

EMPLEADO PÚBLICO

MENONITA ES EL PLAN PARA TI

ACEPTADO EN TODO PR

\$0
Copago
en la red preferida**

Cubiertas desde
\$64^{.50*}
Quincenal



Te cubrimos en
todo Puerto Rico



Servicio
Personalizado



Libre Selección,
Sin Referido



Beneficio
de Espejuelos



Beneficio De
Seguro De Vida***



En el Hospital
de tu preferencia



Gastos Médicos
Mayores



Intérprete de Señas
(Requiere coordinación)



Programa
de Salud 360

CATEGORÍA	RUBÍ	PLATA	MANDATORIA
INDIVIDUAL	\$229.00	\$383.00	\$779.00
PAREJA	\$414.00	\$906.00	\$1,843.00
FAMILIAR DE 3 O MÁS	\$511.00	\$1,213.00	\$2,467.00
DEPENDIENTE OPCIONAL < 65 AÑOS	\$520.00	\$637.00	\$1,209.00
DEPENDIENTE ≥ 65 AÑOS SIN MEDICARE A&B	\$752.00	\$979.00	\$1,794.00



¡Descarga
el app!

1-866-952-6735
planmenonita.org

@ | f plansaludmenonita

*Tarifas quincenales tomando en consideración \$100.00 de aportación patronal mensual. **Sólo para cubiertas Rubí y Plata.
***El Seguro de Vida es opcional y solo aplica al suscriptor principal, costo de \$1.60 mensual.
Ciertas reglas aplican, para más información favor de referirse a la Guía del Suscriptor.
Anuncio Autorizado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

PLAN DE SALUD
MENONITA

SERVICIOS MÉDICOS	RUBÍ			PLATA			MANDATORIA			
	COPAGOS Y COASEGUROS									
SERVICIOS DE EMERGENCIA	RED PREFERIDA		/ OTRAS FACILIDADES		RED PREFERIDA		/ OTRAS FACILIDADES		TODA LA RED	
ACCIDENTE	\$0			\$0			\$0			
ENFERMEDAD	\$30	/	\$75	\$50			\$40			
HOSPITALIZACIÓN										
TOTAL INCLUYENDO SALUD MENTAL	\$0	/	\$250	\$0 / \$100			\$75			
PARCIAL SALUD MENTAL	\$0	/	\$150	\$0 / \$75			\$75			
SERVICIOS AMBULATORIOS										
GENERALISTA	\$10			\$8			\$8			
ESPECIALISTA	\$18			\$12			\$10			
SUB-ESPECIALISTA	\$20			\$18			\$15			
PSIQUIATRÍA	\$18			\$12			\$10			
PSICÓLOGO	\$18			\$12			\$10			
QUIROPRÁCTICO	Copago de \$12 limitado a 15 sesiones por año. (COMBINADAS CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)			Copago de \$12 limitado a 20 sesiones por año. (COMBINADAS CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)			Copago de \$10 limitado a 20 sesiones por año. (COMBINADAS CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)			
NUTRICIONISTA	\$12 de copago, hasta doce (12) visitas por año contrato.						\$10 de copago, hasta doce (12) visitas por año contrato.			
LABORATORIOS Y RAYOS X	0%	/	50%	0% / 30%			30%			
ESTUDIOS ESPECIALIZADOS										
CT SCAN	40%	/	50%	40%			30%			
SONOGRAMAS	0%	/	50%	0% / 40%			30%			
STRESS TEST, ELECTROCARDIOGRAMA, ESTUDIOS NEUROLÓGICOS	50%			40%			30%			
MRI, MRA	50% LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO			40% LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO			30% LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO			
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN										
TERAPIA FÍSICA	Copago de \$7 limitado a 15 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRÁCTICO)			Copago de \$7 limitado a 20 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRÁCTICO)			Copago de \$7 limitado a 20 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRÁCTICO)			
TERAPIA RESPIRATORIA	Copago de \$7			Copago de \$7			Copago de \$7			
GASTOS MÉDICOS MAYORES										
EQUIPO MÉDICO DURADERO	Aplica 20% coaseguro. Requiere pre-autorización.						Aplica 20% coaseguro después del deducible inicial.			
FARMACIA	BENEFICIO ANUAL \$750 LUEGO APLICA UN 80%			BENEFICIO ANUAL \$1,750 LUEGO APLICA UN 40%			BENEFICIO ANUAL \$2,000 LUEGO APLICA UN 40%			
GENÉRICO BIOEQUIVALENTE	Farmacia Preferida \$10 Farmacia No Preferida \$15			Farmacia Preferida \$5 Farmacia No Preferida \$10			10% mínimo \$5 Farmacia Preferida 15% mínimo \$10 Farmacia no Preferida			
MARCA PREFERIDA	25%, mínimo \$25 Farmacia Preferida 30%, mínimo \$30 Farmacia no Preferida			15%, mínimo \$15 Farmacia Preferida 20%, mínimo \$20 Farmacia no Preferida			10%, mínimo \$12 Farmacia Preferida 15%, mínimo \$15 Farmacia no Preferida			
MARCA NO PREFERIDA	50%, mínimo \$50 Farmacia Preferida 55%, mínimo \$55 Farmacia no Preferida			25%, mínimo \$25 Farmacia Preferida 30%, mínimo \$30 Farmacia no Preferida			15%, mínimo \$20 Farmacia Preferida 20%, mínimo \$25 Farmacia no Preferida			
PRODUCTOS ESPECIALIZADOS	50%			50%			30% hasta máximo \$200			
SERVICIOS PREVENTIVOS										
SERVICIOS PREVENTIVOS (INCLUYENDO LAS DE MUJER)	0%			0%			0%			
INMUNIZACIONES (VACUNAS) PREVENTIVAS	0%, aplica costos por administración			0%, aplica costos por administración			0%, aplica costos por administración			
SERVICIOS DE VISIÓN										
EXAMEN DE LA VISTA (REFRACCIÓN)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$10.									
MONTURA Y RECETA	Cubierto 1 par por suscriptor hasta \$150 por año contrato. Cubierto por reembolso.						Lentes Visión Sencilla.....\$18 copago Lentes Bifocales.....\$20 copago Lentes de contactos.....\$36 copago Monturas.....\$18 copago			
CUBIERTA DENTAL	BENEFICIO ANUAL \$500			BENEFICIO ANUAL \$1,000			BENEFICIO ANUAL \$1,000			
EXÁMEN ORAL PERIÓDICO	Cubierto cada 6 meses			Cubierto cada 6 meses			Cubierto cada 6 meses			
RESTAURATIVO	50%			30%			20%			
ENDODONCIA	50%			30%			20%			
RESTAURACIONES TEMPORERAS (CORONAS)	50%			50%			20%			
CIRUGÍA ORAL	50%			30%			20%			

Esta información es solo un breve resumen de la cubierta; para más detalles referirse a la guía del suscriptor.