PLAN DE SALUD MENONITA	Cubierta Menonita Elite
	Gold 1 CGEP01G1
Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos recetados	
-Individual	$ 6,350
-Familiar	$ 12,700
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
-Accidente	$50/$30(Hospitales Menonita)
-Enfermedad	$50/$30(Hospitales Menonita)
Hospitalización	
-Parcial incluyendo Salud Mental	$100
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	$150/$0(Hospitales Menonita)
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	$150/$0(Hospitales Menonita)
-Facilidad de Enfermeria Especializada (Skilled Nursing Facility)	35%
-Asistencia Quirurgica	suscriptor paga 50% del cargo de la cirugía
Servicios Ambulatorios	
-Generalista	$7
-Especialista	$15
-Sub-Especialista	$20
-Siquiatria	$15
-Sicólogo	$15
-Podiatria	$15
-Quiropráctico	$15
-Audiologo	$15
-Optómetra	$15
-Facilidad Ambulatoria	50% en adicion al Copago de visita
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Medica	50%
-Procedimientos Endoscopicos	50%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Medico Duradero	
-Terapia Fisica	$7.00
-Terapia Respiratoria	$7.00
-Cuidado de Salud en el Hogar	50%
-Equipo Médico Duradero	50% hasta un máximo de $5,000, exceso 80%
-Manipulaciones de Quiropráctico	Copago de $15 Visita Inicial, $7 Copago Visitas Subsiguientes
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	$15
-Visitas Colaterales	$15
Farmacia	$0-$800 Aplicara los copagos y coaseguros descritos a continuación $801 en adelante aplicara Coaseguro de 80%
-Generico Bioequivalente	$5
-Marca Preferida	25% de $0 - $800 $801 en adelante 80% Generico Primera Opcion
-Marca No Preferida	50% de 0-$800 de $801 en adelante 80% Generico Primera Opcion
-Productos Especializados	50% de 0-$800 de $801 en adelante 80% Generico Primera Opcion
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	$1
Programa de Medicamentos Por Correo	
-Generico Bioequivalente	No cubiertos
-Marca Preferida	No cubiertos
-Marca No Preferida	No cubiertos
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
-Laboratorio	30%
-Rayos X	30%
-PET Scan o PET CT (1 por año)	50%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
-Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	0%
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	35%
Mamografía , Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías de cernimiento	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%
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción niños	$0
Examen de Refracción adultos	$15
Ambulancia Aerea en Puerto Rico	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 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.
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	$150
Programas Inclido como Parte de sus Beneficios	
Nutricionista	Cubierto por reembolso hasta $20 por visita; 4 por año
Cubierta Dental	$0 - $500 aplican coaseguros a continuacion $501 en adelante 80%
-Diagnostico y Preventivo	0%
Radiografias de Mordida y "periapicals"	20%