

CUBIERTA DE BENEFICIOS: DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS		CLASSIC MODIFICADA	ÚNICA 1	ÚNICA PREFERIDA
Máximo desembolso para servicios médicos, hospitalarios y farmacia (MOOP)		\$6,350 INDIVIDUAL / \$12,700 FAMILIAR		
Otros				
Procedimientos Oficina Médica		\$100.00	\$75.00	\$75.00
Cuidado Médico en el Hogar		\$50.00	\$50.00	\$50.00
Servicios Preventivos (Adultos, Niños, Mujeres)		\$0.00	\$0.00	\$0.00
Inmunización Preventiva (Vacunas Adultos y Niños)		\$0.00	\$0.00	\$0.00
Inmunización (Vacuna virus respiratorio sincitial)		50%	50%	50%
Quimioterapia		20%	20%	20%
Servicios EE. UU.				
Emergencias		20%	20%	20%
Servicios No Disponibles en PR		20%	20%	20%
Dental y Visión Máximo por persona por año calendario \$1,000.00		ASP Dental Visión Med -1 (1)	ASP Dental Visión Med -1 (3)	ASP Dental Visión Med -1 (3)
Diagnóstico y Preventivo		0%	0%	0%
Restaurativo Básico		30%	30%	30%
Coronas / Prostodoncia		N/A	50%	50%
Ortodoncia (Beneficio Máximo \$1,000 Por Vida)		N/A	50%	50%
Visión		\$130.00 anual	\$130.00 anual	\$130.00 anual
Trasplantes de Órganos				
Cubiertos al 100% hasta un máximo de \$500,000.00 por asegurado por año de póliza.				
Términos y condiciones en la póliza matriz.				

CLASSIC MODIFICADA			ÚNICA 1		
Farmacia	30 Días	90 Días	Farmacia	30 Días	90 Días
Deducible anual para Farmacia	\$60.00		Deducible anual para Farmacia	\$60.00	
Bioequivalentes (Primera Opción)	\$15.00	\$30.00	Bioequivalentes (Primera Opción)	\$15.00	\$30.00
Marca Preferida	25% min \$25.00	25% min \$50.00	Marca Preferida	20% min \$30.00	20% min \$60.00
Marca No Preferida	30% min \$30.00	30% min \$60.00	Marca No Preferida	25% min \$35.00	25% min \$70.00
Productos Especializados	40%	N/A	Productos Especializados	40%	N/A
Medicamentos Fuera Recetario (OTC) (100% = No Cubierto)	N/A	N/A	Medicamentos Fuera Recetario (OTC) (100% = No Cubierto)	N/A	N/A
Beneficio Máximo	N/A		Beneficio Máximo	N/A	
Beneficio Luego del Máximo	N/A		Beneficio Luego del Máximo	N/A	

ÚNICA PREFERIDA		
Farmacia	30 Días	90 Días
Deducible anual para Farmacia	\$50.00	
Bioequivalentes (Primera Opción)	\$15.00	\$30.00
Marca Preferida	15% min \$25.00	15% min \$50.00
Marca No Preferida	20% min \$30.00	20% min \$60.00
Productos Especializados	40%	N/A
Medicamentos Fuera Recetario (OTC) (100% = No Cubierto)	N/A	N/A
Beneficio Máximo	N/A	
Beneficio Luego del Máximo	N/A	

TODAS NUESTRAS CUBIERTAS CUENTAN CON EL PROGRAMA DE MULTIASISTENCIA REDBRIDGE ELITE.

787.919.7988

Seguro de Vida de Multinational Insurance
por \$16,500.00 en todas nuestras cubiertas.



Red de Médicos,
Facilidades y Farmacia



Red Dental

