

# Enchulaos

CON NUESTRO PLAN MÉDICO

DESDE **\$67<sup>24\*</sup>** MENSUAL

## RESUMEN DE BENEFICIOS 2023

### Cubierta Menonita Max

#### DEDUCIBLE Y MÁXIMO DE BOLSILLO (MOOP) DEDUCIBLE ANUAL PARA BENEFICIOS MÉDICOS

PLATINO

GOLD 1

GOLD 2

GOLD 3

Individual / Familiar

N/A /

N/A

N/A /

N/A

N/A /

N/A

N/A /

N/A

#### DEDUCIBLE ANUAL PARA MEDICAMENTOS

Individual

N/A

N/A

\$250

N/A

Familiar

N/A

N/A

\$250  
por suscriptor

N/A

#### GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (MOOP) PARA BENEFICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS RECETADOS (COMBINADOS)

Individual

\$3,500

\$6,350

\$6,350

\$6,350

Familiar

\$7,000

\$12,700

\$12,700

\$12,700

#### BENEFICIOS ESENCIALES DE SALUD SERVICIOS DE EMERGENCIA

Accidente / Enfermedad

\$25

\$0 ER de RP<sup>1</sup> / \$50 Fuera

\$0 ER de RP<sup>1</sup> / \$75 Fuera

\$0 ER de RP<sup>1</sup> / \$50 Fuera

#### SERVICIOS AMBULATORIOS

Generalista

\$5

\$5

\$10

\$5

Especialista

\$10

\$12

\$15

\$12

Sub-Especialista

\$15

\$17

\$20

\$20

Psiquiatría

\$10

\$12

\$15

\$12

Sicólogo

\$10

\$12

\$15

\$12

Podiatría

\$10

\$12

\$15

\$12

Quiropráctico

\$10

\$12

\$15

\$12

Audiólogo

\$10

\$12

\$15

\$12

Optómetra

\$10

\$12

\$15

\$12

Centro de Cirugía Ambulatoria

\$50

\$0 RP<sup>1</sup> / \$150 Fuera

\$0 RP<sup>1</sup> / \$250 Fuera

\$0 RP<sup>1</sup> / \$200 Fuera

Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica

20%

50%

50%

35%

Procedimientos Endoscópicos

20%

50%

50%

35%

#### SERVICIOS DE LABORATORIOS Y RAYOS X

Laboratorio

20%

\$0 RP<sup>1</sup> / 50% Fuera

\$0 RP<sup>1</sup> / 35% Fuera

Rayos X

20%

\$0 RP<sup>1</sup> / 50% Fuera

\$0 RP<sup>1</sup> / 35% Fuera

PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año)

20%

50%

40%

\* Basado en cubierta Menonita Max Gold 3 para edades de 0-20 años. Tarifas varían por edad. <sup>1</sup>Dentro de nuestra red preferida.

**LOE**  
INSURANCE  
AGENCY, INC.

787-224-4444

787-692-2222



**PLAN DE SALUD  
MENONITA**

# RESUMEN DE BENEFICIOS 2023

## Cubierta Menonita Max

HOSPITALIZACIÓN	PLATINO	GOLD 1	GOLD 2	GOLD 3
Parcial incluyendo salud mental	\$30	\$100	\$150	\$100
Completa con Pre-autorización (incluyendo salud mental)	\$50	\$0 RP/\$150 Fuera	\$0 RP/\$250 Fuera	\$0 RP/\$200 Fuera
Completa sin Pre-autorización (incluyendo salud mental)	\$50	\$150	\$250	\$200
Facilidades de enfermería diestra o "Skill Nursing Home"	\$50	50%	50%	50%
Asistencia Quirúrgica	suscriptor paga 20% del cargo de la cirugía	suscriptor paga 50% del cargo de la cirugía	suscriptor paga 50% del cargo de la cirugía	suscriptor paga 50% del cargo de la cirugía
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, HABILITACIÓN Y EQUIPO MÉDICO DURADERO</b>				
Terapia Física	\$10	\$12	\$15	\$12
Terapia Respiratoria	\$10	\$12	\$15	\$12
Cuidado de Salud en el Hogar (incluye, entre otros, Terapia del Habla y Ocupacional)	20%	50%	50%	50%
Equipo Médico Duradero	20% hasta un máximo de \$5,000, exceso 80%	50% hasta un máximo de \$5,000, exceso 80%		
Manipulaciones de Quiropráctico	\$10	\$12	\$15	\$12
<b>SALUD MENTAL</b>				
Terapia de Grupo	\$10	\$12	\$15	\$12
Visitas Colaterales	\$10	\$12	\$15	\$12
<b>FARMACIA</b>				
	\$0-\$1,000 Aplicarán los copagos y coaseguros descritos a continuación \$1,001 en adelante aplicará coaseguro de 60%	\$0-\$1,000 Aplicarán los copagos y coaseguros descritos a continuación \$1,001 en adelante aplicará coaseguro de 80%	Aplica deducible inicial de \$250 \$251-\$1,000 Aplicarán los copagos y coaseguros descritos a continuación \$1,001 en adelante aplicará Coaseguro de 80%	\$0-\$750 Aplicarán los copagos y coaseguros descritos a continuación \$751 en adelante aplicará Coaseguro de 80%
Genérico Bioequivalente - Nivel 1 o "Level 1"	\$5	\$5	\$5	\$7
Marca Preferida - Nivel 2 o "Level 2"	20% min \$20 de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Genérico Primera Opción	25% de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	25% de \$251 - \$1,000 \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	25% de \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción
Marca No Preferida - Nivel 3 o "Level 3"	30% min \$30 de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Genérico Primera Opción	50% de 0-\$1,000 de \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	50% de \$251-\$1,000 de \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	35% de \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción
Productos Especializados - Nivel 4 o "Level 4"	50% de \$0 - \$1,000 \$1,001 en adelante 60% Genérico Primera Opción	50% de 0-\$1,000 de \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	50% de \$251-\$1,000 de \$1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	50% de \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción
Medicamentos Fuera del Retecario (OTC)	No cubiertos	No cubiertos	No cubiertos	No cubiertos
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS, BIENESTAR Y MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS</b>				
Servicios Preventivos (incluye servicios a la mujer)	0%	0%	0%	0%
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%	0%	0%	0%
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	20%	50%	50%	35%
<b>SERVICIOS DE VISIÓN</b>				
Adultos:				
Examen de Refracción	\$10	\$12	\$15	\$12
Cubierta por reembolso	Cubierto por reembolso al 100%; hasta \$125.00 un par de lentes y montura. Aplica a los cuatro productos.			
Pedriático:				
Examen de Refracción	0%	0%	0%	0%
Visión Pedriática - Lentes de corrección visual o marcos (frames)	Coaseguro de 20% hasta \$250 un par de lentes y montura; Exceso de \$250 paga coaseguro de 80%			
<b>OTROS SERVICIOS CUBIERTOS</b>				
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	20%	25%	30%	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.			
<b>BENEFICIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA EL TRATAMIENTO DE OBESIDAD MÓRBIDA</b>				
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$50	\$0 RP/\$150 Fuera	\$0 RP/\$250 Fuera	\$0 RP/\$200 Fuera
<b>PROGRAMAS INCLUIDOS COMO PARTE DE SUS BENEFICIOS</b>				
Nutricionista	Cubierto por reembolso hasta \$20 por visita; 4 por año			
<b>CUBIERTA DENTAL</b>				
	\$0-\$1,000 Aplicarán los copagos y coaseguros descritos a continuación \$1,001 en adelante aplicará coaseguro de 60%	\$0-\$1,000 aplican coaseguros a continuación; \$1,001 en adelante 80%		
Diagnóstico y Preventivo	0%	0%	0%	0%
Restaurativo Menor	20%	20%	20%	20%
Restaurativo Mayor	50%	50%	50%	50%
Mantenedores de Espacio	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto

<sup>1</sup>Dentro de nuestra red preferida.

TE CUBRIMOS EN

**TODO** PUERTO RICO



plansaludmenonita



/plandesaludmenonita