

Con nosotros
estás
cubierto
100X35

DESDE **\$80.08***
MENSUAL

\$0
COPAGO**



RESUMEN DE BENEFICIOS 2025

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%

1.866.221.9636



PLAN DE SALUD
MENONITA

RESUMEN DE BENEFICIOS 2025

		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 Retecario (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	

Cubierta opcional: Seguro de Vida \$1.60 PEMP (beneficio solo aplica al suscriptor principal). Dental Extendido: \$10 individual \$20 pareja \$22 familiar.

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