



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)	\$0 Hospital Menonita/\$200 Fuera de Hospitales Menonita
-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
-Óptometra	\$12
-Facilidad Ambulatoria	\$0 Hospital Menonita/\$200 Fuera de Hospitales Menonita
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Medica	35%
-Procedimientos Endoscopicos	35%
Servicios de Rehabilitación, Habitación, 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	
-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	0% Hospitales Menonita/35% fuera de Hospitales Menonita
-Rayos X	0% Hospitales Menonita/35% fuera de Hospitales Menonita
-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 cerminiento	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 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 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	\$0 Hospital Menonita/\$200 Fuera de Hospitales Menonita
Nutricionista	Cubierto por reembolso hasta \$20 por visita; 4 por año
Cubierta Dental	
-Diagnostico y Preventivo	0%
Radiografías de Mordida y "periapicals"	20%

