

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!

www.PlanesMedicosOnline.com

(787)536-5879

*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 \$1.80 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.