

EMPLEADO PÚBLICO

MENONITA ES EL PLAN PARA TI

ACEPTADO EN TODO PR

\$0
Copago
en la red preferida**

Cubiertas desde
\$64^{.50*}
Quincenal



Te cubrimos en
todo Puerto Rico



Servicio
Personalizado



Libre Selección,
Sin Referido



Beneficio
de Espejuelos



Beneficio De
Seguro De Vida***



En el Hospital
de tu preferencia



Gastos Médicos
Mayores



Intérprete de Señas
(Requiere coordinación)



Programa
de Salud 360

CATEGORÍA	RUBÍ	PLATA	MANDATORIA
INDIVIDUAL empleadopublico.com	\$229.00	\$383.00	\$779.00
PAREJA	\$414.00	\$906.00	\$1,843.00
FAMILIAR DE 3 O MÁS	\$511.00	\$1,213.00	\$2,467.00
DEPENDIENTE OPCIONAL < 65 AÑOS	\$520.00	\$637.00	\$1,209.00
DEPENDIENTE ≥ 65 AÑOS SIN MEDICARE A&B	\$752.00	\$979.00	\$1,794.00

LUIS OSCAR ENCARNACION
787-224-4444 / 787-692-2222
empleadopublico.com



PLAN DE SALUD
MENONITA

*Tarifas quincenales tomando en consideración \$100.00 de aportación patronal mensual. **Sólo para cubiertas Rubí y Plata.
***El Seguro de Vida es opcional y solo aplica al suscriptor principal, costo de \$1.60 mensual.
Ciertas reglas aplican, para más información favor de referirse a la Guía del Suscriptor.
Anuncio Autorizado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

SERVICIOS MÉDICOS	RUBÍ			PLATA			MANDATORIA			
	COPAGOS Y COASEGUROS									
SERVICIOS DE EMERGENCIA	RED PREFERIDA		/ OTRAS FACILIDADES		RED PREFERIDA		/ OTRAS FACILIDADES		TODA LA RED	
ACCIDENTE			\$0				\$0		\$0	
ENFERMEDAD	\$30		/ \$75				\$50		\$40	
HOSPITALIZACIÓN										
TOTAL INCLUYENDO SALUD MENTAL	\$0		/ \$250		\$0		/ \$100		\$75	
PARCIAL SALUD MENTAL	\$0		/ \$150		\$0		/ \$75		\$75	
SERVICIOS AMBULATORIOS										
GENERALISTA			\$10				\$8		\$8	
ESPECIALISTA			\$18				\$12		\$10	
SUB-ESPECIALISTA			\$20				\$18		\$15	
PSIQUIATRÍA			\$18				\$12		\$10	
PSICÓLOGO			\$18				\$12		\$10	
QUIROPRÁCTICO			Copago de \$12 limitado a 15 sesiones por año. (COMBINADAS CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)				Copago de \$12 limitado a 20 sesiones por año. (COMBINADAS CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)		Copago de \$10 limitado a 20 sesiones por año. (COMBINADAS CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)	
NUTRICIONISTA			\$12 de copago, hasta doce (12) visitas por año contrato.						\$10 de copago, hasta doce (12) visitas por año contrato.	
LABORATORIOS Y RAYOS X	0%		/ 50%		0%		/ 30%		30%	
ESTUDIOS ESPECIALIZADOS										
CT SCAN	40%		/ 50%		40%				30%	
SONOGRAMAS	0%		/ 50%		0%		/ 40%		30%	
STRESS TEST, ELECTROCARDIOGRAMA, ESTUDIOS NEUROLÓGICOS			50%		40%				30%	
MRI, MRA			50% LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO		40% LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO				30% LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO	
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN										
TERAPIA FÍSICA			Copago de \$7 limitado a 15 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRÁCTICO)		Copago de \$7 limitado a 20 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRÁCTICO)				Copago de \$7 limitado a 20 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRÁCTICO)	
TERAPIA RESPIRATORIA			Copago de \$7		Copago de \$7				Copago de \$7	
GASTOS MÉDICOS MAYORES										
EQUIPO MÉDICO DURADERO			Aplica 20% coaseguro. Requiere pre-autorización.						Aplica 20% coaseguro después del deducible inicial.	
FARMACIA			BENEFICIO ANUAL \$750 LUEGO APLICA UN 80%		BENEFICIO ANUAL \$1,750 LUEGO APLICA UN 40%				BENEFICIO ANUAL \$2,000 LUEGO APLICA UN 40%	
GENÉRICO BIOEQUIVALENTE			Farmacia Preferida \$10 Farmacia No Preferida \$15		Farmacia Preferida \$5 Farmacia No Preferida \$10				10% mínimo \$5 Farmacia Preferida 15% mínimo \$10 Farmacia no Preferida	
MARCA PREFERIDA			25%, mínimo \$25 Farmacia Preferida 30%, mínimo \$30 Farmacia no Preferida		15%, mínimo \$15 Farmacia Preferida 20%, mínimo \$20 Farmacia no Preferida				10%, mínimo \$12 Farmacia Preferida 15%, mínimo \$15 Farmacia no Preferida	
MARCA NO PREFERIDA			50%, mínimo \$50 Farmacia Preferida 55%, mínimo \$55 Farmacia no Preferida		25%, mínimo \$25 Farmacia Preferida 30%, mínimo \$30 Farmacia no Preferida				15%, mínimo \$20 Farmacia Preferida 20%, mínimo \$25 Farmacia no Preferida	
PRODUCTOS ESPECIALIZADOS			50%		50%				30% hasta máximo \$200	
SERVICIOS PREVENTIVOS										
SERVICIOS PREVENTIVOS (INCLUYENDO LAS DE MUJER)			0%		0%				0%	
INMUNIZACIONES (VACUNAS) PREVENTIVAS			0%, aplica costos por administración		0%, aplica costos por administración				0%, aplica costos por administración	
SERVICIOS DE VISIÓN										
EXAMEN DE LA VISTA (REFRACCIÓN)			Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$10.							
MONTURA Y RECETA			Cubierto 1 par por suscriptor hasta \$150 por año contrato. Cubierto por reembolso.						Lentes Visión Sencilla.....\$18 copago Lentes Bifocales.....\$20 copago Lentes de contactos.....\$36 copago Monturas.....\$18 copago	
CUBIERTA DENTAL			BENEFICIO ANUAL \$500		BENEFICIO ANUAL \$1,000				BENEFICIO ANUAL \$1,000	
EXÁMEN ORAL PERIÓDICO			Cubierto cada 6 meses		Cubierto cada 6 meses				Cubierto cada 6 meses	
RESTAURATIVO			50%		30%				20%	
ENDODONCIA			50%		30%				20%	
RESTAURACIONES TEMPORERAS (CORONAS)			50%		50%				20%	
CIRUGÍA ORAL			50%		30%				20%	

Esta información es solo un breve resumen de la cubierta; para más detalles referirse a la guía del suscriptor.