



CUBIERTA MENONITA MAX GOLD 3



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, puede escribir a servicioalcliente@planmenonita.com. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.planmenonita.com o llamar a 1-866-952-6735 ó 787-735-4520 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	Esta cubierta no le aplica deducible adelantado.	
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Esta cubierta no le aplica deducible adelantado.	
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No. Esta cubierta no le aplica deducible adelantado.	
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Los máximos por gastos directos de bolsillo establecidos son: Individual \$6,350 y Familiar \$12,700	Una vez llega al máximo de bolsillo establecido en su cubierta, no tiene que pagar ningún copago/coaseguro. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, ellos también deben completar su propio Máximo de gastos directos de bolsillo hasta que el gasto de familia sea alcanzado.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, pagos por beneficios no esenciales, gastos por servicios no cubiertos, servicios prestados por proveedores fuera de la red, balances por cargos de primas.	Aunque usted pague por estos servicios, los mismos no cuentan para el Máximo de gastos directos de bolsillo
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Si. Algunos servicios dentro de la Red Preferida.	Limitado a algunos servicios en cubierta y solo en Facilidades contratadas propietarias o Administradas por el Sistema de Salud Menonita, MedCentro Consejo de Salud de PR Inc., Hospital Ashford y Migrant Health Center, Inc.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No	Bajo este plan usted no necesita referidos y puede acceder médicos especialistas sin la necesidad de referidos



Todos los costos de **copago** y **coaseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red Preferida (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red preferida (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención Generalista para tratar una lesión o enfermedad	\$5 de copago	\$5 de copago	
	Visita al especialista	\$12 de copago	\$12 de copago	
	Servicios Preventivos/Cernimiento/v acunas	Cubiertos al 100%	Cubiertos al 100%	Servicios preventivos de "Patient Protection and Affordable Care Act (P.L. 111-148) y "Health Care and Education Affordability Act of 2010" (P.L. 111-152)(PPACA)
Si se realiza un examen	Laboratorios y Rayos x	0% coaseguro	35% coaseguro	
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	40% coaseguro	40% coaseguro	MRI Limitados a 1 por región anatómica por año contrato. CT's no tienen limitación en frecuencia. PET 1 por año contrato.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.[insert].com	Medicamentos genéricos	\$7 de copago	\$7 de copago	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Genéricos primera opción. ✓ Medicamentos de Mantenimiento hasta 30 días y 3 repeticiones excepto lo dispuesto en el artículo 4.120 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico ✓ Algunos medicamentos requieren preautorización del plan y el uso de terapia escalonada.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$25% \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción	\$25% \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción	
	Medicamentos de marcas no preferidas	35% \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción	35% \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción	
	Medicamentos especializados	50% de \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción	50% de \$0 - \$750 \$751 en adelante 80% Genérico Primera Opción	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red Preferida (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red preferida (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$0 de copago	\$200 de copago	
	Honorarios del médico/cirujano	\$0 de Copago	\$0 de copago	En la mayoría de las cirugías ambulatorias en cubierta.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$0 de copago	\$50 de copago	Copago de \$50 fuera de la red Preferida y Copago de \$0 en la red Preferida.
	Transporte médico de emergencia	20% de coaseguro	20% de coaseguro	El servicio de ambulancia por emergencias a través de 9-1-1 el PLAN lo pagará directamente al proveedor. Servicios que no sean emergencias estarán cubiertos hasta un máximo de \$80.00 por viaje a través de reembolso.
	Atención de urgencia	\$0 de copago	\$50 de copago	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$0 de copago	\$200 de copago	
	Honorarios del médico/cirujano	\$0 de copago	\$0 de copago	En la mayoría de las condiciones en cubierta.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$12.00 Copago en Siquiatra o Psicólogo. \$100 copago en Hospitalización Parcial	\$12.00 Copago en Siquiatra o Psicólogo. \$100 copago en Hospitalización Parcial	
	Servicios internos	\$0 de copago	\$200 de copago	Hospitalización
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$12 de copago	\$12 de copago	
	Servicios de parto profesionales	\$12 de copago	\$12 de copago	Para detalles de otros servicios de parto favor referirse a la Cubierta.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$0 de copago	\$200 de copago	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	50% coaseguro	50% coaseguro	40 visitas por año. Ver detalles en la Cubierta. Requiere preautorización
	Servicios de rehabilitación	\$12 de copago	\$12 de copago	20 visitas por año. Incluye terapia física. Terapia del habla, ocupacionales y lenguaje no cubiertas excepto en pacientes de Autismo. Ver detalles en la Cubierta.
	Servicios de habilitación	\$12 de copago	\$12 de copago	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red Preferida (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red preferida (Usted pagará lo máximo)	
	Facilidades de enfermería diestra o "Skill Nursing Home"	50% coaseguro	50% coaseguro	120 días. Ver detalles en la Cubierta. Requiere preautorización
	Equipo médico duradero	50% coaseguro	50% coaseguro	Hasta un máximo de \$5,000. Exceso del máximo paga 80% de coaseguro. Requiere preautorización
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$0 de copago	\$0 de copago	Limitado a 1 examen por año
	Anteojos para niños	Coaseguro de 20% hasta un máximo de \$250; exceso paga coaseguro de 80%	Coaseguro de 20% hasta un máximo de \$250; exceso paga coaseguro de 80%	Limitado a 1 par de anteojos por año
	Chequeo dental pediátrico preventivo	\$0 de copago	\$0 de copago	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía maxilofacial • Implantes y prótesis en casos impotencia • Cirugía aumento o reducción de seno • Vacunas para viajar • Música terapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos o tratamientos condiciones cosméticas • Tratamiento infertilidad • Servicio o tratamiento para subir o bajar de peso • Medios de Contraste para MRI y CT entre otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Infertilidad • Liposucción • Tratamiento Rayos Laser • Hospicio
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugías Ambulatorias • Laboratorio • Dental • Farmacia • Procedimientos y pruebas neurológicas • Endoscopias 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Física • Terapia Respiratoria • Pruebas Especializadas • Quimioterapias • Cirugía Bariátrica • Ambulancia aérea 	<ul style="list-style-type: none"> • Rayos x • Equipo Médico Duradero • Sonogramas • Nutricionista • Quiropráctico • Pruebas de alergia

Sus derechos a continuar con su cobertura: Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con su cubierta, comuníquese con el plan al (787) 735-4520. Usted puede contactar también a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, el Departamento del trabajo federal y Administración de Seguridad de Beneficios al Empleado al 1 (866) 444-3272 o www.dol.gov/ebsa o el Departamento de Salud y Servicios Humanos Federal al 1 (877) 267-2323 x 61565 o www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: 1-866-952-6735/ 787-735-4520

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-952-6735/ 787-735-4520

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

María está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$500
- Especialista *copago* \$50
- Hospital (instalaciones) *coaseguro* 20%
- Otro *coaseguro* 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, María pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$300
Coaseguro	\$2,300
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que María pagaría es	\$3,160

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El deducible general del plan \$500
- Especialista [*costo compartido*] \$50
- Hospital (instalaciones) [*costo compartido*] 20%
- Otro [*costo compartido*] 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$800
Copagos	\$1,200
Coaseguro	\$300
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$2,360

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El deducible general del plan \$500
- Especialista [*costo compartido*] \$50
- Hospital (instalaciones) [*costo compartido*] 20%
- Otro [*costo compartido*] 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$700
Copagos	\$50
Coaseguro	\$300
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,050

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.