

Menonita directo

Cubiertas desde

\$80.08*



En el hospital de tu preferencia



Libre selección, sin referido



Servicio personalizado



Salud mental



Beneficios de espejuelos



Programa preventivo



Dental



Intérprete de señas (REQUIERE COORDINACIÓN)

\$0 Copago en la red preferida**

RESUMEN DE BENEFICIOS 2026

Cubierta Menonita Max

DEDUCIBLE Y MÁXIMO DE BOLSILLO (MOOP) DEDUCIBLE ANUAL PARA BENEFICIOS MÉDICOS	PLATINO	GOLD 1	GOLD 2	GOLD 3
Individual / Familiar	N/A / N/A	N/A / N/A	N/A / N/A	N/A / N/A
DEDUCIBLE ANUAL PARA MEDICAMENTOS				
Individual	N/A	N/A	\$250	N/A
Familiar	N/A	N/A	\$250 por suscriptor	N/A
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (MOOP) PARA BENEFICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS RECETADOS (COMBINADOS)				
Individual	\$3,500	\$6,350	\$6,350	\$6,350
Familiar	\$7,000	\$12,700	\$12,700	\$12,700
BENEFICIOS ESENCIALES DE SALUD SERVICIOS DE EMERGENCIA				
Accidente / Enfermedad **	\$25	\$0 ER ** / \$50 Fuera	\$0 ER ** / \$75 Fuera	\$0 ER ** / \$50 Fuera
SERVICIOS AMBULATORIOS				
Generalista	\$5	\$5	\$10	\$5
Especialista	\$10	\$12	\$15	\$12
Sub-Especialista	\$15	\$17	\$20	\$20
Psiquiatría	\$10	\$12	\$15	\$12
Sicólogo	\$10	\$12	\$15	\$12
Podiatría	\$10	\$12	\$15	\$12
Quiropráctico	\$10	\$12	\$15	\$12
Audiólogo	\$10	\$12	\$15	\$12
Optómetra	\$10	\$12	\$15	\$12
Centro de Cirugía Ambulatoria **	\$50	\$0 ** / \$150 Fuera	\$0 ** / \$250 Fuera	\$0 ** / \$200 Fuera
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	20%	50%	50%	35%
Procedimientos Endoscópicos	20%	50%	50%	35%
SERVICIOS DE LABORATORIOS Y RAYOS X				
Laboratorio **	20%	\$0 ** / 50% Fuera	\$0 ** / 35% Fuera	\$0 ** / 35% Fuera
Rayos X **	20%	\$0 ** / 50% Fuera	\$0 ** / 35% Fuera	\$0 ** / 35% Fuera
Sonograma **	20%	\$0 ** / 50% Fuera	\$0 ** / 40% Fuera	\$0 ** / 40% Fuera
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año)	20%	50%	40%	40%

RESUMEN DE BENEFICIOS 2026

Cubierta Menonita Max

HOSPITALIZACIÓN	PLATINO	GOLD 1	GOLD 2	GOLD 3
Parcial incluyendo salud mental	\$30	\$100	\$150	\$100
Completa con Pre-autorización (incluyendo salud mental) **	\$50	\$0 **/\$150 Fuera	\$0 **/\$250 Fuera	\$0 **/\$200 Fuera
Completa sin Pre-autorización (incluyendo salud mental)	\$50	\$150	\$250	\$200
Facilidades de enfermería diestra o "Skill Nursing Home"	\$50	50%	50%	50%
Asistencia Quirúrgica	suscriptor paga 20% del cargo de la cirugía	suscriptor paga 50% del cargo de la cirugía	suscriptor paga 50% del cargo de la cirugía	suscriptor paga 50% del cargo de la cirugía
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, HABILITACIÓN Y EQUIPO MÉDICO DURADERO				
Terapia Física	\$10	\$12	\$15	\$12
Terapia Respiratoria	\$10	\$12	\$15	\$12
Cuidado de Salud en el Hogar (incluye, entre otros, Terapia del Habla y Ocupacional)	20%	50%	50%	50%
Equipo Médico Duradero	20% hasta un máximo de \$5,000, exceso 80%	50% hasta un máximo de \$5,000, exceso 80%		
Manipulaciones de Quiropráctico	\$10	\$12	\$15	\$12
SALUD MENTAL				
Terapia de Grupo	\$10	\$12	\$15	\$12
Visitas Colaterales	\$10	\$12	\$15	\$12
FARMACIA				
	\$0-\$1,200 Aplicarán los copagos y coaseguros descritos a continuación \$1,201 en adelante aplicará coaseguro de 60%	\$0-\$1,000 Aplicarán los copagos y coaseguros descritos a continuación \$1,001 en adelante aplicará coaseguro de 80%	Aplica deducible inicial de \$250 \$251-\$1,000 Aplicarán los copagos y coaseguros descritos a continuación \$1,001 en adelante aplicará Coaseguro de 80%	\$0-\$750 Aplicarán los copagos y coaseguros descritos a continuación \$751 en adelante aplicará Coaseguro de 80%
Genérico Bioequivalente - Nivel 1 o "Level 1"	\$5	\$5	\$5	\$7
Marca Preferida - Nivel 2 o "Level 2"	20% min \$20 de \$0 - \$1,200 \$1,201 en adelante 60% Genérico Primera Opción	25% de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	25% de \$251 - \$1,000 \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	25% de \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción
Marca No Preferida - Nivel 3 o "Level 3"	30% min \$30 de \$0 - \$1,200 de \$1,201 en adelante 60% Genérico Primera Opción	50% de 0-\$1,000 de \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	50% de \$251-\$1,000 de \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	35% de \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción
Productos Especializados - Nivel 4 o "Level 4"	50% de \$0 - \$1,200 de \$1,201 en adelante 60% Genérico Primera Opción	50% de 0-\$1,000 de \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	50% de \$251-\$1,000 de \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	50% de \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción
Medicamentos Fuera del Retencario (OTC)	\$1.00	\$1.00	\$1.00	\$1.00
SERVICIOS PREVENTIVOS, BIENESTAR Y MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS				
Servicios Preventivos (incluye servicios a la mujer)	0%	0%	0%	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%	0%	0%	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	20%	50%	50%	35%
SERVICIOS DE VISIÓN				
Adultos:				
Examen de Refracción	\$10	\$12	\$15	\$12
Cubierta por reembolso	Cubierto por reembolso al 100%; hasta \$125.00 un par de lentes y montura. Aplica a los cuatro productos.			
Pediátrico:				
Examen de Refracción	0%	0%	0%	0%
Visión Pediátrica - Lentes de corrección visual o marcos (frames)	Coaseguro de 20% hasta \$250 un par de lentes y montura; Exceso de \$250 paga coaseguro de 80%			
OTROS SERVICIOS CUBIERTOS				
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	20%	25%	30%	30%
Servicios de emergencia en EU	Coaseguro de 20% El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América, en adición al coaseguro.			
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	Coaseguro de 20% El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América, en adición al coaseguro.			
BENEFICIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA EL TRATAMIENTO DE OBESIDAD MÓRBIDA				
Procedimiento de Cirugía Bariátrica**	\$50	\$0 **/\$150 Fuera	\$0 **/\$250 Fuera	\$0 **/\$200 Fuera
PROGRAMAS INCLUIDOS COMO PARTE DE SUS BENEFICIOS				
Nutricionista	Cubierto por reembolso hasta \$20 por visita; 4 por año			
CUBIERTA DENTAL				
	\$0-\$1,000 Aplicarán los copagos y coaseguros descritos a continuación \$1,001 en adelante aplicará coaseguro de 60%	\$0-\$1,000 aplican coaseguros a continuación; \$1,001 en adelante 80%		
Diagnóstico y Preventivo	0%	0%	0%	0%
Restaurativo Menor	20%	20%	20%	20%
Restaurativo Mayor	50%	50%	50%	50%
Mantenedores de Espacio	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Cubiertas opcionales:

- Dental Extendido: Beneficio incluye coronas cada 5 años. Tarifas: \$10.00 Individual \$20.00 Pareja \$22.00 Familiar.
- Seguro de Vida: Beneficio incluye \$5,000.00 muerte natural / \$10,000.00 muerte accidental. Tarifa: \$1.60, beneficio solo aplica al suscriptor principal mayor de 18 años de edad.

*Basado en cubierta Menonita Max Gold 2 para edades de 0-20 años. Tarifas varían por edad. **Dentro de nuestra red preferida.

EDAD	PLATINO		GOLD 1		GOLD 2		GOLD 3	
	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador
0-20	\$164.79	\$164.79	\$97.26	\$97.26	\$80.08	\$80.08	\$91.63	\$91.63
21	\$259.52	\$311.42	\$153.16	\$183.79	\$126.11	\$151.34	\$144.30	\$173.16
22	\$259.52	\$311.42	\$153.16	\$183.79	\$126.11	\$151.34	\$144.30	\$173.16
23	\$259.52	\$311.42	\$153.16	\$183.79	\$126.11	\$151.34	\$144.30	\$173.16
24	\$259.52	\$311.42	\$153.16	\$183.79	\$126.11	\$151.34	\$144.30	\$173.16
25	\$260.55	\$312.66	\$153.77	\$184.52	\$126.62	\$151.94	\$144.88	\$173.85
26	\$265.74	\$318.89	\$156.83	\$188.20	\$129.14	\$154.97	\$147.76	\$177.31
27	\$271.97	\$326.37	\$160.51	\$192.61	\$132.17	\$158.60	\$151.23	\$181.47
28	\$282.09	\$338.51	\$166.48	\$199.78	\$137.08	\$164.50	\$156.85	\$188.22
29	\$290.40	\$348.48	\$171.38	\$205.66	\$141.12	\$169.34	\$161.47	\$193.76
30	\$294.55	\$353.46	\$173.83	\$208.60	\$143.14	\$171.77	\$163.78	\$196.54
31	\$300.78	\$360.93	\$177.51	\$213.01	\$146.16	\$175.40	\$167.24	\$200.69
32	\$307.01	\$368.41	\$181.19	\$217.42	\$149.19	\$179.03	\$170.71	\$204.85
33	\$310.90	\$373.08	\$183.48	\$220.18	\$151.08	\$181.30	\$172.87	\$207.44
34	\$315.05	\$378.06	\$185.93	\$223.12	\$153.10	\$183.72	\$175.18	\$210.22
35	\$317.13	\$380.55	\$187.16	\$224.59	\$154.11	\$184.93	\$176.33	\$211.60
36	\$319.20	\$383.04	\$188.38	\$226.06	\$155.12	\$186.14	\$177.49	\$212.99
37	\$321.28	\$385.54	\$189.61	\$227.53	\$156.13	\$187.35	\$178.64	\$214.37
38	\$323.36	\$388.03	\$190.83	\$229.00	\$157.14	\$188.56	\$179.80	\$215.76
39	\$327.51	\$393.01	\$193.29	\$231.94	\$159.15	\$190.98	\$182.11	\$218.53
40	\$331.66	\$397.99	\$195.74	\$234.88	\$161.17	\$193.41	\$184.41	\$221.30
41	\$337.89	\$405.47	\$199.41	\$239.29	\$164.20	\$197.04	\$187.88	\$225.45
42	\$343.86	\$412.63	\$202.93	\$243.52	\$167.10	\$200.52	\$191.20	\$229.44
43	\$352.16	\$422.59	\$207.84	\$249.40	\$171.13	\$205.36	\$195.81	\$234.98
44	\$362.54	\$435.05	\$213.96	\$256.75	\$176.18	\$211.42	\$201.59	\$241.90
45	\$374.74	\$449.69	\$221.16	\$265.39	\$182.11	\$218.53	\$208.37	\$250.04
46	\$389.27	\$467.13	\$229.74	\$275.68	\$189.17	\$227.00	\$216.45	\$259.74
47	\$405.62	\$486.75	\$239.39	\$287.26	\$197.11	\$236.54	\$225.54	\$270.65
48	\$424.31	\$509.17	\$250.41	\$300.50	\$206.19	\$247.43	\$235.93	\$283.11
49	\$442.73	\$531.28	\$261.29	\$313.54	\$215.15	\$258.18	\$246.17	\$295.41
50	\$463.49	\$556.19	\$273.54	\$328.25	\$225.24	\$270.28	\$257.72	\$309.26
51	\$484.00	\$580.80	\$285.64	\$342.77	\$235.20	\$282.24	\$269.12	\$322.94
52	\$506.57	\$607.89	\$298.96	\$358.76	\$246.17	\$295.41	\$281.67	\$338.01
53	\$529.41	\$635.29	\$312.44	\$374.93	\$257.27	\$308.72	\$294.37	\$353.24
54	\$554.07	\$664.88	\$326.99	\$392.39	\$269.25	\$323.10	\$308.08	\$369.69
55	\$578.72	\$694.46	\$341.54	\$409.85	\$281.23	\$337.48	\$321.79	\$386.14
56	\$605.45	\$726.54	\$357.32	\$428.78	\$294.22	\$353.06	\$336.65	\$403.98
57	\$632.44	\$758.93	\$373.25	\$447.90	\$307.34	\$368.80	\$351.66	\$421.99
58	\$661.25	\$793.49	\$390.25	\$468.30	\$321.33	\$385.60	\$367.67	\$441.21
59	\$675.52	\$810.62	\$398.67	\$478.40	\$328.27	\$393.93	\$375.61	\$450.73
60	\$704.32	\$845.19	\$415.67	\$498.80	\$342.27	\$410.72	\$391.63	\$469.95
61	\$729.24	\$875.09	\$430.37	\$516.45	\$354.38	\$425.25	\$405.48	\$486.58
62	\$745.59	\$894.71	\$440.02	\$528.03	\$362.32	\$434.79	\$414.57	\$497.49
63	\$766.09	\$919.31	\$452.12	\$542.55	\$372.28	\$446.74	\$425.97	\$511.17
64	\$778.56	\$934.26	\$459.48	\$551.37	\$378.33	\$454.02	\$432.90	\$519.48
65 and over	\$778.56	\$934.26	\$459.48	\$551.37	\$378.33	\$454.02	\$432.90	\$519.48

Nuestras tarifas comienzan desde \$80.08 basado en producto ORO 2, 0-20 años de edad. Rev.9.30.2025

Cubiertas opcionales:

1. Dental Extendido: Beneficio incluye coronas cada 5 años. Tarifas: \$10.00 Individual \$20.00 pareja \$22.00 Familiar.
2. Seguro de Vida: Beneficio incluye \$5,000.00 muerte natural / \$10,000.00 muerte accidental. Tarifa: \$1.60, beneficio solo aplica al suscriptor principal mayor de 18 años de edad.

SEGURO DE VIDA*

PLAN DE SALUD MENONITA, ofrece cubierta de Seguro de Vida, Muerte Accidental y Desmembramiento.

SEGURO DE VIDA DE TÉRMINO RENOVABLE ANUALMENTE

La compañía pagará al beneficiario designado en vigor a la fecha del fallecimiento del suscriptor asegurado, la cantidad de \$5,000 por muerte.



SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL

La compañía pagará la cantidad de \$5,000 adicionales al seguro de vida al beneficiario designado, en caso de que el suscriptor asegurado fallezca a causa de un accidente.

MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

La suma que se indica en la siguiente tabla, se pagará al beneficiario designado en caso de muerte accidental y al asegurado en caso de un desmembramiento cuando sufra, dentro de un periodo de noventa (90) días desde la fecha del accidente, una de las siguientes pérdidas:

POR LA PÉRDIDA DE:	SE PAGARÁ LA SIGUIENTE CANTIDAD
La vida	\$5,000
Ambas manos o ambos pies	\$5,000
Visión de ambos ojos	\$5,000
Una mano y un pie	\$5,000
Una mano y la visión de un ojo	\$5,000
Un pie y la visión de un ojo	\$5,000
Pérdida del Habla	\$5,000
Audición por ambos oídos	\$5,000
Una mano, un pie o la visión de un ojo	\$2,500
Audición por un oído	\$2,500
El dedo pulgar y el dedo índice de la misma mano	\$1,250

ENDOSO DE BENEFICIO DE PAGO ACELERADO POR MUERTE ADELANTADA

Este endoso de Beneficio de Pago Acelerado por muerte adelantada, es un excelente beneficio que está disponible para todos los asegurados que cualifiquen para el seguro. El endoso, provee para el pago por adelantado del 50% de la cantidad de la cubierta básica (seguro de vida), en la eventualidad que el asegurado sea diagnosticado con una enfermedad terminal y un médico certifique que la expectativa de vida del asegurado es de 12 meses o menos.

El adelanto del 50% de la cantidad de seguro podrá solicitarse solamente una vez. El adelanto no es un préstamo ni tiene una penalidad sobre la cantidad restante del seguro de vida. El endoso tiene un costo que se calcula al momento de solicitar el adelanto.



REDUCCIÓN DEL SEGURO DEL SUSCRIPTOR POR EDAD

La cantidad de seguro se reducirá de acuerdo a la siguiente tabla:

EDAD	CANTIDAD DE SEGURO (Porcentaje de la Cantidad Principal del Seguro)
65-69	65%
70-74	45%
75-79	30%
80-84	20%
85-89	15%
90 ó más	10%

SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL

En el caso de que la muerte fuera causada por un accidente, el seguro pagaría la cantidad básica de \$5,000 más el seguro por muerte accidental de \$5,000, para un total de \$10,000.



PLAN DE SALUD
MENONITA

Este seguro de vida es provisto por la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico (COSVI). Este boletín informativo contiene solo un resumen de las características más importantes de la cubierta. Para mayor información deberá referirse al contrato.

PLAN DE SALUD

MENONITA

Clasificación códigos dentales

Coaseguro

DIAGNÓSTICO Y PREVENTIVO

DENTAL EXAM (1 cada 3 años)	D0150	0%
DENTAL EXAM PERIODIC	D0120, D0140	0%
DENTAL PREVENTIVE-adult (1 cada 6 meses)	D1110, D1120	0%
FLUORIDE TREATMENT (1 cada 6 meses) (up 19 yr)	D1208	0%
SELLANTE (under 14 yrs)	D1351	20%
DENTAL SPACER (up 14 yr) (1 por vida)	D1510, D1515	0%
DENTAL - XRAY COMPLETE SERIES (1 cada 3 años)	D0210	0%
DENTAL PERIAPICAL FILM-INITIAL (1 por año)	D0220	0%
DENTAL PERIAPICAL FILMS (5 por años)	D0230	0%
DENTAL BITEWINGS	D0270, D0272	0%
DENTAL XRAY (cada 3 años panorámica)	D0330	

RESTAURATIVO MENOR

DENTAL RESTAURATIVE (cada 3 años)	D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392	20%
SEDATIVE FILLING (cada 5 años por diente)(1 pieza por día)	D2940	20%
SIMPLE EXTRACTION	D7140	20%
EMERGENCY DENTAL VISIT (cada 6 meses)	D9110, D9910, D9930	20%

RESTAURATIVO MAYOR

DENTAL ENDODONCY (cada 5 años por diente)	D3220, D3310, D3320, D3330	20%
DENTAL PERIODONCY (por cuadrante)	D4341, D4910, D4220	20%
DENTAL ORAL SURGERY	D4341, D4910, D4220, D7220, D7230, D7240, D7250	20%

DENTAL EXTENDIDO (OPCIONAL)

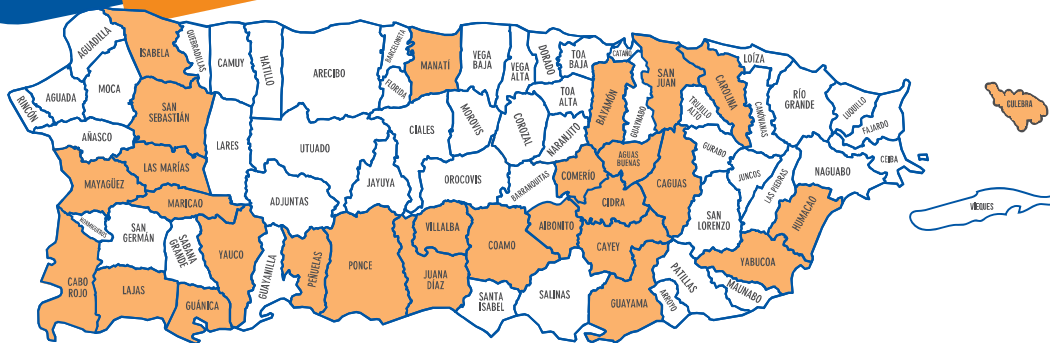
DENTAL CROWNS RESTORATION (cada 5 años)	D2740, D2752	50%
---	--------------	-----

Tarifa: \$10.00 Individual · \$20.00 Pareja · \$22 Familiar

RED PREFERIDA

**CON NUESTRA
RED PREFERIDA
OBTIENES:**

\$0 COPAGO*



**Hospitalización Regular • Laboratorios
Rayos X • Sonogramas
Facilidad de Cirugía Ambulatoria**

Facilidades del SSM

Sistema de Salud Menonita

Centros de Salud Menonita

Aguas Buenas
Cidra
Coamo
Comerío
Culebra
Yabucoa

Hospitales

Aibonito
Caguas
Cayey
Guayama
Humacao
Ponce

Facilidades Afiliadas

Ashford Hospital

San Juan

Doctors' Center Hospital

Bayamón
Carolina
Manatí
San Juan

MedCentro

Coamo
Juana Díaz
Peñuelas
Ponce
Villalba

Migrant Health Center

Cabo Rojo
Guánica
Isabela
Lajas
Las Marías
Maricao
Mayagüez
San Sebastián
Yauco

San Juan

- **CDT Gualberto Rabell** - (Radiology / Clinical Laboratory)
- **CDT Javier Anton** (Radiology / Clinical Laboratory)
- **CDT José Belaval** (Radiology / Clinical Laboratory)

- **CDT Enrique Koppish** (Radiology)
- **CDT Oliveras Guerra** (Radiology)
- **CDT López Antongiorgi** (Radiology / Clinical Laboratory)
- **CDT Arnaldo Garcia** (Radiology / Clinical Laboratory)

Bayamón

- **Laboratorio Clinico Marie E**
- **Laboratorio Clinico Marielys**
- **Hato Tejas** X Rays
- **Varmed** (Clinical Laboratory)

*Ciertas reglas aplican. Para detalles, refiérase a la guía del suscriptor.