PLAN DE SALUD MENONITA	Platino MXP01	Gold 1 MXP01G1	Gold 2 MXP01G2	Gold 3 MXP01G3	Gold MXPOSG01	
					Red Preferida	Fuera de Red Preferida
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)						
Deducible Anual para Beneficios Médicos						
-Individual	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
-Familiar	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Deducible Anual para Medicamentos						
-Individual	N/A	N/A	$250	N/A	N/A	N/A
-Familiar	N/A	N/A	$250/por suscriptor	N/A	N/A	N/A
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos Recetados (Combinados)						
-Individual	$3,500	$6,350	$6,350	$6,350	$6,350	
-Familiar	$7,000	$12,700	$12,700	$12,700	$12,700	
Beneficios Esenciales de Salud						
Servicios de Emergencia						
-Accidente	$25	$50 Fuera/$0 en ER de la Red Preferida	$75 Fuera/$0 en ER de la Red Preferida	$50 Fuera/$0 en ER de la Red Preferida	$50	$100
-Enfermedad	$25	$50 Fuera/$0 en ER de la Red Preferida	$75 Fuera/$0 en ER de la Red Preferida	$50 Fuera/$0 en ER de la Red Preferida	$50	$100
Hospitalización						
-Parcial incluyendo Salud Mental	$30	$100	$150	$100	$75	$150
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	$50	$0 Red Preferida/$150 Fuera de Red Preferida	$0 Red Preferida/$250 Fuera de Red Preferida	$0 Red Preferida/$200 Fuera de Red Preferida	$150	$250
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	$50	$150	$250	$200	$150	$250
-Facilidades de enfermería diestra o "Skill Nursing Home"	$50	50%	50%	50%	30%	30%
-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	30%	70%
Servicios Ambulatorios						
-Generalista	$5	$5	$10	$5	$10	$10
-Especialista	$10	$12	$15	$12	$15	$15
-Sub-Especialista	$15	$17	$20	$20	$20	$20
-Psiquiatría	$10	$12	$15	$12	$15	$15
-Sicólogo	$10	$12	$15	$12	$15	$15
-Podiatría	$10	$12	$15	$12	$15	$15
-Quiropráctico	$10	$12	$15	$12	$15	$15
-Audiólogo	$10	$12	$15	$12	$15	$15
-Optómetra	$10	$12	$15	$12	$15	$15
Centro de Cirugía Ambulatoria	$50	$0 Red Preferida/$150 Fuera de Red Preferida	$0 Red Preferida/$250 Fuera de Red Preferida	$0 Red Preferida/$200 Fuera de Red Preferida	30%	50%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Medica	20%	50%	50%	35%	30%	50%
-Procedimientos Endoscópicos	20%	50%	50%	35%	30%	50%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Medico Duradero						
-Terapia Física	$10	$12	$15	$12	$15	$15
-Terapia Respiratoria	$10	$12	$15	$12	$15	$15
Cuidado de Salud en el Hogar (incluye, entre otros, Terapia del Habla y Ocupacional)	20%	50%	50%	50%	30%	50%
-Equipo Médico Duradero	20% hasta un máximo de $5,000, exceso 80%	50% hasta un máximo de $5,000, exceso 80%	50% hasta un máximo de $5,000, exceso 80%	50% hasta un máximo de $5,000, exceso 80%	40% hasta un máximo de $5,000, exceso 80%	
-Manipulaciones de Quiropráctico	$10	$12	$15	$12	$15	$15
Salud Mental						
-Terapia de Grupo	$10	$12	$15	$12	$15	$15
-Visitas Colaterales	$10	$12	$15	$12	$15	$15
Farmacia						
Beneficio de Farmacia	$0-$1,000 Aplicara los copagos y coaseguros descritos a continuación $1,001 en adelante aplicara Coaseguro de 60%	$0-$1,000 Aplicara los copagos y coaseguros descritos a continuación $1,001 en adelante aplicara Coaseguro de 80%	Aplica dedicible de $250 antes de que la cubierta se farmacia sea activada. $251-$1,000 Aplicara los copagos y coaseguros descritos a continuación $1,001 en adelante aplicara Coaseguro de 80%	$0-$750 Aplicara los copagos y coaseguros descritos a continuación $751 en adelante aplicara Coaseguro de 80%	$0-$1,000 Aplicara los copagos y coaseguros descritos a continuación $1,001 en adelante aplicara Coaseguro de 80%	$0-$1,000 Aplicara los copagos y coaseguros descritos a continuación $1,001 en adelante aplicara Coaseguro de 80%
-Genérico Bioequivalente Nivel 1 o "Level1"	$5	$5	$5	$7	$10	$10
-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	25% min $20 de $0 - $1,000 $1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	25% min $20 de $0 - $1,000 $1,001 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	50% de 0-$1,000 $1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	50% de 0-$1,000 $1,001 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	50% de 0-$1,000 $1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción	50% de 0-$1,000 $1,001 en adelante 80% Genérico Primera Opción
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	N/A	N/A
Programa de Medicamentos Por Correo (si aplica)						
-Genérico Bioequivalente	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
-Marca Preferida	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
-Marca No Preferida	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
-Productos Especializados	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Servicios de Laboratorios y Rayos X						
-Laboratorio	20%	0% Red Preferida/50% fuera de Red Preferida	0% Red Preferida/50% fuera de Red Preferida	0% Red Preferida/35% fuera de Red Preferida	30%	50%
-Rayos X	20%	0% Red Preferida/50% fuera de Red Preferida	0% Red Preferida/50% fuera de Red Preferida	0% Red Preferida/35% fuera de Red Preferida	30%	50%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año)	20%	50%	50%	40%	30%	50%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas						
-Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	20%	50%	50%	35%	30%	30%
Servicios de Visión Pediátrica						
Examen de la vista (Refracción)	$0	$0	$0	$0	$0	$0
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%	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%	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 (adultos)	$10	$12	$15	$12	$15	$15
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	20%	25%	30%	30%	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.	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.	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.	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.	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.	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	$0 Red Preferida/$150 Fuera de Red Preferida	$0 Red Preferida/$250 Fuera de Red Preferida	$0 Red Preferida/$200 Fuera de Red Preferida	$150	$250
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios						
Nutricionista	Cubierto por reembolso hasta $20 por visita; 4 por año	Cubierto por reembolso hasta $20 por visita; 4 por año	Cubierto por reembolso hasta $20 por visita; 4 por año	Cubierto por reembolso hasta $20 por visita; 4 por año	Cubierto por reembolso hasta $20 por visita; 4 por año	Cubierto por reembolso hasta $20 por visita; 4 por año
Cubierta Dental						
Beneficio Dental	$0 - $1,000 aplican coaseguros a continuacion; $1,001 en adelante 60%	$0-$1,000 aplican coaseguros a continuacion; $1,001 en adelante 80%	$0-$1,000 aplican coaseguros a continuacion; $1,001 en adelante 80%	$0-$1,000 aplican coaseguros a continuacion; $1,001 en adelante 80%	$0-$1,000 aplican coaseguros a continuacion; $1,001 en adelante 80%	$0-$1,000 aplican coaseguros a continuacion; $1,001 en adelante 80%
-Diagnostico y Preventivo	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-Mantenedores de Espacio	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No Cubierto	No Cubierto