

EMPLEADO PÚBLICO

EMPLEADOS ACTIVOS, PENSIONADOS SIN MEDICARE A&B O PENSIONADOS SOLAMENTE CON PARTE A DE MEDICARE.

Cubiertas 2024

\$0
COPAGO
en la red preferida



COBERTURA EN TODO PUERTO RICO



EN EL HOSPITAL DE TU PREFERENCIA



LIBRE SELECCIÓN, SIN REFERIDO



INTÉRPRETE DE SEÑAS (Requiere coordinación)



SERVICIO PERSONALIZADO



BENEFICIO DE ESPEJUELOS



BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA**



PROGRAMA SALUD 360



GASTOS MÉDICOS MAYORES

CATEGORÍA	RUBÍ	PLATA	MANDATORIA
INDIVIDUAL	\$205.00	\$343.00	\$750.00
PAREJA	\$370.00	\$810.00	\$1,773.00
FAMILIAR DE 3 O MÁS	\$457.00	\$1,085.00	\$2,374.00
DEPENDIENTE OPCIONAL < 65 AÑOS	\$465.00	\$570.00	\$1,163.00
DEPENDIENTE ≥ 65 AÑOS SIN MEDICARE A&B	\$673.00	\$876.00	\$1,726.00

LUIS ENCARNACIÓN
787-224-4444 / 787-692-2222
empleadopublico.com

Te Cubrimos
100x35

PLAN DE SALUD
MENONITA

*Solo para cubiertas Rubí y Plata, ciertas reglas aplican para más información favor de referirse a la Guía del Suscriptor. **El Seguro de vida es opcional y solo aplica al suscriptor principal, costo de \$1.60 mensual. 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
SIQUIATRIA			\$18			\$12	\$10
SICÓLOGO			\$18			\$12	\$10
QUIROPRACTICO	Copago de \$12 limitado a 15 sesiones por año. (COMBINADO CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)		Copago de \$12 limitado a 20 sesiones por año. (COMBINADO CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)		Copago de \$10 limitado a 20 sesiones por año. (COMBINADO 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% <small>LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO</small>			40% <small>LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO</small>	30% <small>LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO</small>
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN							
TERAPIA FÍSICA	Copago de \$7 limitado a 15 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRACTICO)		Copago de \$7 limitado a 20 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRACTICO)		Copago de \$7 limitado a 20 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRACTICO)		
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 <small>DEPOSI APACA UN AÑO</small>		BENEFICIO ANUAL \$1.750 <small>DEPOSI APACA UN AÑO</small>		BENEFICIO ANUAL \$2.000 <small>DEPOSI APACA UN AÑO</small>		
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 Simple.....\$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 (CORONA)	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.