



Cubierta Menonita Max

Platino MXP01	
Deducible Anual para Medicamentos Recetados	
-Individual	N/A
-Familiar	N/A
Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos recetados	
-Individual	\$3,500
-Familiar	\$7,000
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
-Accidente	\$25
-Enfermedad	\$25
Hospitalización	
-Parcial incluyendo Salud Mental	\$30
-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
Servicios Ambulatorios	
-Generalista	\$5
-Especialista	\$10
-Sub-Especialista	\$15
-Siquiatría	\$10
-Sicólogo	\$10
-Podiatría	\$10
-Quiropráctico	\$10
-Audiólogo	\$10
-Óptica	\$10
-Facilidad Ambulatoria	\$50
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	20%
-Procedimientos Endoscópicos	20%
Servicios de Rehabilitación, Habitación, y Equipo Médico Duradero	
-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
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	\$10
-Visitas Colaterales	\$10
Farmacía	
	\$0-\$1,000 Aplicara los copagos y coaseguros descritos 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%
-Marca No Preferida	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
-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	20%
-Rayos X	20%
-PET Scan o PET CT (1 por año)	20%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
-Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	0%
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincital	20%
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	\$10
Ambulancia Aerea 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.
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
Cubierta Dental	\$0 - \$1,000 aplican coaseguros a continuación \$1,001 en adelante 60%
-Diagnostico y Preventivo	0%
Radiografías de Mordida y "periapicals"	20%