



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 II (ORO)

Tarifas				
Cubiertas Incluidas		Individual	Pareja	Familiar
Básica	Premium	Incluido	Incluido	Incluido
Major Medical	MM	Incluido	Incluido	Incluido
Farmacia	F-11	Incluido	Incluido	Incluido
Dental	D-07UM	Incluido	Incluido	Incluido
Visión**	Platino II	Incluido	Incluido	Incluido
Seguro de Vida*	Multinational Owner- \$16,500	Incluido	Incluido	Incluido
Asistencia Carretera	Connect Assistance	Incluido	Incluido	Incluido
Asistencia al Viajero	Connect Assistance	Incluido	Incluido	Incluido
Total Cubiertas Incluidas		\$300.00	\$599.00	\$705.00

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

Deducibles / Co-Pagos / Co-Aseguros			
Deducibles Principales			
Generalista	\$10.00	Laboratorios	30%/0%*
Especialista	\$10.00	Rayos X	25%/0%*
Médico Familiar / Ginecólogo / Pediatra / Internista / Psicólogo		Pruebas Diagnósticas Especializadas	25%/0%*
Psiquiatra / Podiatra / Nutricionista / Quiropráctico / Trabajador Social		Procedimientos Ambulatorios en Facilidad	\$50.00
Sub-Especialista	\$15.00	Procedimientos Ambulatorios en Oficina	\$50.00
Sala de Emergencias por Enfermedad	\$40/\$0*	Manipulaciones Quiroprácticas	\$7.00
Sala de Emergencias por Accidente	\$0.00	Terapias de Cáncer	0%
Hospitalización	\$50/\$0*/\$0**	Terapias Físicas, Ocupacional y Rehabilitación	\$7.00
Hospitalización Psiq.	\$50.00	Terapias del Habla	\$7.00
Hospitalización Psiq. Parcial	\$25.00	Terapias Respiratorias	\$7.00
* 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	Sin Límite	Bioequivalentes No Preferidos	10% mínimo \$10.00
Copago luego del beneficio máximo	No aplica	Marca Preferida	10% mínimo \$12.00
Los medicamentos no están cubiertos si el costo es menor de	\$10.00	Marca No Preferida	15% mínimo \$15.00
Quimioterapias	0%	Especializados Preferidos	40%
Repeticiones máximas por receta	5	Especializados No Preferidos	40%
Incluye OTC a un co-pago de \$5.00. Está sujeto a formulario.			
Programa de Medicamentos de Mantenimiento - 90 días.			
Bioequivalentes Preferidos - \$20.00 suplido 90 días			
Bioequivalentes No Preferidos - \$20.00 por suplido 90 días			
Marca Preferida - \$24.00.00 por suplido de 90 días.			
Marca No Preferida - \$30.00 por suplido de 90 días.			
Deducibles de Dental			
Beneficio Máximo Cubierta Dental	\$2,000.00	Prótesis Fija	40%
Diagnóstico y Preventivo Pediátrico	0%	Prótesis Removible	40%
Diagnóstico y Preventivo Adulto	20%	Ortodoncia	50%
Restaurativo Menor	20%	Beneficio de Ortodoncia	\$1,000.00
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

