

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

Janelly Marcano
787-547-3747
787-664-1340

j.marcano@planmenonita.com



plansaludmenonita

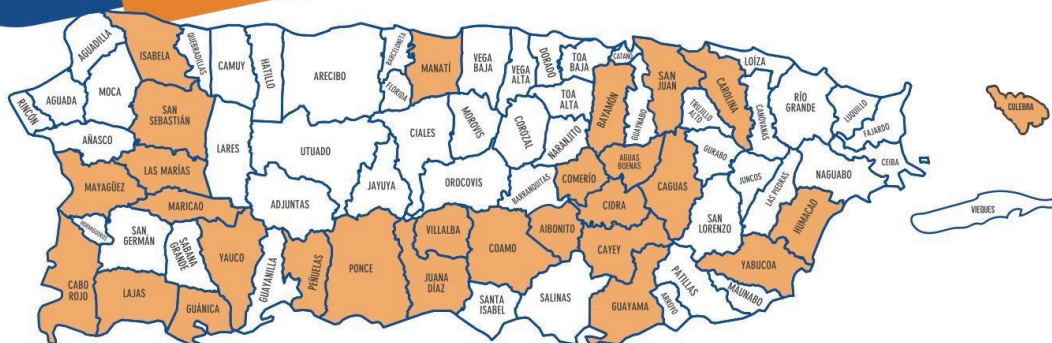
PLAN DE SALUD
MENONITA

*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.

RED PREFERIDA

**CON NUESTRA
RED PREFERIDA
OBTIENES:**

A graphic featuring a blue circle with a white '\$0' inside, followed by an orange pill-shaped banner with the word 'COPAGO*' in white capital letters.



Hospitalización Regular • Laboratorios
Rayos X • Sonogramas
Facilidad de Cirugía Ambulatoria

Facilidades del SSM

Sistema de Salud Menonita

Centros de Salud Menonita

Aguas Buenas
Cidra
Coamo
Comerio
Culebra
Yabucoa

Hospitales

Aibonito
Caguas
Cayey
Guayama
Humacao
Ponce

Facilidades Afiliadas

Ashford Hospital

San Juan

Doctors' Center Hospital

Bayamón
Carolina
Manatí
San Juan

MedCentro

Coamo
Juana Díaz
Peñuelas
Ponce
Villalba

Migrant Health Center

Cabo Rojo
Guánica
Isabela
Lajas
Las Marías
Maricao
Mayagüez
San Sebastián
Yauco

San Juan

- **CDT Gualberto**
Rabell - (Radiology / Clinical Laboratory)
- **CDT Javier Anton**
(Radiology / Clinical Laboratory)
- **CDT José Belaval**
(Radiology / Clinical Laboratory)

- **CDT Enrique Koppish**
(Radiology)
- **CDT Oliveras Guerra**
(Radiology)
- **CDT López Antongiorgi**
(Radiology / Clinical Laboratory)
- **CDT Arnaldo Garcia**
(Radiology / Clinical Laboratory)

Bayamón

- **Laboratorio**
Clinico Marie E
- **Laboratorio**
Clinico Marielys
- **Hato Tejas**
X Rays
- **Varmed**
(Clinical Laboratory)

*Ciertas reglas aplican. Para detalles, refiérase a la guía del suscriptor.

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.