



RESUMEN DE BENEFICIOS RAMA JUDICIAL - PLAN GRUPAL

Fecha de Efectividad
06/01/2021 a 05/31/2022



Basado en Tarifas Mensuales sin descontar la aportación patronal

Programa de Beneficios: PREMIUM I (RUBÍ)

Tarifas				
Cubiertas Incluidas		Individual	Pareja	Familiar
Básica	Premium	Incluido	Incluido	Incluido
Farmacia	F-12	Incluido	Incluido	Incluido
Dental	D-07UM	Incluido	Incluido	Incluido
Visión**	Platino II	Incluido	Incluido	Incluido
Asistencia Carretera	Connect Assistance	Incluido	Incluido	Incluido
Asistencia al Viajero	Connect Assistance	Incluido	Incluido	Incluido
Total Cubiertas Incluidas		\$203.00	\$473.60	\$602.17
Cubiertas Opcionales				
Mayor Medical	MM	\$14.00	\$20.00	\$30.00
Seguro de Vida*	Multinational Owner- \$16,500	\$3.00	\$3.00	\$3.00

* Solo para el asegurado principal. (Multinational/Owner's Risk). **Espeuelos o lentes hasta un máximo de \$100 cada 1 año por reembolso.

Deducibles / Co-Pagos / Co-Aseguros			
Deducibles Principales			
Generalista	\$12.00	Laboratorios	35%/0%*
Especialista	\$15.00	Rayos X	30%/0%*
Médico Familiar / Ginecólogo / Pediatra / Internista / Psicólogo		Pruebas Diagnósticas Especializadas	30%/0%*
Psiquiatra / Podiatra / Nutricionista / Quiropráctico / Trabajador Social		Procedimientos Ambulatorios en Facilidad	\$150.00
Sub-Especialista	\$18.00	Procedimientos Ambulatorios en Oficina	\$150.00
Sala de Emergencias por Enfermedad	\$50/\$0*	Manipulaciones Quiropráticas	\$10.00
Sala de Emergencias por Accidente	\$0.00	Terapias de Cáncer	20%
Hospitalización	\$150/\$0*/\$0**	Terapias Físicas, Ocupacional y Rehabilitación	\$10.00
Hospitalización Psiq.	\$150.00	Terapias del Habla	\$10.00
Hospitalización Psiq. Parcial	\$75.00	Terapias Respiratorias	\$10.00
* Cuando el servicio sea prestado en los Hospitales Hima, Hospitales y Clínicas Metro Pavía.			
** Cuando el servicio sea prestado en Manatí Medical Center y Mayagüez Medical Center.			
Deducibles de Farmacia			
Deducible Inicial	No aplica	Bioequivalentes Preferidos	10% mínimo \$10.00
Beneficio máximo por persona	\$2,500.00	Bioequivalentes No Preferidos	10% mínimo \$15.00
Copago luego del beneficio máximo	40%	Marca Preferida	20% mínimo \$15.00
Los medicamentos no están cubiertos si el costo es menor de	\$10.00	Marca No Preferida	25% mínimo \$15.00
Quimioterapias	20%	Especializados Preferidos	30%
Repeticiones máximas por receta	5.00	Especializados No Preferidos	40%
Programa de Medicamentos de Mantenimiento - 90 días.			
Bioequivalentes Preferidos - \$20.00 suplido 90 días			
Bioequivalentes No Preferidos - \$30.00 por suplido 90 días			
Marca Preferida - \$30.00 por suplido de 90 días.			
Marca No Preferida - \$30.00 por suplido de 90 días.			
Deducibles de Dental			
Beneficio Máximo Cubierta Dental	\$1,750.00	Prótesis Fija	40%
Diagnóstico y Preventivo Pediátrico	0%	Prótesis Removible	40%
Diagnóstico y Preventivo Adulto	20%	Ortodoncia	No aplica
Restaurativo Menor	20%	Beneficio de Ortodoncia	No aplica
Restaurativo Mayor	40%	Beneficio máximo por persona, hasta los 19 años de edad. A través de reembolso.	

Notas:

- 1) Se requiere no menos del 85% de participación de los empleados elegibles.
- 2) Estas tarifas son de uso exclusivo de este grupo y el productor que las presente.

www.ramajudicialplangrupal.com



787-771-8484

suscripcion@ramajudicialplangrupal.com

