

Menonita directo

Cubiertas desde

\$80.08*



En el hospital
de tu preferencia



Libre selección,
sin referido



Servicio
personalizado



Salud mental



Beneficios
de espejuelos



Programa
preventivo



Dental



Intérprete de señas
(REQUIERE COORDINACIÓN)

\$0 Copago en la red preferida**

RESUMEN DE BENEFICIOS 2026

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 ** / \$50 Fuera

\$0 ER ** / \$75 Fuera

\$0 ER ** / \$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 ** / \$150 Fuera

\$0 ** / \$250 Fuera

\$0 ** / \$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 ** / 50% Fuera

\$0 ** / 35% Fuera

Rayos X **

20%

\$0 ** / 50% Fuera

\$0 ** / 35% Fuera

Sonograma **

20%

\$0 ** / 50% Fuera

\$0 ** / 40% Fuera

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

20%

50%

40%

REP. AUTORIZADO
NOE FONSECA
787-241-6237



plansaludmenonita

PLAN DE SALUD
MENONITA

RESUMEN DE BENEFICIOS 2026

BENEFICIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA EL TRATAMIENTO DE OBESIDAD MÓRBIDA				
Procedimiento de Cirugía Bariátrica**	\$50	\$0 **/\$150 Fuera	\$0 **/\$250 Fuera	\$0 **/\$200 Fuera
PROGRAMAS INCLUIDOS COMO PARTE DE SUS BENEFICIOS				
Nutricionista	Cubierto por reembolso hasta \$20 por visita; 4 por año			
CUBIERTA DENTAL		\$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

Cubiertas opcionales:

- 1. Dental Extendido: Beneficio incluye coronas cada 5 años. Tarifas: \$10.00 Individual \$20.00 Pareja \$22.00 Familiar.
- 2. Seguro de Vida: Beneficio incluye \$5,000.00 muerte natural / \$10,000.00 muerte accidental. Tarifa: \$1.60, beneficio solo aplica al suscriptor principal mayor de 18 años de edad.

*Basado en cubierta Menonita Max Gold 2 para edades de 0-20 años. Tarifas varían por edad. **Dentro de nuestra red preferida.

EDAD	PLATINO		GOLD 1		GOLD 2		GOLD 3	
	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador
0-20	\$164.79	\$164.79	\$97.26	\$97.26	\$80.08	\$80.08	\$91.63	\$91.63
21	\$259.52	\$311.42	\$153.16	\$183.79	\$126.11	\$151.34	\$144.30	\$173.16
22	\$259.52	\$311.42	\$153.16	\$183.79	\$126.11	\$151.34	\$144.30	\$173.16
23	\$259.52	\$311.42	\$153.16	\$183.79	\$126.11	\$151.34	\$144.30	\$173.16
24	\$259.52	\$311.42	\$153.16	\$183.79	\$126.11	\$151.34	\$144.30	\$173.16
25	\$260.55	\$312.66	\$153.77	\$184.52	\$126.62	\$151.94	\$144.88	\$173.85
26	\$265.74	\$318.89	\$156.83	\$188.20	\$129.14	\$154.97	\$147.76	\$177.31
27	\$271.97	\$326.37	\$160.51	\$192.61	\$132.17	\$158.60	\$151.23	\$181.47
28	\$282.09	\$338.51	\$166.48	\$199.78	\$137.08	\$164.50	\$156.85	\$188.22
29	\$290.40	\$348.48	\$171.38	\$205.66	\$141.12	\$169.34	\$161.47	\$193.76
30	\$294.55	\$353.46	\$173.83	\$208.60	\$143.14	\$171.77	\$163.78	\$196.54
31	\$300.78	\$360.93	\$177.51	\$213.01	\$146.16	\$175.40	\$167.24	\$200.69
32	\$307.01	\$368.41	\$181.19	\$217.42	\$149.19	\$179.03	\$170.71	\$204.85
33	\$310.90	\$373.08	\$183.48	\$220.18	\$151.08	\$181.30	\$172.87	\$207.44
34	\$315.05	\$378.06	\$185.93	\$223.12	\$153.10	\$183.72	\$175.18	\$210.22
35	\$317.13	\$380.55	\$187.16	\$224.59	\$154.11	\$184.93	\$176.33	\$211.60
36	\$319.20	\$383.04	\$188.38	\$226.06	\$155.12	\$186.14	\$177.49	\$212.99
37	\$321.28	\$385.54	\$189.61	\$227.53	\$156.13	\$187.35	\$178.64	\$214.37
38	\$323.36	\$388.03	\$190.83	\$229.00	\$157.14	\$188.56	\$179.80	\$215.76
39	\$327.51	\$393.01	\$193.29	\$231.94	\$159.15	\$190.98	\$182.11	\$218.53
40	\$331.66	\$397.99	\$195.74	\$234.88	\$161.17	\$193.41	\$184.41	\$221.30
41	\$337.89	\$405.47	\$199.41	\$239.29	\$164.20	\$197.04	\$187.88	\$225.45
42	\$343.86	\$412.63	\$202.93	\$243.52	\$167.10	\$200.52	\$191.20	\$229.44
43	\$352.16	\$422.59	\$207.84	\$249.40	\$171.13	\$205.36	\$195.81	\$234.98
44	\$362.54	\$435.05	\$213.96	\$256.75	\$176.18	\$211.42	\$201.59	\$241.90
45	\$374.74	\$449.69	\$221.16	\$265.39	\$182.11	\$218.53	\$208.37	\$250.04
46	\$389.27	\$467.13	\$229.74	\$275.68	\$189.17	\$227.00	\$216.45	\$259.74
47	\$405.62	\$486.75	\$239.39	\$287.26	\$197.11	\$236.54	\$225.54	\$270.65
48	\$424.31	\$509.17	\$250.41	\$300.50	\$206.19	\$247.43	\$235.93	\$283.11
49	\$442.73	\$531.28	\$261.29	\$313.54	\$215.15	\$258.18	\$246.17	\$295.41
50	\$463.49	\$556.19	\$273.54	\$328.25	\$225.24	\$270.28	\$257.72	\$309.26
51	\$484.00	\$580.80	\$285.64	\$342.77	\$235.20	\$282.24	\$269.12	\$322.94
52	\$506.57	\$607.89	\$298.96	\$358.76	\$246.17	\$295.41	\$281.67	\$338.01
53	\$529.41	\$635.29	\$312.44	\$374.93	\$257.27	\$308.72	\$294.37	\$353.24
54	\$554.07	\$664.88	\$326.99	\$392.39	\$269.25	\$323.10	\$308.08	\$369.69
55	\$578.72	\$694.46	\$341.54	\$409.85	\$281.23	\$337.48	\$321.79	\$386.14
56	\$605.45	\$726.54	\$357.32	\$428.78	\$294.22	\$353.06	\$336.65	\$403.98
57	\$632.44	\$758.93	\$373.25	\$447.90	\$307.34	\$368.80	\$351.66	\$421.99
58	\$661.25	\$793.49	\$390.25	\$468.30	\$321.33	\$385.60	\$367.67	\$441.21
59	\$675.52	\$810.62	\$398.67	\$478.40	\$328.27	\$393.93	\$375.61	\$450.73
60	\$704.32	\$845.19	\$415.67	\$498.80	\$342.27	\$410.72	\$391.63	\$469.95
61	\$729.24	\$875.09	\$430.37	\$516.45	\$354.38	\$425.25	\$405.48	\$486.58
62	\$745.59	\$894.71	\$440.02	\$528.03	\$362.32	\$434.79	\$414.57	\$497.49
63	\$766.09	\$919.31	\$452.12	\$542.55	\$372.28	\$446.74	\$425.97	\$511.17
64	\$778.56	\$934.26	\$459.48	\$551.37	\$378.33	\$454.02	\$432.90	\$519.48
65 and over	\$778.56	\$934.26	\$459.48	\$551.37	\$378.33	\$454.02	\$432.90	\$519.48

Nuestras tarifas comienzan desde \$80.08 basado en producto ORO 2, 0-20 años de edad. Rev.9.30.2025

Cubiertas opcionales:

1. Dental Extendido: Beneficio incluye coronas cada 5 años. Tarifas: \$10.00 Individual \$20.00 pareja \$22.00 Familiar.
2. Seguro de Vida: Beneficio incluye \$5,000.00 muerte natural / \$10,000.00 muerte accidental. Tarifa: \$1.60, beneficio solo aplica al suscriptor principal mayor de 18 años de edad.

SEGURO DE VIDA*

PLAN DE SALUD MENONITA, ofrece cubierta de Seguro de Vida, Muerte Accidental y Desmembramiento.

SEGURO DE VIDA DE TÉRMINO RENOVABLE ANUALMENTE

La compañía pagará al beneficiario designado en vigor a la fecha del fallecimiento del suscriptor asegurado, la cantidad de \$5,000 por muerte.



SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL

La compañía pagará la cantidad de \$5,000 adicionales al seguro de vida al beneficiario designado, en caso de que el suscriptor asegurado fallezca a causa de un accidente.

MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

La suma que se indica en la siguiente tabla, se pagará al beneficiario designado en caso de muerte accidental y al asegurado en caso de un desmembramiento cuando sufra, dentro de un periodo de noventa (90) días desde la fecha del accidente, una de las siguientes pérdidas:

POR LA PÉRDIDA DE:	SE PAGARÁ LA SIGUIENTE CANTIDAD
La vida	\$5,000
Ambas manos o ambos pies	\$5,000
Visión de ambos ojos	\$5,000
Una mano y un pie	\$5,000
Una mano y la visión de un ojo	\$5,000
Un pie y la visión de un ojo	\$5,000
Pérdida del Habla	\$5,000
Audición por ambos oídos	\$5,000
Una mano, un pie o la visión de un ojo	\$2,500
Audición por un oído	\$2,500
El dedo pulgar y el dedo índice de la misma mano	\$1,250

ENDOSO DE BENEFICIO DE PAGO ACELERADO POR MUERTE ADELANTADA

Este endoso de Beneficio de Pago Acelerado por muerte adelantada, es un excelente beneficio que está disponible para todos los asegurados que cualifiquen para el seguro. El endoso, provee para el pago por adelantado del 50% de la cantidad de la cubierta básica (seguro de vida), en la eventualidad que el asegurado sea diagnosticado con una enfermedad terminal y un médico certifique que la expectativa de vida del asegurado es de 12 meses o menos.

El adelanto del 50% de la cantidad de seguro podrá solicitarse solamente una vez. El adelanto no es un préstamo ni tiene una penalidad sobre la cantidad restante del seguro de vida. El endoso tiene un costo que se calcula al momento de solicitar el adelanto.



REDUCCIÓN DEL SEGURO DEL SUSCRIPTOR POR EDAD

La cantidad de seguro se reducirá de acuerdo a la siguiente tabla:

EDAD	CANTIDAD DE SEGURO (Porcentaje de la Cantidad Principal del Seguro)
65-69	65%
70-74	45%
75-79	30%
80-84	20%
85-89	15%
90 ó más	10%

SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL

En el caso de que la muerte fuera causada por un accidente, el seguro pagaría la cantidad básica de \$5,000 más el seguro por muerte accidental de \$5,000, para un total de \$10,000.



PLAN DE SALUD
MENONITA

Este seguro de vida es provisto por la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico (COSVI). Este boletín informativo contiene solo un resumen de las características más importantes de la cubierta. Para mayor información deberá referirse al contrato.

PLAN DE SALUD

MENONITA

Clasificación códigos dentales	Coaseguro
--------------------------------	-----------

DIAGNÓSTICO Y PREVENTIVO

DENTAL EXAM (1 cada 3 años)	D0150	0%
DENTAL EXAM PERIODIC	D0120, D0140	0%
DENTAL PREVENTIVE-adult (1 cada 6 meses)	D1110, D1120	0%
FLUORIDE TREATMENT (1 cada 6 meses) (up 19 yr)	D1208	0%
SELLANTE (under 14 yrs)	D1351	20%
DENTAL SPACER (up 14 yr) (1 por vida)	D1510, D1515	0%
DENTAL - XRAY COMPLETE SERIES (1 cada 3 años)	D0210	0%
DENTAL PERIAPICAL FILM-INITIAL (1 por año)	D0220	0%
DENTAL PERIAPICAL FILMS (5 por años)	D0230	0%
DENTAL BITEWINGS	D0270, D0272	0%
DENTAL XRAY (cada 3 años panoramica)	D0330	

RESTAURATIVO MENOR

DENTAL RESTAURATIVE (cada 3 años)	D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392	20%
SEDATIVE FILLING (cada 5 años por diente)(1 pieza por día)	D2940	20%
SIMPLE EXTRACTION	D7140	20%
EMERGENCY DENTAL VISIT (cada 6 meses)	D9110, D9910, D9930	20%

RESTAURATIVO MAYOR

DENTAL ENDODONCY (cada 5 años por diente)	D3220, D3310, D3320, D3330	20%
DENTAL PERIODONCY (por cuadrante)	D4341, D4910, D4220	20%
DENTAL ORAL SURGERY	D4341, D4910, D4220, D7220, D7230, D7240, D7250	20%

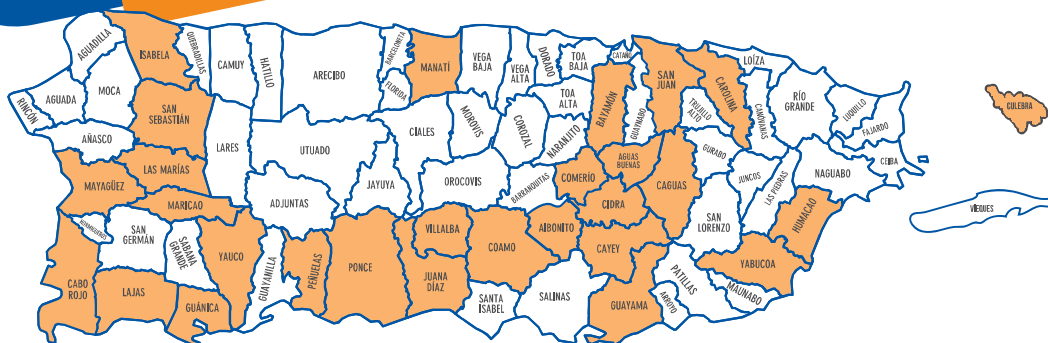
DENTAL EXTENDIDO (OPCIONAL)

DENTAL CROWNS RESTORATION (cada 5 años)	D2740, D2752	50%
Tarifa: \$10.00 Individual • \$20.00 Pareja • \$22 Familiar		

RED PREFERIDA

**CON NUESTRA
RED PREFERIDA
OBTIENES:**

\$0 COPAGO*



Hospitalización Regular • Laboratorios
Rayos X • Sonogramas
Facilidad de Cirugía Ambulatoria

Facilidades del SSM

**Sistema de
Salud Menonita****Centros de
Salud Menonita**

Aguas Buenas
Cidra
Coamo
Comerio
Culebra
Yabucoa

Hospitales

Aibonito
Caguas
Cayey
Guayama
Humacao
Ponce

Facilidades Afiliadas

**Ashford
Hospital**

San Juan

**Doctors'
Center
Hospital**

Bayamón
Carolina
Manatí
San Juan

MedCentro

Coamo
Juana Díaz
Peñuelas
Ponce
Villalba

**Migrant
Health Center**

Cabo Rojo
Guánica
Isabela
Lajas
Las Marías
Maricao
Mayagüez
San Sebastián
Yauco

San Juan

- **CDT Gualberto**
Rabell - (Radiology /
Clinical Laboratory)
- **CDT Javier Anton**
(Radiology / Clinical
Laboratory)
- **CDT José Belaval**
(Radiology / Clinical
Laboratory)

- **CDT Enrique Koppish**
(Radiology)
- **CDT Oliveras Guerra**
(Radiology)
- **CDT López Antongiorgi**
(Radiology / Clinical
Laboratory)
- **CDT Arnaldo Garcia**
(Radiology / Clinical
Laboratory)

Bayamón

- **Laboratorio**
Clinico Marie E
- **Laboratorio**
Clinico Marielys
- **Hato Tejas**
X Rays
- **Varmed**
(Clinical Laboratory)

*Ciertas reglas aplican. Para detalles, refiérase a la guía del suscriptor.