




SERVIDOR PÚBLICO



 RUBI	Salud + Rx	Mayor Medical (opcional)	Dental (opcional)	Seguro de Vida (opcional)
INDIVIDUAL	\$177.25	\$8.39	\$6.88	\$2.50
PAREJA	\$412.85	\$9.59	\$15.65	\$2.50
FAMILIAR	\$555.76	\$11.80	\$21.02	\$2.50

 BRONCE	Salud + Rx + MM	Dental (opcional)	Seguro de Vida (opcional)
INDIVIDUAL	\$221.20	\$8.02	\$2.50
PAREJA	\$497.96	\$18.06	\$2.50
FAMILIAR	\$664.43	\$24.10	\$2.50

 PLATA	Salud + Rx + MM	Dental (opcional)	Seguro de Vida (opcional)
INDIVIDUAL	\$389.12	\$9.63	\$2.50
PAREJA	\$848.46	\$20.99	\$2.50
FAMILIAR	\$1,143.87	\$28.29	\$2.50

 ORO	Salud + Rx + MM	Dental (opcional)	Seguro de Vida (opcional)
INDIVIDUAL	\$480.53	\$11.89	\$2.50
PAREJA	\$1,023.68	\$25.32	\$2.50
FAMILIAR	\$1,308.80	\$32.37	\$2.50

SUSCRÍBETE ONLINE www.mapfre.pr

Contáctenos: 787-296-5600 | mapfreley95@mapfrepr.com

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

BENEFICIOS

ORO

PLATA

BRONCE

RUBI
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospitalización	\$75	\$100	\$150	\$150
Cirugía Ambulatoria	\$75	\$100	\$150	\$150

VISITAS MÉDICAS

Generalista	\$8	\$10	\$10	\$10
Especialista	\$10	\$15	\$18	\$18
Sub-especialista	\$15	\$15	\$18	\$18
Quiropráctico	\$10	\$15	\$18	\$18
Podiatra	\$10	\$15	\$18	\$18
Sicólogos y Siquiatra	\$10	\$15	\$18	\$18
Laboratorios y Rayos X	30%	30%	35%	40%
Pruebas y Procedimientos Especializados	30%	40%	50%	40%

SALA DE EMERGENCIA

Por Accidente	\$0	\$0	\$0	\$0
Por Enfermedad	\$40	\$50	\$75	\$75

CUBIERTA GASTOS MÉDICOS MAYORES
OPCIONAL

Deducible	\$50 / \$150	\$100 / \$300	\$200 / \$400	\$1,000 / \$2,000
Coaseguro	20%	20%	20%	20%
Trasplante de Órganos	\$1,000,000	\$1,000,000	\$1,000,000	\$500,000

CUBIERTA DENTAL (OPCIONAL EN ORO, PLATA, BRONCE Y RUBI)

Nivel 1 - Preventivo	0%	0%	0%	30%
Nivel 2 - Restaurativo Menor	20%	30%	30%	N/A
Nivel 3 - Restaurativo Mayor	50%	50%	N/A	N/A
Máximo por año calendario, primeros tres niveles	\$1,000	\$1,000	\$500	\$300

CUBIERTA FARMACIA P073
Hasta 11 repeticiones en Medicamentos de Mantenimiento

Marca No Preferido	15% min \$20	25% min \$25	30% min \$30	70%
Marca Preferido	10% min \$12	15% min \$15	20% min \$20	70%
Bioequivalente	10% min \$5	\$5	\$10	\$10
Medicamentos Especializados	30% máx \$200	30% máx \$200	30% máx \$200	70%
Máximo Anual	\$1,500	\$1,312.50	\$900	\$600
Una vez el asegurado llega al máximo, deberá pagar un coaseguro de:	40%	40%	40%	60%
Terapia Escalonada	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica
Bioequivalente Mandatorio (Mac A)	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica
Programa Despacho por Correo (90 días)				
Marca No Preferido	15% min \$40	25% min \$50	30% min \$60	70%
Marca Preferido	10% min \$24	15% min \$30	20% min \$40	70%
Bioequivalente	10% min \$10	\$10	\$20	\$20
Programa Despacho Farmacia Local (90 días)				
Marca No Preferido	15% min \$60	25% min \$75	30% min \$90	70%
Marca Preferido	10% min \$36	15% min \$45	20% min \$60	70%
Bioequivalente	10% min \$15	\$15	\$30	\$30

VISION

Beneficio	\$150 cada 12 meses por reembolso
-----------	-----------------------------------