

		<b>Cubierta Menonita Elite</b>	
		<b>Platino CGEP01</b>	
<b>Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos recetados</b>			
-Individual	\$	3,500	
-Familiar	\$	7,000	
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>			
<b>Servicios de Emergencia</b>			
-Accidente	\$	25	
-Enfermedad	\$	25	
<b>Hospitalización</b>			
-Parcial incluyendo Salud Mental		\$50	
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)		\$50	
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)		\$50	
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$	50	
-Asistencia Quirúrgica		suscriptor paga 20% del cargo de la cirugía	
<b>Servicios Ambulatorios</b>			
-Generalista	\$	5	
-Especialista	\$	10	
-Sub-Especialista	\$	15	
-Siquiatría	\$	10	
-Sicólogo	\$	10	
-Podiatría	\$	10	
-Quiropráctico	\$	10	
-Audiólogo	\$	10	
-Óptica	\$	10	
-Facilidad Ambulatoria		20% en adición al Copago de visita	
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica		20%	
-Procedimientos Endoscópicos		20%	
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero</b>			
-Terapia Física	\$	10	
-Terapia Respiratoria	\$	10	
-Cuidado de Salud en el Hogar		20%	
-Equipo Médico Duradero		20% hasta un máximo de \$5,000, exceso 80%	
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$	10	
<b>Salud Mental</b>			
-Terapia de Grupo	\$	10	
-Visitas Colaterales	\$	10	
<b>Farmacia</b>			
		\$0-\$1,000 Aplicara los copagos y coaseguros descriptas a continuación \$1,001 en adelante aplicara Coaseguro de 60%	
-Generico Bioequivalente	\$	5	
-Marca Preferida		20% min \$20 de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Generico	
-Marca No Preferida		30% min \$30 de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Generico	
-Productos Especializados		50% de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Generico	
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)		Generico Primera Opcion No cubiertos	
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>			
-Generico Bioequivalente		No cubiertos	
-Marca Preferida		No cubiertos	
-Marca No Preferida		No cubiertos	
<b>Servicios de Laboratorios y Rayos X</b>			
-Laboratorio		20%	
-Rayos X		20%	
-PET Scan o PET CT (1 por año)		20%	
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>			
-Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)		0%	
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas		0%	
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial		20%	
Mamografía - Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías de cernimiento		0%	
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>			
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección 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 60%	
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>			
Examen de Refracción niños		\$0	
Examen de Refracción adultos		\$10	
Ambulancia Aérea en Puerto Rico		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 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.
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>			
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$	50	
<b>Programas Incluido como Parte de sus Beneficios</b>			
Nutricionista		Cubierto por reembolso hasta \$20 por visita; 4 por año	
<b>Cubierta Dental</b>			
-Diagnostico y Preventivo		\$0 - \$1,000 aplican coaseguros a continuación \$1,001 en adelante 60%	
-Radiografías de Mordida y "periapicals"		0%	
		20%	