



COLEGIO DE TÉCNICOS Y MECÁNICOS
AUTOMOTRICES DE PUERTO RICO

¿AÚN SIN PLAN MÉDICO?

El Colegio de Técnicos y Mecánicos Automotrices de Puerto Rico en colaboración con la firma de corredores de seguros **ASEC**, te brindan que solicite plan médico personal que se ajuste a tus necesidades, incluyendo todos los beneficios esenciales.

First **MEDICAL**
HEALTH PLAN, INC.



**¡NO TE QUEDES SIN
PLAN MÉDICO!**

Preguntas a través de **ASEC** Corp.

José Fontán

787-531-3562

email: segurosfontan@aol.com

TARIFAS

6/1/2019 - 5/31/2020



ASOCIACIÓN DE SERVICIOS
ESPECIALIZADOS PARA COMERCIANTES



OPCIONES DE
CUBIERTAS



BENEFICIOS

Generalista	\$15
Especialistas	\$15
Sub - Especialistas	\$20
Quiropráctico	\$15 *
Manipulaciones	\$7 *
Endoscopia	40% *
Colonoscopia	40% *
Laboratorios / Rayos X	40% *
CT Scan	40% *
MRI	40% *
Evaluaciones audiológicas	40% *
Sonograma (1 obstétrico y 1 otro tipo por año contrato)	40% *
Pruebas de Alergia	30%
Terapia Física (hasta 15 tratamientos por año contrato)	\$7 *
Terapia Respiratoria (hasta 18 tratamientos por año contrato)	\$7 *
Terapia (Quimioterapia, Cobalto, Radioterapia y Radioisótopos)	20%
Hospitalización	\$250 / \$0**
Sala de Emergencias	\$50 / \$25**
Procedimientos Ambulatorios	30%

Cubierta Classic ASEC 1

Individual \$ 147.91
Pareja \$ 291.98
Familiar \$ 354.46

Farmacia

Cubre solo medicamentos genéricos del Formulario Bioequivalente - agudo \$10.00
 Bioequivalente - de mantenimiento 30% mínimo \$10.00
 Bioequivalente - especializado No cubierto
 Quimioterapia 20%
 \$1,001 en adelante aplica un deducible de 80%
 Medicamentos con un costo menor de \$8.00 no cubiertos.

Dental

Diagnostico Preventivo Pediátrico 0%
 Diagnostico Preventivo Adulto 20%
 Restaurativo Menor 20%
 Restaurativo Mayor 50%

SEGURO DE VIDA - UNIVERSAL LIFE CUBIERTA OPCIONAL \$4

Muerte natural \$16,500
 Muerte accidental \$33,000
 Muerte accidental en un transporte público \$49,500

- * Requiere preautorización de First Medical Health Plan
- ** Deducibles aplicables cuando los servicios sean prestados en Hospitales Metropolitanos y Hospitales Asociados

TARIFAS

6/1/2019 - 5/31/2020



ASOCIACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA COMERCIANTES



OPCIONES DE CUBIERTAS



BENEFICIOS		
Generalista		\$12
Especialistas		\$15
Sub - Especialistas		\$18
Quiropráctico	(hasta 2 visitas por año contrato)	\$15 *
Manipulaciones	(hasta 12 por año contrato)	\$7 *
Endoscopia	(hasta 2 por año contrato)	40% *
Colonoscopia	(hasta 1 por año contrato)	40% *
Laboratorios / Rayos X		40%
CT Scan	(hasta 1 por año contrato)	40% *
MRI	(hasta 1 por año contrato)	40% *
Evaluaciones audiológicas	(hasta 1 por año contrato)	40% *
Sonograma (1 obstétrico y 1 otro tipo por año contrato)		40% *
Pruebas de Alergia	(hasta 30 pruebas por año)	30%
Terapia Física	(hasta 15 tratamientos por año contrato)	\$7 *
Terapia Respiratoria	(hasta 18 tratamientos por año contrato)	\$7 *
Terapia		20%
(Quimioterapia, Cobalto, Radioterapia y Radiocisótopos)		
Hospitalización		\$150 / \$0**
Sala de Emergencias		\$40 / \$20**
Procedimientos Ambulatorios		25%

Cubierta Classic ASEC 2	
Individual	\$ 180.00
Pareja	\$ 360.00
Familiar	\$ 450.00

Farmacia	
Bioequivalente	10%, mínimo \$10.00
Marca Preferida	25%, mínimo \$25.00
Marca No Preferida	30%, mínimo \$30.00
Quimioterapia	20%
\$1,201 en adelante aplica un deducible de 80% Medicamentos con un costo menor de \$10.00 no cubiertos	

Dental	
Diagnostico Preventivo Pediátrico	0%
Diagnostico Preventivo Adulto	20%
Restaurativo Menor	20%
Restaurativo Mayor	50%

SEGURO DE VIDA - UNIVERSAL LIFE CUBIERTA OPCIONAL \$4	
Muerte natural	\$16,500
Muerte accidental	\$33,000
Muerte accidental en un transporte público	\$49,500

* Requiere preautorización de First Medical Health Plan
 ** Deducibles aplicables cuando los servicios sean prestados en Hospitales Metropolitanos y Hospitales Asociados

Tarifas efectivas desde 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019



ASOCIACIÓN DE SERVICIOS
ESPECIALIZADOS PARA COMERCIANTES



OPCIONES DE
CUBIERTAS



BENEFICIOS		Cubierta Basica
Generalista		\$7
Especialista		\$15
Sub - Especialista		\$20
Quiropráctico (primera visita)		\$15
Manipulaciones quiroprácticas		\$15
Terapia Física		\$7
Terapia Respiratoria		\$7
Hospitalización		\$150
Cirugía Ambulatoria		\$75
Sala de Emergencias		\$75
Laboratorios y Rayos X		40%
Pruebas diagnósticas especializadas (1 procedimiento por año póliza por asegurado)		40%
MCS Alivia (medicina alternativa, máximo 6 visitas)		\$15
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos (en oficina)		40%
Seguro de Vida		\$10,000
Dental: Servicios diagnósticos y preventivos (\$1,000 beneficio máximo por año póliza por asegurado)		\$0

ASEC 1 791085

Farmacia *(Special Network - Pharmacy)

Marca: no cubierto
 Bloquequivalente: \$5 co-pago
 OTC: \$1 co-pago
 Máximo anual \$1,000 por asegurado,
 al cubrir el máximo aplica un 80% de co-pago

- Individual: **\$150.00**
- Pareja: **\$291.00**
- Familiar: **\$434.00**

ASEC 2 791086

Farmacia *(Special Network - Pharmacy)

Marca: \$25 co-pago
 Bloquequivalente: \$5 co-pago
 OTC: \$1 co-pago
 Máximo anual \$1,200 por asegurado,
 al cubrir el máximo aplica un 90% de co-pago

- Individual: **\$217.00**
- Pareja: **\$420.00**
- Familiar: **\$623.00**

ASEC 3 791186

Farmacia *(Special Network - Pharmacy)

Marca: \$25 co-pago
 Bloquequivalente: \$5 co-pago
 OTC: \$1 co-pago
 Máximo anual \$1,500 por asegurado,
 al cubrir el máximo aplica un 80% de co-pago

- Individual: **\$246.00**
- Pareja: **\$480.00**
- Familiar: **\$711.00**

Mejor Medical
 Dental: Restaurativo 30%, Coronas 50%

TARIFAS

4/1/2019 - 3/31/2020



BlueCross BlueShield
of Puerto Rico



ASOCIACIÓN DE SERVICIOS
ESPECIALIZADOS PARA COMERCIANTES

OPCIONES DE CUBIERTAS



SERENITO 1

Farmacia - Red de Farmacias Preferidas

- Genérico - \$5.00
- \$1,000 en adelante - Aplica un copago de 90%
- Cubre solo medicamentos genéricos.

- Individual: **\$148.00**
- Pareja: **\$285.00**
- Familiar: **\$424.00**

ASEC 4

Farmacia - Red de Farmacias Preferidas

- Genérico \$5.00
- Marca: 20% Coaseguro mínimo \$15.00
- \$1,000 en adelante - Aplica un copago de 75%
- Genérico primera opción

- Individual: **\$219.00**
- Pareja: **\$426.00**
- Familiar: **\$626.00**

SERENITO 2

Farmacia - Red de Farmacias Preferidas

- Genérico - \$5.00
- \$500 en adelante - Aplica un copago de 90%
- Cubre solo medicamentos genéricos.

- Individual: **\$126.00**
- Pareja: **\$243.00**
- Familiar: **\$361.00**

BENEFICIOS CUBIERTA BASICA

- Generalista	\$15.00
- Especialista	\$15.00
- Subespecialista	\$20.00
- Laboratorio *	40% coaseguro 55% (ASEC 4, fuera de Red)
- Rayos X	40% coaseguro
- Pruebas diagnósticas especializadas	40% coaseguro
- Sala de Emergencia	\$50; \$0 Tele-consulta
- Hospitalización	\$100 (SERENITO 1 y ASEC 4) \$500/\$350/\$100 (SERENITO 2)
- Gastos Médicos Mayores	N/A
- Transplante de Organos	N/A
- Seguro de Vida	N/A
- Dental **	Servicios de diagnóstico y preventivos cubiertos al 100%

* ASEC 4 y SERENITO 2 tiene Red de Laboratorios Preferida
** SERENITO 2 no tiene cubierta Dental



A quien pueda interesar:

Quiero por este medio reconocer a Medicalink, Corp. como la Agencia General de seguros para mi cubierta médico-hospitalaria, sin limitarse a gestiones en el futuro de negociar cubierta y/o beneficios que pudieran surgir con las compañías de seguros en mi beneficio.

Igualmente autorizo, en cumplimiento a la ley HIPAA, que se le entregue a Medicalink, Corp. cualquier información médica mía que pueda ésta necesitar, a raíz de una investigación solicitada por mí.

Sin otro particular quedo

Atentamente,

Nombre Asegurado

Fecha

Firma Asegurado

Plan Médico

Número de Seguro Social

Cubierta

Correo Electrónico



AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DIRECTO
(Favor de completar en letra de molde)

Nombre del Socio Principal: _____

Número de Contrato: _____ Fecha de Efectividad: _____

Autorizo a First Medical Health Plan, Inc., a originar entradas de débito a mi cuenta bancaria con la institución financiera mencionada para el pago de la prima mensual.

Cuenta a nombre de: _____

Nombre de la Institución Bancaria: _____

Número de Cuenta Bancaria: _____

Tipo de Cuenta: Cheque Ahorros Cantidad: \$ _____

El descuento se realizará:

El día 7 de cada mes

Esta autorización permanecerá en efecto hasta tanto First Medical Health Plan, Inc., reciba notificación escrita de mi parte en caso de terminación (con diez (10) días de anticipación) de tal manera que permita a First Medical Health Plan, Inc., y al Banco un tiempo razonable para poder hacer ajustes necesarios.

Entiendo que First Medical Health Plan, Inc., se reserve el derecho de finalizar esta forma de pago y mi participación en el mismo. Todo efecto devuelto por mi banco conllevará un cargo de \$10.00 (diez dólares) y mi cubierta se puede ver afectada.

Firma del Suscriptor Principal

_____/_____/20_____
Fecha de Autorización

Firma de poseedor de la cuenta

_____/_____/20_____
Fecha de Autorización

Favor de incluir un cheque "nulo" de su cuenta bancaria junto a esta autorización firmada



Envíe esta Solicitud a:
 P.O. Box 191580
 San Juan, PR 00919-1580

ESTE ESPACIO ES PARA USO DE LA OFICINA		
C.V.		

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SOLICITUD DE INGRESO GRUPAL 6270

INFORMACIÓN DEL SOCIO PRINCIPAL				Edad	Sexo	Fecha de Efectividad			
INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR						Mes	Día	Año	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre		Estado Civil		Fecha de Nacimiento			
Urbanización o Barrio (Dirección Postal)		Tel. Residencia		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero		Mes	Día	Año	
Número	Calle	Tel. Empleo		¿TIENE ALGUN OTRO PLAN MEDICO?					
Pueblo	Estado	Zip Code	Extensión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
Patrón		División o Departamento			Plan _____				
Cobertura seleccionada		Correo Electrónico			COMPANIA				
<input type="checkbox"/> ASEC 1 <input type="checkbox"/> ASEC 2					<input type="checkbox"/> Mejor Medical				
Indique el contrato seleccionado					<input type="checkbox"/> Medicinas				
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Platinum			<input type="checkbox"/> Dental				
		<input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/> Premium Excel			<input type="checkbox"/> Vida				
					<input type="checkbox"/> Visión				
					<input type="checkbox"/> Otros				

INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES DIRECTOS

Dependientes	Mes	Día	Año	Edad	ESTADO CIVIL	Sexo	Parentesco	¿Que Otro Plan Médico Tiene?



**CERTIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN
APLICACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA
ASOCIACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA COMERCIANTES (ASEC)**

Por la presente certifico que he sido orientado sobre la cubierta de beneficios cubiertos bajo el producto Asociación de Servicios Especializados para Comerciantes (ASEC).

En dicha orientación se estableció que bajo la cubierta a través de First Medical – Asociación de Servicios Especializados para Comerciantes (ASEC) se aplicarán los siguientes periodos de espera en los servicios cubiertos dentro de su cubierta de beneficios y para casos catalogados de emergencia no aplicarían periodos de espera.

Periodos de Espera	
Visitas Médicas / Farmacia / Dental	30 días
Cirugías Electivas	90 días
Maternidad	90 días
Estudios Especializados	90 días
Enfermedades Congénitas y Pre-Existentes	90 días
Servicios de Emergencias	No tiene Periodos de Espera

Periodos de Espera aplican si no se presenta evidencia de plan médico anterior que especifique un periodo mínimo de 18 meses cubierto por este y la fecha de cancelación no exceda los 60 días al aplicar con First Medical Plan, Inc.

FECHA

FECHA

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FIRMA DEL SUSCRIPTOR

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

INSTRUCCIONES GENERALES

1. Use letra de molde.
2. Informe su número de seguro social según aparece registrado en su talonario de nómina. Si usted cobra por un número diferente a su seguro social indique el número por el que cobra.
3. Escriba claramente su nombre y dirección postal completa incluyendo el código de área de diez (10) dígitos si aplica.
4. Es necesario que informe los dos apellidos y la fecha de nacimiento de todos los dependientes a suscribirse al plan.
5. Dependientes hasta 26 años son elegibles.
6. Hijos por adopción deberán someter evidencia del tribunal.
7. Indique en el encasillado de comentarios en la sección de dependientes si su hijo es incapacitado. Incluya evidencia de su incapacidad.

CUBIERTA OPCIONAL DE SEGURO DE VIDA \$4.00

NOMBRE		INICIAL		APELLIDOS			PATRONO								
FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	E/AD	SEXO	NUM. SEGURO SOCIAL									
						M	I								
BENEFICIARIOS							PARIENTESCO	PORCENTAJE(%)	FECHA DE NACIMIENTO						

Solicito la cubierta a que sea o advenga elegible bajo la póliza grupal de Seguro de Vida emitida a First Medical Health Plan, Inc. por la compañía aseguradora y autorizo a mi patrono a deducir de mi salario la cantidad necesaria para sufragar la prima de mi cubierta y remitirla a FMHP como grupo colector de primas junto con las cuotas de mi plan médico. Certifico que actualmente estoy trabajando a tiempo completo.

Certificación y Autorización para Descuento de Nóminas

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo a cualquier entidad o persona que posea información médica sobre mí o mis dependientes elegibles que guarde relación con mi Plan de Salud, a que la suministre a First Medical Health Plan cuando así lo soliciten. Me comprometo a responder por los costos incurridos por FMHP a consecuencia de cualquier uso indebido de esta cubierta en o después del periodo de vigencia de la misma. En caso de que mi patrono no realice el descuento correspondiente a mi plan, me hago responsable de pagar la tarifa directamente a FMHP.

Autorizo a mi patrono que deduzca de mi salario aquellas cantidades que ahora o más adelante deba yo pagar para el plan de First Medical Health Plan, Inc.

Certifico que he leído y estoy de acuerdo con toda la información aquí contenida por lo que firmo esta solicitud de ingreso a FMHP.

Aviso: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayude o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5 000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10 000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años, de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

Al completar esta solicitud de afiliación, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Al afiliarme a este plan de salud, debo de cumplir con el pago de las primas correspondientes dentro de los términos acordados y exigidos por el plan de salud. Además, entiendo que si no realizo los pagos de primas correspondientes, tendré un periodo de gracia de 30 días, durante el cual tengo la obligación de cubrir toda y/o cualquier prima en atraso incluyendo dicho mes. De no cubrir cualquier pago de prima pendiente dentro de este término, seré desahogado del plan a la fecha de vencimiento del periodo de gracia y reconozco que First Medical Health Plan, Inc. no será responsable por el pago de reclamaciones incurridas de servicios médico hospitalarios y de farmacia luego de la fecha de cancelación y será parte de mi responsabilidad como asegurado.

Reconozco que este formulario de Inscripción/Cambio contiene información confidencial y privilegiada, la cual ha sido suministrada de forma libre y voluntaria.

La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Autorizo al Plan a que remita información confidencial y privilegiada al correo electrónico provisto. La distribución o divulgación de dicha información a terceros sin previa autorización está totalmente prohibida.

Autorizo al Plan a recopilar, usar o divulgar información protegida para propósitos de mercadeo de bienes o servicios o para cualquier beneficio comercial de otro tipo. Además, autorizo a recibir en mi correo electrónico o mi celular mensajes promocionando servicios existentes o nuevos del Plan. Esta autorización estará vigente por un término de 24 meses y podrá revocarse por escrito en cualquier momento. El no firmar esta autorización no afectará los beneficios de mi cubierta.

Firma _____

Firma _____ Fecha _____