

EMPLEADO PÚBLICO

EMPLEADOS ACTIVOS, PENSIONADOS SIN MEDICARE A&B
O PENSIONADOS SOLAMENTE CON PARTE A DE MEDICARE

¡Compara!

PLAN DE SALUD MENONITA
TIENE LO QUE BUSCAS



\$0 COASEGURO¹

- HOSPITALIZACIÓN
- CIRUGÍA AMBULATORIA
- LABORATORIO
- RAYOS X
- SONOGRAMA



CUBIERTA EN EL 100%
DE LOS HOSPITALES
DE PUERTO RICO



ACCESO A TUS
ESPECIALISTAS



LIBRE
SELECCIÓN



11,900 PROVEEDORES
ALREDEDOR DE LA ISLA

CATEGORÍA	PRIMA MENSUAL		
	RUBÍ	PLATA	MANDATORIA
INDIVIDUAL	\$154	\$228	\$458
PAREJA	\$278	\$540	\$1,084
FAMILIAR DE 3 O MÁS	\$344	\$723	\$1,452
DEPENDIENTE OPCIONAL < 65 AÑOS	\$351	\$380	\$711
DEPENDIENTE ≥ 65 AÑOS SIN MEDICARE A&B	\$507	\$584	\$1,056

Cubierta básica también incluye seguro de vida, farmacia, dental, visión, gastos médicos mayores y trasplante de órganos.

Llama hoy
1-866-221-9636

/plandesaludmenonita | planmenonita.com



**PLAN DE SALUD
MENONITA**

¹ En nuestra red preferida. Solo para Cubiertas RUBÍ y PLATA. Autorizado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

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
SIQUIATRIA			\$18			\$12	\$10
SICÓLOGO			\$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.