

Empleado o Pensionado de Gobierno,

Cámbiate al plan que trabaja contigo

\$0

Copago*

Hospitalizaciones • Laboratorios
Rayos X • Cirugía Ambulatoria

En la red Preferida*

**Empleados activos, pensionados sin Medicare A&B
o pensionados solamente con parte A de Medicare.**



CUBIERTAS LEY 95, ASP

	ASP RUBÍ	ASP PLATA	ASP ORO
Servicios de Emergencia			
Accidente	\$0	\$0	\$0
Enfermedad	\$80 / \$40*	\$50 / \$25*	\$40
Hospitalización			
Completa, incluyendo Salud Mental	\$200 / \$0*	\$125 / \$0*	\$75
Parcial Salud Mental	\$150	\$100	\$75
Servicios Ambulatorios			
Generalista	\$12 / \$0**	\$10 / \$0**	\$8
Especialista	\$18	\$15	\$10
Subespecialista	\$20	\$18	\$15
Psiquiatría	\$18	\$15	\$10
Psicólogo	\$18	\$15	\$10
Audiólogo, Podiatra	\$18	\$15	\$10
Óptometra	\$18	\$15	\$10
Quiropráctico	\$18	\$15	\$10
Centro de Cirugía Ambulatoria	\$200 / \$0*	\$150 / \$0*	\$75
Servicios de Laboratorios, Rayos x y Estudios Especializados			
Laboratorios	40% / 0%*	35% / 0%*	30%
Rayos X, Sonogramas	40% / 0%*	35% / 0%*	30%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año de cada uno)	40% / 35%*	35% / 25%*	30%
Servicios de Rehabilitación y Equipo Médico Duradero			
Terapia Física	Aplica \$7.00 copago, máximo de 15 terapias por año combinadas con las manipulaciones de quiropráctico	Aplica \$7.00 copago, máximo de 15 terapias por año combinadas con las manipulaciones de quiropráctico	Aplica \$7.00 copago, máximo de 20 terapias por año combinadas con las manipulaciones de quiropráctico
Terapia Respiratoria	\$10	\$10	\$7
Quimioterapia, Radioterapia	20%	20%	0%
Equipo Médico Duradero	30% coaseguro después del deducible inicial. Requiere preautorización.	20% coaseguro después del deducible inicial. Requiere preautorización.	20% después del deducible inicial. Requiere preautorización.
Manipulaciones de Quiropráctico	Aplica \$18 copago, máximo de 15 manipulaciones por año combinadas con las de terapia física.	Aplica \$15 copago, máximo de 15 manipulaciones por año combinadas con las de terapia física.	Aplica \$10 copago, máximo de 20 manipulaciones por año combinadas con las de terapia física.

Esta hoja representa un resumen de beneficios, para detalles de la cubierta debe referirse al Certificado de Cubierta.

*\$0.00 copago o copago menor aplica únicamente en la Red Preferida, en servicios descritos.

**\$0.00 copago aplica únicamente en las Clínicas de Auxilio Salud Plus.

***Cantidad decrece de acuerdo a la edad, luego de los 65 años. Solo para suscriptor principal.

Anuncio autorizado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Farmacia	Hasta \$975 Luego 80% Coaseguro	Hasta \$1,750 Luego 40% Coaseguro	Hasta \$2,000 Luego 40% Coaseguro
Genérico Farmacia Preferida	\$12	\$7	10%, mínimo \$5
Genérico Farmacia No Preferida	\$15	\$7	15%, mínimo \$10
Marca Preferida / Farmacia Preferida	25%, mínimo \$25	15%, mínimo \$15	10%, mínimo \$12
Marca Preferida / Farmacia No Preferida	30%, mínimo \$35	20%, mínimo \$20	15%, mínimo \$15
Marca No Preferida / Farmacia Preferida	45%, mínimo \$45	25%, mínimo \$25	15%, mínimo \$20
Marca No Preferida / Farmacia No Preferida	50%, mínimo \$50	30%, mínimo \$30	20%, mínimo \$25
Productos Especializados / Biotecnológicos	50%	40%	30% hasta máximo \$200
Cubierta Dental (A Través de Delta Dental)			
	Beneficio Anual \$1,000	Beneficio Anual \$1,000	Beneficio Anual \$1,000
Diagnóstico y Preventivo	0%, 1 cada 6 meses	0%, 1 cada 6 meses	0%, 1 cada 6 meses
Restaurativo Menor	20%	20%	20%
Restaurativo Mayor	20%	20%	20%
Radiografías	0%	0%	0%
Servicios Preventivos			
Servicios Preventivos (Incluyendo de Mujer)	0%	0%	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%, aplica copago visita	0%, aplica copago visita	0%, aplica copago visita
Valores Añadidos			
Asistencia al viajero	\$0	\$0	\$0
Asistencia médica por emergencias y otros.			
Programa de Apoyo de Salud Mental al Individuo (PASMI)	\$0	\$0	\$0
Servicios para apoyar la salud emocional y promover el manejo saludable de situaciones.			
Cubierta de Visión			
Examen de la vista (refracción 1 cada 12 meses)	\$10	\$10	\$10
Montura y receta	Hasta un máximo de \$150, 1 por año.	Hasta un máximo de \$150, 1 por año.	Hasta un máximo de \$150, 1 por año.
Telemedicina 24/7			
ASP Contigo 24/7	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Seguro de Vida (A Través de Multinational)			
Seguro de Vida***	\$5,000***	\$5,000***	\$5,000***

Esta hoja representa un resumen de beneficios, para detalles de la cubierta debe referirse al Certificado de Cubierta.

*\$0.00 copago o copago menor aplica únicamente en la Red Preferida, en servicios descritos.

**\$0.00 copago aplica únicamente en las Clínicas de Auxilio Salud Plus.

***Cantidad decrece de acuerdo a la edad, luego de los 65 años. Solo para suscriptor principal.

Anuncio autorizado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

CATEGORÍA	ASP RUBÍ	ASP PLATA	ASP ORO
Individual	\$225.00	\$358.00	\$784.00
Pareja	\$406.00	\$846.00	\$1,852.00
Familiar	\$501.00	\$1,132.00	\$2,481.00
Dependiente Opcional Menor de 65 sin Medicare A y B	\$511.00	\$594.00	\$1,215.00
Dependiente Opcional Mayor de 65	\$739.00	\$913.00	\$1,803.00
Dependiente complementaria Medicare	\$437.00	\$632.00	\$637.00



787-224-4444
787-382-7108