

Triple-S Salud

	PLATINO 4
	PG TS Optimo Plus 17 Metales 01/2019
<b>Deducible y Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP)</b>	
<b>Deducible Anual para Beneficios Médicos</b>	
-Individual	N/A
-Familiar	N/A
<b>Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)</b>	
-Individual	N/A
-Familiar	N/A
<b>Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)</b>	
-Individual	\$6,350
-Familiar	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>	
<b>Servicios de Emergencia y Urgencia</b>	
Recomendado por Teleconsulta	\$35
-Accidente	\$50
-Enfermedad	\$50
Sala de Urgencia	\$25
<b>Hospitalización</b>	
-Parcial incluyendo Salud Mental	Preferido: \$25 No Preferido: \$50
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$50 No Preferido: \$175
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$50 No Preferido: \$175
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$0
-Asistencia Quirúrgica	20%
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
-Generalista	\$0 SALUS/\$5
-Especialista	\$0 SALUS/\$15
-Sub-Especialista	\$0 SALUS/\$15
-Siquiatría	\$15
-Sicólogo	\$0 SALUS/\$15
-Podiatra	\$0 SALUS/\$15
-Quiropráctico	\$7
-Audiólogo	\$0 SALUS/\$15
-Optómetra	\$0 SALUS/\$15
-Facilidad Ambulatoria	\$50
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$0
Procedimientos Endoscópicos	25%
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero</b>	
-Terapia Física	\$7
-Terapia Respiratoria	\$5
-Cuidado de Salud en el Hogar	25%
-Equipo Médico Duradero	25%
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$7
<b>Salud Mental</b>	
-Terapia de Grupo	\$5
-Visitas Colaterales	\$15
<b>Farmacia</b>	
<b>Primer Nivel de Cubierta</b>	N/A
Genéricos Preferidos	\$5
Genéricos No Preferidos	\$15
Marca Preferidos	\$30
Marca No Preferidos	30%
Productos Especializados Preferidos	30% max. \$500
Productos Especializados No Preferidos	40%
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$0 (Programa OTC TS)

<b>PLATINO 4</b>
<b>PG TS Optimo Plus 17 Metales 01/2019</b>

<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>	
Genéricos Preferidos	\$10
Genéricos No Preferidos	\$30
Marca Preferidos	\$60
Marca No Preferidos	23%
Productos Especializados Preferidos	N/A
Productos Especializados No Preferidos	N/A
Coaseguro para todos los medicamentos luego del primer nivel de cubierta	N/A
<b>Servicios de Laboratorios y Rayos X</b>	
-Laboratorio	25% Selective/35%
-Rayos X	\$0 SALUS/ 25% Selective/35%
-PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT	25% Selective/35%
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>	
-Servicios Preventivos (incluyendo los de la mujer)	\$0
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	\$0
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>	
Visión Pediátrica (lentes de corrección visual o marcos ( <i>frames</i> ) para lentes de corrección visual)	\$0
Espejuelos o lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21 años	Hasta un beneficio máximo de \$100.00 por año póliza
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$0
Servicios de Emergencia en EUA	20%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	20%
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$0
<b>Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios</b>	
Nutricionista	\$0
Triple-S Natural	\$15
Teleconsulta MD® (Telemedicina)	\$10
<b>Cubierta Dental</b>	
-Diagnóstico y Preventivo	\$0