

Cubierta Menonita ELITE POS



Platino
CGEPOS01

Nivel 1

Nivel 2

Gasto Maximo o de Bolsillo (MOOP) para Beneficios

Medicos Y Medicamentos

| | | |
|-------------|---------|---------|
| -Individual | \$3,500 | \$3,500 |
| -Familiar | \$7,000 | \$7,000 |

Beneficios Esenciales de Salud

Servicios de Emergencia

| | | |
|-------------|------|------|
| -Accidente | \$25 | \$75 |
| -Enfermedad | \$25 | \$75 |

Hospitalización

| | | |
|---|------|-------|
| -Parcial incluyendo Salud Mental | \$30 | \$100 |
| -Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental) | \$50 | \$200 |
| -Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental) | \$50 | \$200 |
| -Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility) | \$50 | \$50 |
| -Asistencia Quirúrgica | 20% | 80% |

Servicios Ambulatorios

| | | |
|--|------|-------|
| -Generalista | \$5 | \$5 |
| -Especialista | \$10 | \$10 |
| -Sub-Especialista | \$15 | \$15 |
| -Siquiatría | \$10 | \$10 |
| -Psicólogo | \$10 | \$10 |
| -Podiatría | \$10 | \$10 |
| -Quiropráctico | \$10 | \$10 |
| -Audiólogo | \$10 | \$10 |
| -Óptica | \$10 | \$10 |
| -Facilidad Ambulatoria | \$50 | \$150 |
| -Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica | 20% | 50% |
| -Procedimientos Endoscópicos | 20% | 50% |

Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo

Médico Duradero

| | | |
|----------------------------------|--|------|
| -Terapia Física | \$10 | \$10 |
| -Terapia Respiratoria | \$10 | \$10 |
| -Cuidado de Salud en el Hogar | 20% | 50% |
| -Equipo Médico Duradero | 30% hasta un máximo de \$5,000, exceso 80% | |
| -Manipulaciones de Quiropráctico | \$10 | \$10 |

Salud Mental

| | | |
|----------------------|------|------|
| -Terapia de Grupo | \$10 | \$10 |
| -Visitas Colaterales | \$10 | \$10 |

Farmacología

| | | |
|---|--|--|
| -Genérico Bioequivalente | \$5 | \$5 |
| -Marca Preferida | 20% min \$20 de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Genérico Primera Opción | 20% min \$20 de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Genérico Primera Opción |
| -Marca No Preferida | 30% min \$30 de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Genérico Primera Opción | 30% min \$30 de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Genérico Primera Opción |
| -Productos Especializados | 50% de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Genérico Primera Opción | 50% de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Genérico Primera Opción |
| -Medicamentos Fuera del Recetario (OTC) | No cubiertos | No cubiertos |

Programa de Medicamentos Por Correo

| | | |
|--------------------------|--------------|--------------|
| -Genérico Bioequivalente | No cubiertos | No cubiertos |
| -Marca Preferida | No cubiertos | No cubiertos |

| -Marca No Preferida | No cubiertos | No cubiertos |
|---|---|---|
| Servicios de Laboratorios y Rayos X | | |
| -Laboratorio | 20% | 50% |
| -Rayos X | 20% | 50% |
| -PET Scan o PET CT (1 por año) | 20% | 50% |
| Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas | | |
| -Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer) | 0% | 0% |
| -Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas | 0% | 0% |
| -Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial | 20% | 20% |
| Mamografía, Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías de cernimiento | 0% | 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% | 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 | \$0 |
| Examen de Refracción adultos | \$ 10 | \$ 10 |
| Ambulancia Aerea en Puerto Rico | 20% | 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. | 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. | 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 | \$200 |
| Nutricionista | Cubierto por reembolso hasta \$20 por visita; 4 por año | 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% | 0% |
| Radiografías de Mordida y "periapicals" | 20% | 20% |