PLAN DE SALUD MENONITA

Cubierta Menonita ELITE POS

	Platino CGEPOS01	
	Nivel 1	**Nivel 2**
Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos Y Medicamentos		
-Individual	$3,500	$3,500
-Familiar	$7,000	$7,000
Beneficios Esenciales de Salud		
Servicios de Emergencia		
-Accidente	$25	$75
-Enfermedad	$25	$75
Hospitalización		
-Parcial incluyendo Salud Mental	$50	$100
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	$50	$200
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	$50	$200
-Facilidad de Enfermeria Especializada (Skilled Nursing Facility)	$50	$50
-Asistencia Quirurgica	20%	80%
Servicios Ambulatorios		
-Generalista	$5	$5
-Especialista	$10	$10
-Sub-Especialista	$15	$15
-Siquiatria	$10	$10
-Sicólogo	$10	$10
-Podiatria	$10	$10
-Quiropráctico	$10	$10
-Audiologo	$10	$10
-Optómetra	$10	$10
-Facilidad Ambulatoria	$50	$150
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Medica	20%	50%
-Procedimientos Endoscopicos	20%	50%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Medico Duradero		
-Terapia Fisica	$10	$10
-Terapia Respiratoria	$10	$10
-Cuidado de Salud en el Hogar	20%	50%
-Equipo Médico Duradero	30% hasta un máximo de $5,000, exceso 80%	
-Manipulaciones de Quiropráctico	$10	$10
Salud Mental		
-Terapia de Grupo	$10	$10
-Visitas Colaterales	$10	$10
Farmacia		
-Generico Bioequivalente	$5	$5
-Marca Preferida	20% min $20 de $0 - $1,000 $1,001 en adelante 60% Generico Primera Opcion	20% min $20 de $0 - $1,000 $1,001 en adelante 60% Generico Primera Opcion
-Marca No Preferida	30% min $30 de $0 - $1,000 $1,001 en adelante 60% Generico Primera Opcion	30% min $30 de $0 - $1,000 $1,001 en adelante 60% Generico Primera Opcion
-Productos Especializados	50% de $0 - $1,000 $1,001 en adelante 60% Generico Primera Opcion	50% de $0 - $1,000 $1,001 en adelante 60% Generico Primera Opcion
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	No cubiertos	No cubiertos
Programa de Medicamentos Por Correo		
-Generico Bioequivalente	No cubiertos	No cubiertos
-Marca Preferida	No cubiertos	No cubiertos
-Marca No Preferida	No cubiertos	No cubiertos
Servicios de Laboratorios y Rayos X		
-Laboratorio	20%	50%
-Rayos X	20%	50%
-PET Scan o PET CT (1 por año)	20%	50%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas		
-Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	0%	0%
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%	0%
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	20%	20%
Mamografía , Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías de cernimiento	0%	0%
Servicios de Visión Pediátrica		
Visión Pediátrica (Lentes de Correción Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	Coaseguro de 20% hasta $250 un par de lentes y montura; Exceso de $250 paga coaseguro de 80%	Coaseguro de 20% hasta $250 un par de lentes y montura; Exceso de $250 paga coaseguro de 80%
Otros Servicios Cubiertos		
Examen de Refracción niños	$0	$0
Examen de Refracción adultos	$ 10	$ 10
Ambulancia Aerea en Puerto Rico	20%	20%
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 ofrecio el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al coaseguro.	Coaseguro de 20% El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofrecio 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, tratmiento 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 ofrecio el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al coaseguro.	Coaseguro de 20% El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofrecio 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	
Nutricionista	Cubierto por reembolso hasta $20 por visita; 4 por año	Cubierto por reembolso hasta $20 por visita; 4 por año

Cubierta Dental	$0 - $1,000 aplican coaseguros a continuacion $1,001 en adelante 60%	
-Diagnostico y Preventivo	0%	0%
Radiografias de Mordida y “periapicals”	20%	20%