

# AUXILIO ESTÁS CUBIERTO

**AMPLIA RED DE PROVEEDORES:**  
Médicos • Hospitales • Farmacias • Dentistas  
Cubierta Completa y Confiable

**Grupo ASEC 1**



## CUBIERTA DE BENEFICIOS: DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

### ESTIMADO DE TARIFAS CUBIERTA: MÉDICA / FARMACIA / DENTAL / OT / PAE / VIDA \$5K

Empleado	\$175.29
Empleado +1	\$350.58
Familiar	\$419.06

Hospital	
Parcial (Incluido Salud Mental)	\$75.00 / \$0.00*
Completa (Con y sin preautorización)	\$150.00 / \$0.00*
Servicios preventivos	
Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	0%
Sala de Emergencias	
Accidente	\$0.00
Enfermedad	\$50.00 / \$25.00*
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
Laboratorios/ Rayos X	30% / 0%*
Sonogramas / Medicina Nuclear	30% / 0%*
MRI / MRA / CT Scan / PET Scan / PET-CT Scan/ SPECT	30% / 15%*
Servicios Ambulatorios	
Generalista	\$5.00 / \$0.00**
Especialista	\$15.00
Subespecialista	\$15.00
Quiropráctico ( Visita y manipulaciones)	\$15.00 y \$7.00
Psiquiatra / Psicólogo	\$15.00
Procedimientos Oficina Médica	20%
Radioterapia / Quimioterapia	30% / 20%*
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física	\$7.00
Terapias Respiratorias	\$7.00
Cuidado de la Salud en el Hogar	\$50.00
Equipo Médico Duradero	30%

\*Servicios con copagos en los Hospitales Auxilio Mutuo y Auxilio Mutuo San Pablo  
\*\*Servicio en la Clínica de ASP

Cirugía Ambulatoria		20%	
Otros			
Servicios Preventivos (Adultos, Niños, Mujeres)		\$0.00	
Inmunización Preventiva (Vacunas Adultos y Niños)		\$0.00	
Inmunización (Vacuna virus respiratorio sincitial)		50%	
Examen de refracción (Adulto y Niño)		\$0.00	
Espeuelos para Niños		Cubierto hasta \$100.00 por año	
Servicios EE.UU.			
Emergencias		20%	
Servicios No Disponibles en PR		20%	
<i>Servicios a través de reembolso</i>			
Dental y Visión		DENTAL VISION MED - 1 (1)	
Diagnóstico y Preventivo		0%	
Restaurativo Básico		30%	
Coronas / Prostodoncia		N/A	
Ortodoncia (Beneficio Máximo \$1,000 por asegurado por vida)		N/A	
Cubierta Anual Visión		\$130.00	
Farmacia		30 días	90 días
Deducible Inicial		N/A	N/A
Beneficio Máximo		\$1,500	\$1,500
Beneficio Luego del Máximo		80%	80%
Genérico Bioequivalente		\$8.00	\$16.00
Marca Preferida	40% min.	\$25.00	40% min. \$50.00
Marca No Preferida		50%	50%
Productos Especializados		50%	N/A
Medicamentos Fuera de Recetario (OTC) con Receta		\$1.00	N/A
Trasplantes de Órganos			

Cubiertos al 100% en el Hospital Auxilio Mutuo hasta un máximo de \$500,000.00 por asegurado de por vida. Fuera del Hospital cubre 20%



DE NECESITAR ORIENTACIÓN O UNA  
CONSULTA MÉDICA PUEDE COMUNICARSE CON  
ASP Contigo 24/7 al 787.756.5971 Ext. 2