

Llevamos salud a toda la Isla

\$0

Copagos

Hospitalizaciones • Laboratorio
Rayos X • Cirugía Ambulatoria

Red Preferida*

Médicos • Hospitales • Farmacias • Dentistas



TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS AÑO 2024 PARA GRUPOS PYMES (2-50 EMPLEADOS)

	PLATINO	ORO	PLATA
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)			
Deducible Anual para Beneficios Médicos			
Individual	\$0.00	\$0.00	\$300.00
Familiar	\$0.00	\$0.00	\$1,500.00
Deducible Anual para Medicamentos			
Individual	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Familiar	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)			
Individual	\$6,350.00	\$6,350.00	\$6,350.00
Familiar	\$12,700.00	\$12,700.00	\$12,700.00
Beneficios Esenciales de Salud			
Servicios de Emergencia			
Accidente	\$25.00/\$0.00	\$50.00/\$0.00	\$75.00/\$0.00
Enfermedad	\$25.00/\$0.00	\$50.00/\$0.00	\$75.00/\$0.00
Hospitalización			
Parcial incluyendo Salud Mental	\$25.00	\$75.00	\$150.00
Completa con Preautorización (incluyendo Salud Mental)	\$25.00/\$0.00	\$75.00/\$0.00	\$150.00/\$2.00
Completa sin Preautorización (incluyendo Salud Mental)	\$25.00	\$75.00	\$250.00
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$50.00	\$150.00	\$150.00
Asistencia Quirúrgica	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto
Servicios Ambulatorios			
Generalista	\$5.00/\$0.00	\$5.00/\$0.00	\$10.00/\$0.00
Especialista	\$10.00	\$15.00	50%
Subespecialista	\$10.00	\$15.00	50%
Psiquiatría	\$10.00	\$15.00	50%
Psicólogo	\$10.00	\$15.00	50%
Podiatría	\$10.00	\$15.00	50%
Quiropráctico	\$10.00	\$15.00	50%
Audiólogo	\$10.00	\$15.00	50%
Óptica	\$10.00	\$15.00	50%
Naturópata	\$10.00	\$15.00	50%
Centro de Cirugía Ambulatoria	25%/\$0.00	\$150/\$0.00	50%/\$0.00
Quimioterapia/Radioterapia	25%	40%	50%

RC: Red Completa. RP: Red Preferida Hospital Auxilio Mutuo. Esta hoja representa un resumen de beneficios, para detalles de la cubierta debe referirse al Certificado de Cubierta.
*\$0.00 copago aplica únicamente en la RP (Red Preferida Hospital Auxilio Mutuo), en servicios descritos.

Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	25%	30%	50%
Procedimientos Endoscópicos	25%	40%	50%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero			
Terapia Física	\$10.00/\$0.00	\$7.00/\$0.00	\$15.00/\$0.00
Terapia Respiratoria	\$10.00	\$7.00	50%
Cuidado de Salud en el Hogar	30%	50%	50%
Servicio de Equipo Tecnológico	30%	50%	50%
Equipo Médico Duradero	30%	50%	50%
Manipulaciones de Quiropráctico	\$10.00	\$7.00	50%
Salud Mental			
Terapia de Grupo	\$10.00	\$15.00	50%
Visitas Colaterales	\$10.00	\$15.00	50%
Farmacia			
Genérico Bioequivalente	\$5.00	\$10.00	\$10.00
Marca Preferida	\$25.00	50%	50%
Marca No Preferida	50%	50%	50%
Productos Especializados	30%	50%	50%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto
Programa de Medicamentos Por Correo			
Genérico Bioequivalente	\$10.00	\$20.00	\$20.00
Marca Preferida	\$50.00	50%	50%
Marca No Preferida	50%	50%	50%
Productos Especializados	30%	50%	50%
Servicios de Laboratorios y Rayos X			
Laboratorio	25%/\$0.00	35%/\$0.00	50%/\$0.00
Rayos X	25%/\$0.00	35%/\$0.00	50%/\$0.00
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año)	25%/\$0.00	35%/\$0.00	50%/\$0.00
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas			
Servicios Preventivos (incluyendo los de la mujer)	0%	0%	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%	0%	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	30%	50%	50%
Servicios de Visión Pediátrica			
Examen de Visión (Refracción)	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Visión Pediátrica (Cubierta basada en una colección preseleccionada de monturas)	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Otros Servicios Cubiertos			
Timpanometría	25%	50%	50%
Cirugía Reconstructiva	25%	50%	50%
Hemodiálisis	25%	50%	50%
Diálisis	25%	50%	50%
Clínica de Nutrición	25%	35%	50%
Auxilio Programa de Control de Peso para niños y adultos	25%	35%	50%
Auxilio Programa de Educación en Diabetes	25%	35%	50%
Auxilio Centro de Radioterapia	20%	35%	40%
Auxilio Centro de Cáncer	20%	35%	40%
Examen Físico Anual Adultos	25%/\$0.00	50%/\$0.00	50%/\$0.00
Trasplante de Huesos, Piel y Córnea	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Esterilización	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Vasectomía	25%	50%	50%
Mamoplastia / Mastectomía Reconstructiva	25%	50%	50%
Refracción para Adultos	\$10.00	\$10.00	50%
Anestesia general y servicios de hospitalización requeridos para determinados casos de acuerdo a la Ley 352 del 22 de diciembre de 1999	\$0.00	\$0.00	\$0.00

RC: Red Completa. RP: Red Preferida Hospital Auxilio Mutuo. Esta hoja representa un resumen de beneficios, para detalles de la cubierta debe referirse al Certificado de Cubierta.

*\$0.00 copago aplica únicamente en la RP (Red Preferida Hospital Auxilio Mutuo), en servicios descritos.

Tratamiento Residencial (Salud Mental)	\$25.00	\$75.00	\$150.00
Sala de Parto	\$25.00/\$0.00	\$75.00/\$0.00	\$150.00/\$0.00
Amniocentesis	25%	50%	50%
Angioplastia	25%	50%	50%
Litotricia	40%	50%	50%
Cirugía de Corazón Abierto	25%	50%	50%
Estudios Electrofísicos del Corazón	25%	50%	50%
Doppler Cardíaco	25%	50%	50%
Pruebas y procedimientos Cardiovasculares Invasivos y no Invasivos	25%	50%	50%
Neurocirugías	25%	50%	50%
Cirugías de Escoliosis	25%	50%	50%
Cirugías ordenadas por Podiatras	25%	50%	50%
Colonoscopia No Preventiva	25%	50%	50%
Cirugías Electivas que requieran admisión al Hospital	25%	50%	50%
Lente Intraocular	25%	50%	50%
Exámenes de Pre Admisión	25%	50%	50%
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	30%	50%	50%
Ambulancia Terrestre en Puerto Rico	máximo de \$80.00 por reembolso	máximo de \$80.00 por reembolso	máximo de \$80.00 por reembolso
Servicios de Ambulancia terrestre a través del 911 que se pagarán directamente al proveedor	0%	0%	0%
Servicios de Emergencia en EEUU	20%	20%	20%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	20%	20%	20%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida			
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$50.00	\$150.00/\$0.00	\$250.00
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios			
Nutricionista (por reembolso hasta un máximo de \$20.00 por cada visita)	\$20.00	\$20.00	\$20.00
Cubierta Dental (con Delta Dental)			
Diagnóstico y Preventivo	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Restaurativo Menor	30%	30%	30%
Mantenedores de Espacio	\$0.00	\$0.00	\$0.00

RC: Red Completa. RP: Red Preferida Hospital Auxilio Mutuo. Esta hoja representa un resumen de beneficios, para detalles de la cubierta debe referirse al Certificado de Cubierta.
*\$0.00 copago aplica únicamente en la RP (Red Preferida Hospital Auxilio Mutuo), en servicios descritos.



El plan que trabaja contigo.

Dirección Física: Torre Médica Auxilio Mutuo, Piso 3 San Juan, PR 00919

Dirección Postal: P.O. Box 191227, San Juan, PR 009191227

Tel: 787. 756.5971 / 1.866.787.0099

Horario: Lunes viernes 8a.m. 5p.m.

auxiliosaludplus.com