

# PYMES

## Un plan de salud para tu equipo y tu negocio

desde **\$75.51\*** mensuales



En el hospital de tu preferencia



Libre Selección, Sin Referido



Servicio personalizado



Programa preventivo



Cubierta en todo Puerto Rico



Intérprete de señas\*\*

## Más beneficios, menos costos

### RESUMEN DE BENEFICIOS PYMES 2026

### Cubierta Menonita Elite

DEDUCIBLE Y MÁXIMO DE BOLSILLO (MOOP)	PLATINO	GOLD 1	PLATINO POS		GOLD POS	
			RED PREFERIDA	FUERA DE RED	RED PREFERIDA	FUERA DE RED
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (MOOP)						
PARA BENEFICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS RECETADOS (COMBINADOS)						
Individual	\$3,500	\$6,350	\$3,500	\$3,500	\$6,350	\$6,350
Familiar	\$7,000	\$12,700	\$7,000	\$7,000	\$12,700	\$12,700
<b>BENEFICIOS ESENCIALES DE SALUD</b>						
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b>						
Accidente	\$25	FR \$50 / RP \$30	\$25	\$75	\$50	\$100
Enfermedad	\$25	FR \$50 / RP \$30	\$25	\$75	\$50	\$100
<b>SERVICIOS AMBULATORIOS</b>						
Generalista	\$5	\$7	\$5			\$10
Especialista	\$10	\$15	\$10			\$15
Subespecialista	\$15	\$20	\$15			\$20
Psiquiatra	\$10	\$15	\$10			\$15
Psicólogo	\$10	\$15	\$10			\$15
Podiatra	\$10	\$15	\$10			\$15
Quiropráctico	\$10	\$15	\$10			\$15
Audiólogo	\$10	\$15	\$10			\$15
Optómetra	\$10	\$15	\$10			\$15
Nutricionista			Cubierto por reembolso hasta \$20 por visita, 4 por año			
Centro de Cirugía Ambulatoria	\$50	FR \$150 / RP \$0	\$50	\$150	30%	50%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Médica	20%	50%	20%	50%	30%	50%
Procedimientos Endoscópicos	20%	50%	20%	50%	30%	50%
<b>SERVICIO DE LABORATORIOS Y RAYOS X</b>						
Laboratorio	20%	FR 30% / RP 0%	20%	50%	30%	50%
Rayos X	20%	FR 30% / RP 0%	20%	50%	30%	50%
PET Scan***, CT Scan, MRI o PET CT***	20%	50%	20%	50%	30%	50%

FR: Fuera de la Red RP: Red Preferida

\*Basado en cubierta Menonita Oro POS desde 0-20 años. Tarifas por edad. \*\*Requiere coordinación. \*\*\*Requiere preautorización.

1.866.221.9636

plansaludmenonita

PLAN DE SALUD  
**MENONITA**

# RESUMEN DE BENEFICIOS PYMES 2026

## Cubierta Menonita Elite

HOSPITALIZACIÓN	PLATINO	GOLD 1	PLATINO POS		GOLD POS	
			RED PREFERIDA	FUERA DE RED	RED PREFERIDA	FUERA DE RED
Parcial incluyendo Salud Mental	\$30	\$100	\$30	\$100	\$75	\$150
Completa con Preautorización (incluyendo Salud Mental)	\$50	FR \$150 / RP \$0	\$50	\$200	\$150	\$250
Completa sin Preautorización (incluyendo Salud Mental)	\$50	FR \$150 / RP \$0	\$50	\$200	\$150	\$250
Facilidades de Enfermería Diestra o "Skill Nursing Home" por sus siglas en inglés	\$50	35%	\$50	\$50	30%	30%
Asistencia Quirúrgica	Suscriptor paga 20% del cargo de la cirugía	Suscriptor paga 50% del cargo de la cirugía	20%	80%	30%	70%
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, HABILITACIÓN Y EQUIPO MÉDICO DURADERO</b>						
Terapia Física	\$10	\$7	\$10	\$10	\$15	\$15
Terapia Respiratoria	\$10	\$7	\$10	\$10	\$15	\$15
Cuidado de Salud en el Hogar (incluye, entre otros, Terapia del Habla y Ocupacional)	20%	50%	20%	50%	30%	50%
Equipo Médico Duradero	20% máximo \$5,000, exceso 80%	50% máximo \$5,000, exceso 80%	30% hasta un máximo de \$5,000, exceso 80%		40% hasta un máximo de \$5,000, exceso 80%	
Manipulaciones de Quiropráctico	\$10	\$7	\$10	\$10	\$15	\$15
<b>SALUD MENTAL</b>						
Terapia de Grupo	\$10	\$15	\$10	\$10	\$15	\$15
Visitas Colaterales	\$10	\$15	\$10	\$10	\$15	\$15
<b>FARMACIA ****</b>						
Beneficio de Farmacia	\$0- \$1,000 aplicará los copagos y coaseguros descritos a continuación. \$1,001 en adelante aplica coaseguro de 60%.	\$0- \$800 aplicará los copagos y coaseguros descritos a continuación. \$801 en adelante aplica coaseguro de 80%.	\$0- \$1,000 aplicará los copagos y coaseguros descritos a continuación. \$1,001 en adelante aplica coaseguro de 60%.		\$0- \$1,000 aplicará los copagos y coaseguros descritos a continuación. \$1,001 en adelante aplica coaseguro de 80%.	
Genérico Bioequivalente	\$5 de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 60%	\$5 de \$0 - \$800, \$801 en adelante 80%	\$5 de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 60%		\$10 de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 80%	
Marca Preferida	20% min \$20 de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 60%	25% de \$0 - \$800, \$801 en adelante 80%	20% min \$20 de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 60%		25% min \$20 de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 80%	
Marca No Preferida	30% min \$30 de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 60%	50% de \$0 - \$800, \$801 en adelante 80%	30% min \$30 de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 60%		50% min \$30 de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 80%	
Productos Especializados	50% de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 60%	50% de \$0 - \$800, \$801 en adelante 80%	50% de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 60%		50% de \$0 - \$1,000, \$1,001 en adelante 80%	
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	No Cubierto	\$1.00	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS, BIENESTAR Y MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS</b>						
Servicios Preventivos	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	20%	35%	20%	20%	30%	30%
<b>SERVICIOS DE VISIÓN PEDIÁTRICA</b>						
Examen de la Vista (Refracción)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	Coaseguro de 20%, hasta \$250 un par de lentes y montura. Exceso de \$250 paga coaseguro de 80%					
<b>OTROS SERVICIOS CUBIERTOS</b>						
Examen de Refracción (Adultos)	\$10	\$15	\$10	\$10	\$15	\$15
Visión Adultos	Cubierto por reembolso al 100%, hasta \$125 un par de lentes y montura por año de contrato.					
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	20%	30%	20%	20%	30%	30%
Servicios de Emergencia en EU	Coaseguro de 20%					
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	Coaseguro de 20%					
<b>BENEFICIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA EL TRATAMIENTO DE OBESIDAD MÓRBIDA</b>						
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$50	FR \$150 / RP \$0	\$50	\$200	\$150	\$250
<b>CUBIERTA DENTAL</b>						
Beneficio Dental	\$0 - \$1,000 aplican coaseguros a continuación; \$1,001 en adelante 60%	\$0 - \$1,000 aplican coaseguros a continuación; \$1,001 en adelante 80%	\$0 - \$1,000 aplican coaseguros a continuación; \$1,001 en adelante 60%		\$0 - \$1,000 aplican coaseguros a continuación; \$1,001 en adelante 80%	
Diagnóstico y Preventivo	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Restaurativo Menor	20%	20%	20%	20%	20%	20%
Restaurativo Mayor	50%	50%	50%	50%	50%	50%

\*\*\*\*Cubierta de farmacia no incluye Medicamentos por correo. Genérico primera opción.

Este documento representa un resumen de los beneficios ofrecidos en cada una de nuestras cubiertas, para detalles específicos se debe hacer referencia a la Guía de Suscriptor.

### Cubiertas opcionales con costo adicional

- Seguro de Vida \$5,000 muerte natural y \$10,000 muerte accidental. Tarifa \$2 P.E.P.M. (Por Empleado Por Mes). Aplica solo al empleado.
- Dental extendido incluye coronas cada 5 años. Tarifa \$10 Individual, \$20 pareja y \$22 familiar.
- Programa de Ayuda al Empleado incluye 8 visitas. Tarifa \$2. Aplica al empleado y su composición familiar participantes del plan.