

	Plata	Plata
	Triple-S Directo Plata 1 01/2019	Triple-S Directo Plata 2 01/2019
Deducible y Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP)		
Deducible Anual para Beneficios Médicos		
-Individual	N/A	N/A
-Familiar	N/A	N/A
Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)		
-Individual	100 por persona	N/A
-Familiar	N/A	N/A
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)		
-Individual	\$6,350	\$6,350
-Familiar	\$12,700	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud		
Servicios de Emergencia y Urgencia		
Recomendado por Teleconsulta	\$50	\$25
-Accidente	\$100	\$50
-Enfermedad	\$100	\$50
Centro de Urgencia	\$25	\$25
Hospitalización		
-Parcial incluyendo Salud Mental	Preferido: \$50 No preferido: \$100	Preferido: \$50 No preferido: \$100
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$300 No preferido: \$650	Preferido: \$150 No preferido: \$450
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$300 No preferido: \$650	Preferido: \$150 No preferido: \$450
-Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	50%	\$200
-Asistencia Quirúrgica	50%	50%
Servicios Ambulatorios		
-Generalista	\$0 SALUS/ \$15	\$0 SALUS/ \$5
-Especialista	\$0 SALUS/ \$20	\$0 SALUS/ \$10
-Sub-Especialista	\$0 SALUS/ \$20	\$0 SALUS/ \$15
-Siquiatría	\$20	\$10
-Sicólogo	\$0 SALUS/ \$20	\$0 SALUS/ \$10
-Podiatra	\$0 SALUS/ \$20	\$0 SALUS/ \$10
-Quiropráctico	\$15	\$15
-Audiólogo	\$0 SALUS/ \$20	\$0 SALUS/ \$10
-Optómetra	\$0 SALUS/ \$20	\$0 SALUS/ \$10
-Facilidad Ambulatoria	50%	\$200
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	50%	45%
Procedimientos Endoscópicos	50%	40%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero		
-Terapia Física	\$15	\$15
-Terapia Respiratoria	\$10	\$10
-Cuidado de Salud en el Hogar	50%	40%
-Equipo Médico Duradero	50%	50%
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$15	\$15
Salud Mental		
-Terapia de Grupo	\$20	\$10
-Visitas Colaterales	\$20	\$10
Farmacia		
Primer Nivel de Cubierta	\$500 por persona	\$600 por persona
Genéricos Preferidos	\$5	\$5
Genéricos No Preferidos	30%	90%
Marca Preferidos	40%	90%
Marca No Preferidos	40%	90%
Productos Especializados Preferidos	50%	90%
Productos Especializados No Preferidos	50%	90%
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$0 (Programa OTC TS)	\$0 (Programa OTC TS)
Programa de Medicamentos Por Correo		
Genéricos Preferidos	\$10	\$10
Genéricos No Preferidos	23%	68%
Marca Preferidos	30%	68%
Marca No Preferidos	30%	68%
Productos Especializados Preferidos	N/A	N/A
Productos Especializados No Preferidos	N/A	N/A
Coaseguro para todos los medicamentos luego del primer nivel de cubierta	90%	90%
Servicios de Laboratorios y Rayos X		

-Laboratorio	50%	30%
-Rayos X	\$0 SALUS/ 50%	\$0 SALUS/ 30%
-PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT	50%	40%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas		
-Servicios Preventivos (incluyendo los de la mujer)	\$0	\$0
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0	\$0
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	30%	30%
Servicios de Visión Pediátrica		
Visión Pediátrica (lentes de corrección visual o marcos (<i>frames</i>) para lentes de corrección visual)	\$0	\$0
Espejuelos o lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21 años.	Hasta un beneficio máximo de \$50.00 por año póliza.	
Otros Servicios Cubiertos		
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0	\$0
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$0	\$0
Servicios de Emergencia en EUA	50%	50%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	50%	50%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida		
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$200	\$200
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios		
Nutricionista	\$5	\$5
Triple-S Natural	\$15	\$15
Teleconsulta MD (Telemedicina)	\$10	\$10
Cubierta Dental		
-Diagnóstico y Preventivo	\$0	\$0