



MAPFRE Life Insurance Company of Puerto Rico



INFORMACIÓN PLAN MÉDICO Servidores Públicos Unidos (SPU)

OPCIONES

	CLASSIC MODIFICADA	UNICA 1	UNICA PREFERIDA
Individual	\$293.05	\$308.35	\$341.25
Pareja	\$445.35	\$619.55	\$693.55
Familiar	\$613.85	\$804.55	\$900.55

Las tarifas presentadas contemplan los beneficios de Servicios Médicos, Trasplante de Órganos, Gastos Médico Mayores, Farmacia, Dental, Seguro de Vida y Visión. Tarifas efectivas en 9-1-2026 a 8-31-2027

Programa Redbridge: Asistencia en carretera, asistencia al viajero, asistencia en el hogar, servicio funerario y Transita (asistencia de transporte). Este servicio es proporcionado exclusivamente por Redbridge.

Accesa los **valores añadidos** de tu Plan Médico



Muestra tu tarjeta del plan médico **Mapfre Salud** y disfruta de un descuento en **10%** en los Mealpack de 5 a 10 platos.



- Plataforma y herramienta interactiva en formato iPhone y Android.
- Seguimiento de datos de salud donde registrar y monitorear medicamentos, signos vitales, condiciones crónicas, vacunas y hábitos para mantener una visión precisa de su salud.
- Almacena de forma segura sus datos clínicos incluyendo planes de atención o cuidado
- Registro con otros dispositivos permitiendo sincronización automática de datos como actividad física y signos vitales.
- Registro seguro y acceso a Programas Embarazo Saludable y Mapfre Mejora Tu Salud.



Presenta tu tarjeta de plan médico para recibir un descuento de **10%** en el pago mensual en la cadena de gimnasios HCOA FITNESS.
Página <https://www.hcoafitness.com>



Asistencia Médica Internacional
Cubiertos los primeros **\$6,000** en EU y los primeros **\$10,000** Internacionalmente al 100%. Requiere llamada en las primeras 48 horas de la emergencia y excluye condiciones pre-existentes. **Libre de costo 1.866.285.7297**



Al registrarse al programa te beneficias de:

- Copago accesible desde \$15 por suplido
- Puedes ordenar por teléfono y solicitar entrega a tu hogar u oficina

Suscríbete llamando al 787.250.5127 o al 787.364.1019 (24/7)



Es una aplicación móvil orientada al servicio del cliente. Puedes acceder a:

- Directorio de Proveedores
- Tarjeta del Plan, entre otros



Instrumento que te brinda como asegurado el control de su plan de salud y sus pólizas. Con variedad de funciones, entre ellas: 24/7

- Acceso a tu historial de Explicación de Beneficios (EOB)
- Gestiona y registra tu solicitud de una preautorización



Seguro de Vida

Al escoger una de estas opciones cuentas con un beneficio adicional de \$15,000 por muerte natural

Para información te puedes comunicar al
787.627.5519 o WhatsApp

MAPFRE PUERTO RICO – Aplicación Móvil MIS SEGUROS



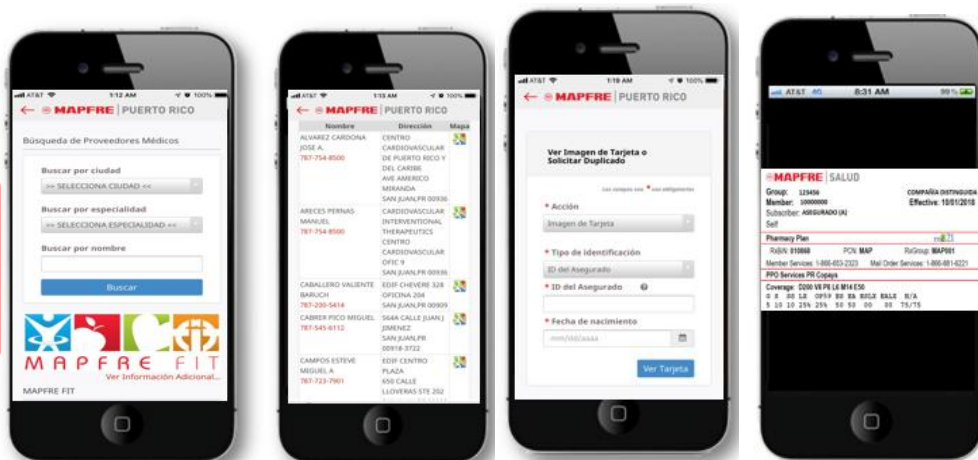
Mis Seguros
MAPFRE | Puerto Rico

Disponible en App Store

Disponible en Google Play

Servicio al alcance de tu mano
¡Descárgala ya!

- ❖ Búsqueda de Proveedores
- ❖ Tarjeta de Salud Electrónica
- ❖ Solicitar Duplicado de Tarjeta
- ❖ Información de Cubierta
- ❖ Certificación de Cubierta
- ❖ Preautorizaciones



© 2012 MAPFRE | Puerto Rico. All rights reserved.



Beneficios y Descuentos con Proveedores pensados para ti

- **Montehiedra MRI & CT Center** (San Juan):



- -25% de descuento al total del coaseguro que le corresponda en servicios de Rayos-X, MRI y CT Scan.

Ejemplo: Si el coaseguro es \$100, disfrutará de un 25% de descuento de este total, y pagará \$75.

- **Sononuclear Imaging Center** – (San Juan):



- -15% de descuento al coaseguro en PET CT (Whole Body), Bone Scan with SPECT 3, 3 phase Bone Scan, MUGA, Myocardial Perfusion, Exercise test, Gallium SPECT, Parathyroid Scan.

Ejemplo: Si el coaseguro es \$100, disfrutará de un 15% de descuento de este total, y pagará \$85.

- **Laboratorios Teresita** (Bayamón, Bayamón II, Caguas, Canóvanas, Cataño, Dorado, Hormigueros, San Juan, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja):



- -25% de descuentos al coaseguro del asegurado en servicios de laboratorios. Ejemplo: Si el coaseguro es \$100, disfrutará de un 25% de descuento de este total, y pagará \$75.
- Descuento no aplica a Laboratorios de referencia o enviados a USA, aplica el coaseguro regular de LX.

...Te cuidamos

- **Laboratorios Toledo** (Aguada, Arecibo, Caguas, Florida Mayagüez, Ponce San Juan)



- -25% de descuentos al coaseguro del asegurado en servicios de laboratorios.

Ejemplo: Si el coaseguro es \$100, disfrutará de un 25% de descuento de este total, y pagará \$75).

- Descuento no aplica a Laboratorios de referencia o enviados a USA; aplica el coaseguro regular de LX.

- **Salud Integral de la Montaña**: Barranquitas, Bayamón I, Bayamón II, Comerío, Corozal, Dorado, Naranjito, Orocovi, Toa Alta I, Toa Alta II)



- \$0 de copago en Generalistas.
- -50% de descuento en copago de Especialistas y Subespecialistas.

Ejemplo: Copago de \$30 Especialista, pagará \$15

- **Costa Salud Community Health Centers** (Aguada, Moca y Rincón):



- \$0 copago en servicios médicos, medicina general, medicina interna y medicina de familia.
- Primera visita a Nutricionista sin copago.

- **Hospital de la Concepción**, Carr #2 Km 173.4, Hospital de la Concepción Sala de Emergencia Hormigueros, Hospital de la Concepción Sala de Emergencia Sabana Grande, Hospital de la Concepción San Germán Pueblo:



- -20% descuento al copago de hospitalización. Ejemplo Si el copago es \$100, pagará \$80
- -20% de descuentos al coaseguro del asegurado en servicios de laboratorios.

Ejemplo: Si el coaseguro es \$100, disfrutará de un 20% de descuento de este total, y pagará \$80).

- No aplica descuentos a laboratorios de referencia o enviados a EUA.
- -20% de descuento al coaseguro en servicios de Rayos-x, incluyendo MRI y CT Scan.

Ejemplo: Si el coaseguro es \$100, disfrutará de un 20% de descuento de este total, y pagará \$80).

- **Doctors' Center Hospital** (Arecibo, Bayamón, Carolina Dorado, Manatí, Santurce):



- -25% de descuento al coaseguro del asegurado en servicios de laboratorios. Laboratorios de referencia o enviados a USA aplica coaseguro regular de LX.
- -25% de descuento al coaseguro del asegurado en servicios de rayos-x convencional. **Excluye** sonomamografías, MRI, CT y sonogramas vasculares.
- \$0 en hospitalizaciones a través de Sala de Emergencia.

Ejemplo: Si el coaseguro es \$100, disfrutará de un 25% de descuento de este total, y pagará \$75).

Edificio Mapfre
297 calle César González, San Juan PR 00918-1739

PO Box 70297, San Juan PR 00936-8297

T 787.622.7780 T 1.888.835.3634 F 787.622.7775 W www.mapfre.pr



Nombre del grupo: SERVIDORES PÚBLICO UNIDOS (SPU)

Plan FlexiChoice 1 Classic Modificada

Fecha de efectividad: 9/1/2026

Servicios Médico-Ambulatorios

Generalista	Cubierto - Aplica copago \$12.
Especialista	Cubierto - Aplica copago \$18.
Sub Especialista	Cubierto - Aplica copago \$20.
Podiatra	Cubierto - Aplica copago \$18.
Quiropráctico	Cubierto - Aplica copago \$18.
Terapia Física	Aplica copago - \$12 Máximo de 20 sesiones por año póliza combinadas con: manipulaciones, tratamiento de acupuntura para dolor o terapias físicas.
Terapia Respiratoria	Aplica copago - \$12 tratamientos por año póliza.
Cirugía Ambulatoria	Cubierto - Aplica copago \$250 - Requiere precertificación.
Tratamiento para SIDA	Cubierto como cualquier otra condición. Los tratamientos están limitados a servicios en PR bajo la póliza del plan básico.
Laboratorios y Rayos X	Cubierto - Aplica coaseguro 40%.

Pruebas Especializadas Cubierto - Aplica coaseguro 40%

Sonogramas No Obstétricos	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza.
Tomografías computarizadas (CT Scan)	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza.
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza - Requiere precertificación.
Angiografía por Resonancia Magnética (MRA)	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza - Requiere precertificación.
Polisomnografía	Cubierto - Uno (1) por vida.
Endoscopías	Cubierto.
Laparoscopia	Cubierto - Requiere precertificación y aplica deducible de facilidad ambulatoria.
Inyecciones Intra-articulares	Cubierto.
Vasectomía	Cubierto.

Servicios de Hospitalización

\$250 / Requiere precertificación e incluye:	Habitación semi-privada, Unidad de Cuidado Intensivo, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario, Intensivo Pediátrico y Neonatal, uso de salas de operaciones y recuperación, oxígeno y su administración, laboratorios y rayos x, medicinas ordenadas por el médico que estén incluidas en la contratación con el hospital, materiales desechables y suero, dietas regulares y especiales, servicio regular de enfermeras.
Sonogramas, Tomografía Computarizada	Cubierto.
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto.
Hiperalimentación	Cubierto.
Esterilización	Cubierto. Aplica coaseguro 40%. Requiere precertificación.
Litotricia	Cubierto. Aplica coaseguro 40%. Requiere precertificación.

Servicios de Ambulancia

Ambulancia Terrestre	Cubierto cuando sea médicamente justificado. Reembolso hasta un máximo de \$75, por viaje, máximo de \$300 por año póliza.
Ambulancia Aérea	Cubierto hasta un máximo de \$5,000, por año póliza, basado en necesidad médica. Se requiere pre-autorización de MAPFRE por parte del proveedor.

Sala de Emergencia

Por Accidente	Cubierto - Aplica copago \$0 - Todo incluido. Según servicios cubiertos estipulados en la póliza.
Enfermedad	Cubierto - Aplica copago \$75 - Todo incluido.

Tratamiento para el Cáncer

Servicios Hospitalarios	Cubierto en facilidades contratadas.
Servicios Ambulatorios	Aplica coaseguro 20%. Tratamiento de Radioterapia y Cobalto. Aplica coaseguro 20%. Servicios de Quimioterapia.

Servicios de Maternidad

Visitas pre y post natales	Cubierto.
Hospitalización, uso de sala de operaciones y recuperación, "nursery" e incubadora	Cubierto - Aplica \$250 copago de hospitalización.
Parto, incluyendo cesárea	Cubierto.
Amniocentesis Genética	Cubierto.
Perfil Biofísico	Aplica coaseguro 40%. Cubierto - Uno (1) por embarazo.
Monitoria Fetal en el hospital	Cubierto en servicios hospitalarios - No cubierto servicios ambulatorios.
Circuncisión	Cubierto.

Edificio Mapfre
297 calle César González, San Juan PR 00918-1739

PO Box 70297, San Juan PR 00936-8297

T 787.622.7780 **T** 1.888.835.3634 **F** 787.622.7775 **W** www.mapfre.pr



Servicios de Pediatría

Vacunas	Cubierta, según Reforma Federal.
Servicios hospitalarios	Incluidos en la cubierta de hospitalización.

Salud Mental

Servicios Ambulatorios	Aplica copago \$18 . Visitas al siquiatra y/o psicólogo.
Servicios Hospitalizados	Aplica \$250 copago de de hospitalización. Hospitalización hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un día de hospitalización regular.

Trasplante de Órganos

Beneficio	\$1,000,000 máximo año póliza - Aplica copago, coaseguro y límites establecidos de la póliza.
-----------	--

Cubierta de Farmacia

Formulario de Farmacia	P073B.
Costo Máximo Permitido	MAC A
Deducible Inicial por asegurado	\$60
Medicamentos con costo menos de \$15	No cubiertos.
Máximo Anual por asegurado	Hasta \$3,000 . Luego del máximo, no cubierto.
Medicamentos Bioequivalentes	\$15
Medicamentos de Marca Preferida	25% Min \$25
Medicamentos de Marca No Preferida	30% Min \$30
Medicamentos Especializados	40% . Bioequivalente
Medicamentos Especializados	40% . Marca Preferida
Medicamentos Especializados	40% . Marca No-preferida
Quimioterapia Oral	20% coaseguro
Medicamentos de Mantenimiento - por correo	Suplido de noventa (90) días + tres (3) repeticiones.
Medicamentos Bioequivalentes	\$30
Medicamentos de Marca Preferida	15% Min \$50
Medicamentos de Marca No Preferida	20% Min \$60
Despacho de 90 días - farmacia local	Programa de despacho a noventa (90) días por farmacia local + una (1) repetición.
Medicamentos Bioequivalentes	\$45
Medicamentos de Marca Preferida	25% Min \$75
Medicamentos de Marca No Preferida	30% Min \$90
Medicamentos de venta libre (OTC)	\$1 , según lista de medicamentos OTC de MAPFRE. Se requiere receta.
Terapia Escalonada	Aplica.
Límite Máximo de Despacho (MDL)	Segun recomendación del manufacturero. Aplica a todas las categorías.

Cubierta Dental

Nivel 1 – Preventivo	0% (exámenes de rutina cada 6 meses, radiografía panorámica cada 24 meses, limpieza cada 6 meses)
Nivel 2 – Restaurativo	20% (amalgamas, resinas, endodoncia, periodoncia)
Nivel 3 – Restaurativo Mayor	40% coaseguro (coronas, puentes fijos y removibles, dentaduras parciales y completas)
Máximo por persona	\$500 por año calendario

Cubierta Gastos Médicos Mayores (Major Medical)

Deducible	\$50 Individual / \$150 Familiar
Co-aseguro	20% de los cargos usuales y acostumbrados de acuerdo al área geográfica.
Máximo Desembolso de Bolsillo	No Aplica.
Equipo Médico Duradero	Compra o alquiler de sillas de ruedas manual, camas de posiciones y equipo para administrar oxígeno; enfermeras especializadas, hospicio, cuidado de salud en el hogar - Requiere pre-certificación.

Servicios en los Estados Unidos / Cubierta Gastos Médicos Mayores (Major Medical)

Servicios Ambulatorios / Hospitalizados	A través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores para servicios que no estén disponibles en Puerto Rico, basado en los cargos usuales y acostumbrados de acuerdo al área geográfica. Requiere precertificación. Emergencia médica notificar dentro de las 48 horas de la emergencia.
Servicios de emergencia fuera de PR	Servicios ambulatorios u hospitalizados basado en los cargos usuales y acostumbrados o a través de MedAssist.
MedAssist Asistencia médica internacional de emergencia Libre de Cargos: 1-866-285-7297 Cargo Revertido: (Collect) 1-787-250-5384	Cubierta los primeros \$6,000 en EU y los primeros \$10,000 internacionalmente al 100% por MedAssist. Requiere llamar para coordinar servicios en o antes de las 48 horas de la emergencia y excluye condiciones pre-existentes

Cubiertas Adicionales y/o Valores Añadidos

Vive bien con Diabetes y MAPFRE	Programa dirigido a pacientes diabéticos. Regístrate llamando a 787-250-5127 o por medio de Educadora de Salud en MAPFRE.
Programa Prenatal Un Embarazo Saludable	Módulos Educativos para asegurada principal, esposa e hija dependiente asegurada. ¡Regístrate! Orientación y educación durante el embarazo.
Programa de Manejo de Condiciones	Programa dirigido a asegurados con Diabetes, Hipertensión, Asma y Embarazo.
MAPFRE PUERTO RICO MIS SEGUROS	Aplicación para teléfonos inteligentes.
Seguro de Vida	\$15,000 Muerte natural / \$15,000 Muerte Accidental y Desmembramiento. Detalles en el Certificado.
Visión	\$125 cada 12 meses. Incluye examen de vista, monturas y lentes. Red de Proveedores https://ww4.mapfrepr.com/CustomerInquiry/Pages/Informative/HealthProviders.aspx . Si proveedor no participante, por reembolso.
Consulta Virtual	No incluido.
PAE	No incluido.

*Esta tabla representa una descripción de los beneficios. No es un contrato. De existir conflicto con este documento, la póliza prevalecerá.
Para detalles sobre los beneficios, condiciones, limitaciones y exclusiones, refiérase al Certificado de Beneficios.*

Edificio Mapfre
297 calle César González, San Juan PR 00918-1739

PO Box 70297, San Juan PR 00936-8297

T 787.622.7780 T 1.888.835.3634 F 787.622.7775 W www.mapfre.pr



Nombre del grupo: SERVIDORES PÚBLICO UNIDOS (SPU)

Plan FlexiChoice 1 UNICA I

Fecha de efectividad: 9/1/2026

Servicios Médico-Ambulatorios

Generalista	Cubierto - Aplica copago \$10 .
Especialista	Cubierto - Aplica copago \$15 .
Sub Especialista	Cubierto - Aplica copago \$18 .
Podiatra	Cubierto - Aplica copago \$15 .
Quiropráctico	Cubierto - Aplica copago \$15 .
Terapia Física	Aplica copago - \$12 Máximo de 20 sesiones por año póliza combinadas con: manipulaciones, tratamiento de acupuntura para dolor o terapias físicas.
Terapia Respiratoria	Aplica copago - \$12 tratamientos por año póliza.
Cirugía Ambulatoria	Cubierto - Aplica copago \$250 - Requiere precertificación.
Tratamiento para SIDA	Cubierto como cualquier otra condición. Los tratamientos están limitados a servicios en PR bajo la póliza del plan básico.
Laboratorios y Rayos X	Cubierto - Aplica coaseguro 40% .

Pruebas Especializadas Cubierto - Aplica coaseguro **35%**

Sonogramas No Obstétricos	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza.
Tomografías computarizadas (CT Scan)	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza.
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza - Requiere precertificación.
Angiografía por Resonancia Magnética (MRA)	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza - Requiere precertificación.
Polisomnografía	Cubierto - Uno (1) por vida.
Endoscopías	Cubierto.
Laparoscopia	Cubierto - Requiere precertificación y aplica deducible de facilidad ambulatoria.
Inyecciones Intra-articulares	Cubierto.
Vasectomía	Cubierto.

Servicios de Hospitalización

\$250 / Requiere precertificación e incluye:	Habitación semi-privada, Unidad de Cuidado Intensivo, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario, Intensivo Pediátrico y Neonatal, uso de salas de operaciones y recuperación, oxígeno y su administración, laboratorios y rayos x, medicinas ordenadas por el médico que estén incluidas en la contratación con el hospital, materiales desechables y suero, dietas regulares y especiales, servicio regular de enfermeras.
Sonogramas, Tomografía Computarizada	Cubierto.
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto.
Hiperalimentación	Cubierto.
Esterilización	Cubierto. Aplica coaseguro 35% . Requiere precertificación.
Litotricia	Cubierto. Aplica coaseguro 35% . Requiere precertificación.

Servicios de Ambulancia

Ambulancia Terrestre	Cubierto cuando sea médicamente justificado. Reembolso hasta un máximo de \$75 , por viaje, máximo de \$300 por año póliza.
Ambulancia Aérea	Cubierto hasta un máximo de \$5,000 , por año póliza, basado en necesidad médica. Se requiere pre-autorización de MAPFRE por parte del proveedor.

Sala de Emergencia

Por Accidente	Cubierto - Aplica copago \$0 - Todo incluido. Según servicios cubiertos estipulados en la póliza.
Enfermedad	Cubierto - Aplica copago \$75 - Todo incluido.

Tratamiento para el Cáncer

Servicios Hospitalarios	Cubierto en facilidades contratadas.
Servicios Ambulatorios	Aplica coaseguro 20% . Tratamiento de Radioterapia y Cobalto. Aplica coaseguro 20% . Servicios de Quimioterapia.

Servicios de Maternidad

Visitas pre y post natales	Cubierto.
Hospitalización, uso de sala de operaciones y recuperación, "nursery" e incubadora	Cubierto - Aplica \$250 copago de hospitalización.
Parto, incluyendo cesárea	Cubierto.
Amniocentesis Genética	Cubierto.
Perfil Biofísico	Aplica coaseguro 35% . Cubierto - Uno (1) por embarazo.
Monitoria Fetal en el hospital	Cubierto en servicios hospitalarios - No cubierto servicios ambulatorios.
Circuncisión	Cubierto.

Edificio Mapfre
297 calle César González, San Juan PR 00918-1739

PO Box 70297, San Juan PR 00936-8297

T 787.622.7780 **T** 1.888.835.3634 **F** 787.622.7775 **W** www.mapfre.pr



Servicios de Pediatría

Vacunas	Cubierta, según Reforma Federal.
Servicios hospitalarios	Incluidos en la cubierta de hospitalización.

Salud Mental

Servicios Ambulatorios	Aplica copago \$15 . Visitas al siquiatra y/o psicólogo.
Servicios Hospitalizados	Aplica \$250 copago de de hospitalización. Hospitalización hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un día de hospitalización regular.

Trasplante de Órganos

Beneficio	\$1,000,000 máximo año póliza - Aplica copago, coaseguro y límites establecidos de la póliza.
-----------	--

Cubierta de Farmacia

Formulario de Farmacia	P073B.
Costo Máximo Permitido	MAC A
Deducible Inicial por asegurado	\$60
Medicamentos con costo menos de \$15	No cubiertos.
Máximo Anual por asegurado	\$5,000 . Luego de alcanzar el máximo, aplica coaseguro de 40% a toda categoría de medicamentos.
Medicamentos Bioequivalentes	\$15
Medicamentos de Marca Preferida	20% Min \$30
Medicamentos de Marca No Preferida	25% Min \$35
Medicamentos Especializados	40% . Bioequivalente
Medicamentos Especializados	40% . Marca Preferida
Medicamentos Especializados	40% . Marca No-preferida
Quimioterapia Oral	20% coaseguro
Medicamentos de Mantenimiento - por correo	Suplido de noventa (90) días + tres (3) repeticiones.
Medicamentos Bioequivalentes	\$30
Medicamentos de Marca Preferida	10% Min \$60
Medicamentos de Marca No Preferida	15% Min \$70
Despacho de 90 días - farmacia local	Programa de despacho a noventa (90) días por farmacia local + una (1) repetición.
Medicamentos Bioequivalentes	\$45
Medicamentos de Marca Preferida	20% Min \$90
Medicamentos de Marca No Preferida	25% Min \$105
Medicamentos de venta libre (OTC)	\$1 , según lista de medicamentos OTC de MAPFRE. Se requiere receta.
Terapia Escalonada	Aplica.
Límite Máximo de Despacho (MDL)	Segun recomendación del fabricante. Aplica a todas las categorías.

Cubierta Dental

Nivel 1 – Preventivo	0% (exámenes de rutina cada 6 meses, radiografía panorámica cada 24 meses, limpieza cada 6 meses)
Nivel 2 – Restaurativo	20% (amalgamas, resinas, endodoncia, periodoncia)
Nivel 3 – Restaurativo Mayor	40% coaseguro (coronas, puentes fijos y removibles, dentaduras parciales y completas)
Máximo por persona	\$500 por año calendario
Nivel 4 – Ortodoncia - niño	50% (Aparatos de ortodoncia (braces), tratamiento interceptivo y correctivo, retenedores)
Beneficio Máximo de por Vida	\$1,000

Cubierta Gastos Médicos Mayores (Major Medical)

Deducible	\$50 Individual / \$150 Familiar
Co-seguro	20% de los cargos usuales y acostumbrados de acuerdo al área geográfica.
Máximo Desembolso de Bolsillo	No Aplica.
Equipo Médico Duradero	Compra o alquiler de sillas de ruedas manual, camas de posiciones y equipo para administrar oxígeno; enfermeras especializadas, hospicio, cuidado de salud en el hogar - Requiere pre-certificación.

Servicios en los Estados Unidos / Cubierta Gastos Médicos Mayores (Major Medical)

Servicios Ambulatorios / Hospitalizados	A través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores para servicios que no estén disponibles en Puerto Rico, basado en los cargos usuales y acostumbrados de acuerdo al área geográfica. Requiere precertificación. Emergencia médica notificar dentro de las 48 horas de la emergencia.
Servicios de emergencia fuera de PR	Servicios ambulatorios u hospitalizados basado en los cargos usuales y acostumbrados o a través de MedAssist.
MedAssist Asistencia médica internacional de emergencia Libre de Cargos: 1-866-285-7297 Cargo Revertido: (Collect) 1-787-250-5384	Cubierto los primeros \$6,000 en EU y los primeros \$10,000 internacionalmente al 100% por MedAssist. Requiere llamar para coordinar servicios en o antes de las 48 horas de la emergencia y excluye condiciones pre-existentes

Cubiertas Adicionales y/o Valores Añadidos

Vive bien con Diabetes y MAPFRE	Programa dirigido a pacientes diabéticos. Regístrate llamando a 787-250-5127 o por medio de Educadora de Salud en MAPFRE.
Programa Prenatal Un Embarazo Saludable	Módulos Educativos para asegurada principal, esposa e hija dependiente asegurada. ¡Regístrate! Orientación y educación durante el embarazo.
Programa de Manejo de Condiciones	Programa dirigido a asegurados con Diabetes, Hipertensión, Asma y Embarazo.
MAPFRE PUERTO RICO MIS SEGUROS	Aplicación para teléfonos inteligentes.
Seguro de Vida	\$15,000 Muerte natural / \$15,000 Muerte Accidental y Desmembramiento. Detalles en el Certificado.
Visión	\$125 cada 12 meses. Incluye examen de vista, monturas y lentes. Red de Proveedores https://ww4.mapfrepr.com/CustomerInquiry/Pages/Informative/HealthProviders.aspx . Si proveedor no participante, por reembolso.
Consulta Virtual	No incluido.
PAE	No incluido.

*Esta tabla representa una descripción de los beneficios. No es un contrato. De existir conflicto con este documento, la póliza prevalecerá.
Para detalles sobre los beneficios, condiciones, limitaciones y exclusiones, refiérase al Certificado de Beneficios.*

Edificio Mapfre
297 calle César González, San Juan PR 00918-1739

PO Box 70297, San Juan PR 00936-8297

T 787.622.7780 T 1.888.835.3634 F 787.622.7775 W www.mapfre.pr



Nombre del grupo: SERVIDORES PÚBLICO UNIDOS (SPU)

Plan FlexiChoice 1 UNICA PREFERIDA

Fecha de efectividad: 9/1/2026

Servicios Médico-Ambulatorios

Generalista	Cubierto - Aplica copago \$8.
Especialista	Cubierto - Aplica copago \$15.
Sub Especialista	Cubierto - Aplica copago \$18.
Podiatra	Cubierto - Aplica copago \$15.
Quiropráctico	Cubierto - Aplica copago \$15.
Terapia Física	Aplica copago - \$10 Máximo de 20 sesiones por año póliza combinadas con: manipulaciones, tratamiento de acupuntura para dolor o terapias físicas.
Terapia Respiratoria	Aplica copago - \$10 tratamientos por año póliza.
Cirugía Ambulatoria	Cubierto - Aplica copago \$250 - Requiere precertificación.
Tratamiento para SIDA	Cubierto como cualquier otra condición. Los tratamientos están limitados a servicios en PR bajo la póliza del plan básico.
Laboratorios y Rayos X	Cubierto - Aplica coaseguro 30%.

Pruebas Especializadas Cubierto - Aplica coaseguro 35%

Sonogramas No Obstétricos	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza.
Tomografías computarizadas (CT Scan)	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza.
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza - Requiere precertificación.
Angiografía por Resonancia Magnética (MRA)	Cubierto - Uno (1) por región anatómica por año póliza - Requiere precertificación.
Polisomnografía	Cubierto - Uno (1) por vida.
Endoscopías	Cubierto.
Laparoscopia	Cubierto - Requiere precertificación y aplica deducible de facilidad ambulatoria.
Inyecciones Intra-articulares	Cubierto.
Vasectomía	Cubierto.

Servicios de Hospitalización

\$250 / Requiere precertificación e incluye:	Habitación semi-privada, Unidad de Cuidado Intensivo, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario, Intensivo Pediátrico y Neonatal, uso de salas de operaciones y recuperación, oxígeno y su administración, laboratorios y rayos x, medicinas ordenadas por el médico que estén incluidas en la contratación con el hospital, materiales desechables y suero, dietas regulares y especiales, servicio regular de enfermeras.
Sonogramas, Tomografía Computarizada	Cubierto.
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto.
Hiperalimentación	Cubierto.
Esterilización	Cubierto. Aplica coaseguro 35%. Requiere precertificación.
Litotricia	Cubierto. Aplica coaseguro 35%. Requiere precertificación.

Servicios de Ambulancia

Ambulancia Terrestre	Cubierto cuando sea médicamente justificado. Reembolso hasta un máximo de \$75, por viaje, máximo de \$300 por año póliza.
Ambulancia Aérea	Cubierto hasta un máximo de \$5,000, por año póliza, basado en necesidad médica. Se requiere pre-autorización de MAPFRE por parte del proveedor.

Sala de Emergencia

Por Accidente	Cubierto - Aplica copago \$0 - Todo incluido. Según servicios cubiertos estipulados en la póliza.
Enfermedad	Cubierto - Aplica copago \$75 - Todo incluido.

Tratamiento para el Cáncer

Servicios Hospitalarios	Cubierto en facilidades contratadas.
Servicios Ambulatorios	Aplica coaseguro 20%. Tratamiento de Radioterapia y Cobalto. Aplica coaseguro 20%. Servicios de Quimioterapia.

Servicios de Maternidad

Visitas pre y post natales	Cubierto.
Hospitalización, uso de sala de operaciones y recuperación, "nursery" e incubadora	Cubierto - Aplica \$250 copago de hospitalización.
Parto, incluyendo cesárea	Cubierto.
Amniocentesis Genética	Cubierto.
Perfil Biofísico	Aplica coaseguro 35%. Cubierto - Uno (1) por embarazo.
Monitoria Fetal en el hospital	Cubierto en servicios hospitalarios - No cubierto servicios ambulatorios.
Circuncisión	Cubierto.

Edificio Mapfre
297 calle César González, San Juan PR 00918-1739

PO Box 70297, San Juan PR 00936-8297

T 787.622.7780 **T** 1.888.835.3634 **F** 787.622.7775 **W** www.mapfre.pr



Servicios de Pediatría

Vacunas	Cubierta, según Reforma Federal.
Servicios hospitalarios	Incluidos en la cubierta de hospitalización.

Salud Mental

Servicios Ambulatorios	Aplica copago \$15 . Visitas al siquiatra y/o psicólogo.
Servicios Hospitalizados	Aplica \$250 copago de de hospitalización. Hospitalización hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un día de hospitalización regular.

Trasplante de Órganos

Beneficio	\$1,000,000 máximo año póliza - Aplica copago, coaseguro y límites establecidos de la póliza.
-----------	--

Cubierta de Farmacia

Formulario de Farmacia	P073B.
Costo Máximo Permitido	MAC A
Deducible Inicial por asegurado	\$50
Medicamentos con costo menos de \$15	No cubiertos.
Máximo Anual por asegurado	Sin límite.
Medicamentos Bioequivalentes	\$15
Medicamentos de Marca Preferida	20% Min \$25
Medicamentos de Marca No Preferida	25% Min \$30
Medicamentos Especializados	40% . Bioequivalente
Medicamentos Especializados	40% . Marca Preferida
Medicamentos Especializados	40% . Marca No-preferida
Quimioterapia Oral	20% coaseguro
Medicamentos de Mantenimiento - por correo	Suplido de noventa (90) días + tres (3) repeticiones.
Medicamentos Bioequivalentes	\$30
Medicamentos de Marca Preferida	10% Min \$50
Medicamentos de Marca No Preferida	15% Min \$60
Despacho de 90 días - farmacia local	Programa de despacho a noventa (90) días por farmacia local + una (1) repetición.
Medicamentos Bioequivalentes	\$45
Medicamentos de Marca Preferida	20% Min \$75
Medicamentos de Marca No Preferida	25% Min \$90
Medicamentos de venta libre (OTC)	\$1 , según lista de medicamentos OTC de MAPFRE. Se requiere receta.
Terapia Escalonada	Aplica.
Límite Máximo de Despacho (MDL)	Segun recomendación del fabricante. Aplica a todas las categorías.

Cubierta Dental

Nivel 1 – Preventivo	0% (exámenes de rutina cada 6 meses, radiografía panorámica cada 24 meses, limpieza cada 6 meses)
Nivel 2 – Restaurativo	20% (amalgamas, resinas, endodoncia, periodoncia)
Nivel 3 – Restaurativo Mayor	40% coaseguro (coronas, puentes fijos y removibles, dentaduras parciales y completas)
Máximo por persona	\$1,000 por año calendario
Nivel 4 – Ortodoncia - niño	50% (Aparatos de ortodoncia (braces), tratamiento interceptivo y correctivo, retenedores)
Beneficio Máximo de por Vida	\$1,000

Cubierta Gastos Médicos Mayores (Major Medical)

Deducible	\$50 Individual / \$150 Familiar
Co-aseguro	20% de los cargos usuales y acostumbrados de acuerdo al área geográfica.
Máximo Desembolso de Bolsillo	No Aplica.
Equipo Médico Duradero	Compra o alquiler de sillas de ruedas manual, camas de posiciones y equipo para administrar oxígeno; enfermeras especializadas, hospicio, cuidado de salud en el hogar - Requiere pre-certificación.

Servicios en los Estados Unidos / Cubierta Gastos Médicos Mayores (Major Medical)

Servicios Ambulatorios / Hospitalizados	A través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores para servicios que no estén disponibles en Puerto Rico, basado en los cargos usuales y acostumbrados de acuerdo al área geográfica. Requiere precertificación. Emergencia médica notificar dentro de las 48 horas de la emergencia.
Servicios de emergencia fuera de PR	Servicios ambulatorios u hospitalizados basado en los cargos usuales y acostumbrados o a través de MedAssist.
MedAssist Asistencia médica internacional de emergencia Libre de Cargos: 1-866-285-7297 Cargo Revertido: (Collect) 1-787-250-5384	Cubierto los primeros \$6,000 en EU y los primeros \$10,000 internacionalmente al 100% por MedAssist. Requiere llamar para coordinar servicios en o antes de las 48 horas de la emergencia y excluye condiciones pre-existentes

Cubiertas Adicionales y/o Valores Añadidos

Vive bien con Diabetes y MAPFRE	Programa dirigido a pacientes diabéticos. Regístrate llamando a 787-250-5127 o por medio de Educadora de Salud en MAPFRE.
Programa Prenatal Un Embarazo Saludable	Módulos Educativos para asegurada principal, esposa e hija dependiente asegurada. ¡Regístrate! Orientación y educación durante el embarazo.
Programa de Manejo de Condiciones	Programa dirigido a asegurados con Diabetes, Hipertensión, Asma y Embarazo.
MAPFRE PUERTO RICO MIS SEGUROS	Aplicación para teléfonos inteligentes.
Seguro de Vida	\$15,000 Muerte natural / \$15,000 Muerte Accidental y Desmembramiento. Detalles en el Certificado.
Visión	\$125 cada 12 meses. Incluye examen de vista, monturas y lentes. Red de Proveedores https://ww4.mapfrepr.com/CustomerInquiry/Pages/Informative/HealthProviders.aspx . Si proveedor no participante, por reembolso.
Consulta Virtual	No incluido.
PAE	No incluido.

*Esta tabla representa una descripción de los beneficios. No es un contrato. De existir conflicto con este documento, la póliza prevalecerá.
Para detalles sobre los beneficios, condiciones, limitaciones y exclusiones, refiérase al Certificado de Beneficios.*

