

Empleado Público

Empleados activos, pensionados sin medicare A&B o pensionados solamente con parte A de medicare.

Cubiertas desde

\$56.50*
Quincenal



Te cubrimos en todo Puerto Rico



Libre Selección, Sin Referido



En el Hospital de tu preferencia



Servicio Personalizado



Beneficio De Seguro De Vida***



Intérprete de Señas (Requiere coordinación)



Beneficio de Espejuelos



Gastos Médicos Mayores



Programa de Salud 360

\$0 Copago en la red preferida**

CATEGORÍA	RUBÍ	PLATA	MANDATORIA
INDIVIDUAL	\$213.00	\$356.00	\$779.00
PAREJA	\$385.00	\$842.00	\$1,843.00
FAMILIAR DE 3 O MÁS	\$475.00	\$1,128.00	\$2,467.00
DEPENDIENTE OPCIONAL < 65 AÑOS	\$483.00	\$592.00	\$1,209.00
DEPENDIENTE ≥ 65 AÑOS SIN MEDICARE A&B	\$699.00	\$910.00	\$1,794.00

Sr. Joel Narvárez
(787)536-5879

PLAN DE SALUD
MENONITA

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

SERVICIOS MÉDICOS

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. (COBINADAS CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)		Copago de \$12 limitado a 20 sesiones por año. (COBINADAS CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)		Copago de \$10 limitado a 20 sesiones por año. (COBINADAS 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% <small>LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO</small>	40% <small>LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO</small>		30% <small>LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO</small>
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN					
TERAPIA FÍSICA	Copago de \$7 limitado a 15 sesiones (COBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRÁCTICO)		Copago de \$7 limitado a 20 sesiones (COBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRÁCTICO)		Copago de \$7 limitado a 20 sesiones (COBINADO 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 <small>LUEGO APLICA UN 80%</small>		BENEFICIO ANUAL \$1,750 <small>LUEGO APLICA UN 40%</small>		BENEFICIO ANUAL \$2,000 <small>LUEGO APLICA UN 40%</small>
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.