

Cubierta Menonita Max	
	Gold 3 MXP01G3
Deducible Anual para Medicamentos Recetados	
-Individual	\$100
-Familiar	\$100/por suscriptor
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 Fuera/\$0 en ER Del Hospital Menonita
-Enfermedad	\$50 Fuera/\$0 en ER Del Hospital Menonita
Hospitalización	
-Parcial incluyendo Salud Mental	\$100
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$200
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$200
-Facilidad de Enfermeria Especializada (Skilled Nursing Facility)	50%
-Asistencia Quirurgica	suscriptor paga 50% del cargo de la cirugía
Servicios Ambulatorios	
-Generalista	\$5
-Especialista	\$12
-Sub-Especialista	\$20
-Siquiatria	\$12
-Sicólogo	\$12
-Podiatria	\$12
-Quiropráctico	\$12
-Audiologo	\$12
-Optómetra	\$12
-Facilidad Ambulatoria	\$200
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Medica	35%
-Procedimientos Endoscopicos	35%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Medico Duradero	
-Terapia Fisica	\$12
-Terapia Respiratoria	\$12
-Cuidado de Salud en el Hogar	50%
-Equipo Médico Duradero	50% hasta un máximo de \$5,000, exceso 80%
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$12
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	\$12
-Visitas Colaterales	\$12
Farmacia	\$0-\$750 Aplicara los copagos y coaseguros descritos a continuación \$751 en adelante aplicara Coaseguro de 80%
-Generico Bioequivalente	\$7
-Marca Preferida	25% de \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Generico Primera Opcion
-Marca No Preferida	35% de \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Generico Primera Opcion
-Productos Especializados	50% de \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Generico Primera Opcion
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	No cubiertos
Programa de Medicamentos Por Correo	
-Generico Bioequivalente	Not Covered
-Marca Preferida	Not Covered
-Marca No Preferida	Not Covered
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
-Laboratorio	35%
-Rayos X	35%
-PET Scan o PET CT (1 por año)	40%
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 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 80%
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción niños	\$0
Examen de Refracción adultos	\$12
Ambulancia Aérea 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 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	\$ 200
Nutricionista	Cubierto por reembolso hasta \$20 por visita; 4 por año
Cubierta Dental	\$0 - \$750 aplican coaseguros a continuación \$751 en adelante 80%
-Diagnostico y Preventivo	0%
Radiografías de Mordida y "periapicals"	20%