

Triple-S Salud

	ORO 1	ORO 2	ORO 3
	PG TS Optimo Plus 01/2019	PG TS Optimo Plus 01/2019	PG TS Optimo Plus 01/2019
Deducible y Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP)			
Deducible Anual para Beneficios Médicos			
-Individual	N/A	N/A	N/A
-Familiar	N/A	N/A	N/A
Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)			
-Individual	N/A	N/A	N/A
-Familiar	N/A	N/A	N/A
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos Recetados (Combinados)			
-Individual	\$6,350	\$6,350	\$6,350
-Familiar	\$12,700	\$12,700	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud			
Servicios de Emergencia y Urgencia			
Recomendado por Teleconsulta	\$50	35%	\$75
-Accidente	\$100	50%	\$100
-Enfermedad	\$100	50%	\$100
Sala de Urgencia	\$25	\$25	\$25
Hospitalización			
-Parcial incluyendo Salud Mental	Preferido: \$50 No Preferido: \$100	Preferido: \$50 No Preferido: \$100	Preferido: \$50 No Preferido: \$100
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$100 No Preferido: \$350	Preferido: \$175 No Preferido: \$400	Preferido: \$200 No Preferido: \$350
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$100 No Preferido: \$350	Preferido: \$175 No Preferido: \$400	Preferido I: \$200 No Preferido: \$350
-Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	\$100	\$175	\$200
-Asistencia Quirurgica	25%	25%	30%
Servicios Ambulatorios			
-Generalista	\$0 SALUS/\$10	\$0 SALUS/\$10	\$0 SALUS/\$10
-Especialista	\$0 SALUS/\$18	\$0 SALUS/\$20	\$0 SALUS/\$20
-Sub-Especialista	\$0 SALUS/\$25	\$0 SALUS/\$25	\$0 SALUS/\$20
-Siquiatria	\$18	\$20	\$20
-Sicólogo	\$0 SALUS/\$18	\$0 SALUS/\$20	\$0 SALUS/\$20
-Podiatra	\$0 SALUS/\$18	\$0 SALUS/\$20	\$0 SALUS/\$20
-Quiropráctico	\$15	\$15	\$15
-Audiologo	\$0 SALUS/\$18	\$0 SALUS/\$20	\$0 SALUS/\$20
-Optómetra	\$0 SALUS/\$18	\$0 SALUS/\$20	\$0 SALUS/\$20
-Facilidad Ambulatoria	\$100	\$175	\$200
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	20%	20%	\$0
Procedimientos Endoscópicos	40%	45%	40%
Servicios de Rehabilitación, Habilidadación y Equipo Médico Duradero			
-Terapia Física	\$15	\$15	\$15
-Terapia Respiratoria	\$10	\$10	\$10
-Cuidado de Salud en el Hogar	40%	40%	25%
-Equipo Médico Duradero	40%	40%	40%
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$15	\$15	\$15
Salud Mental			
-Terapia de Grupo	\$18	\$20	\$20
-Visitas Colaterales	\$18	\$20	\$20
Farmacia			
Primer Nivel de Cubierta	\$1,750 por persona	N/A	N/A
Genéricos Preferidos	\$5	\$5	\$5
Genéricos No Preferidos	\$20	35%	50%
Marca Preferidos	\$30	\$50	50%
Marca No Preferidos	30%	40%	50%
Productos Especializados Preferidos	40%	50%	50%
Productos Especializados No Preferidos	50%	50%	50%
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$0 (Programa OTC TS)	\$0 (Programa OTC TS)	\$0 (Programa OTC TS)
Programa de Medicamentos Por Correo			
Genéricos Preferidos	\$10	\$10	\$10

	ORO 1	ORO 2	ORO 3
	PG TS Optimo Plus 01/2019	PG TS Optimo Plus 01/2019	PG TS Optimo Plus 01/2019
Genéricos No Preferidos	\$40	27%	38%
Marca Preferidos	\$60	\$100	38%
Marca No Preferidos	23%	30%	38%
Productos Especializados Preferidos	N/A	N/A	N/A
Productos Especializados No Preferidos	N/A	N/A	N/A
Coaseguro para todos los medicamentos luego del primer nivel de cubierta	70%	N/A	N/A
Servicios de Laboratorios y Rayos X			
-Laboratorio	40% Selective	30% Selective / 40%	40% Selective
-Rayos X	\$0 SALUS/ 40% Selective	\$0 SALUS/ 30% Selective / 40%	\$0 SALUS/ 40% Selective
-PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT	40% Selective	45% Selective/ 55%	40% Selective
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas			
-Servicios Preventivos (incluyendo los de la mujer)	\$0	\$0	\$0
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0	\$0	\$0
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	20%	20%	20%
Servicios de Visión Pediátrica			
Visión Pediátrica (lentes de corrección visual o marcos (<i>frames</i>) para lentes de corrección visual)	\$0	\$0	\$0
Espejuelos o lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21 años	Hasta un beneficio máximo de \$75.00 por año póliza	Hasta un beneficio máximo de \$75.00 por año póliza	Hasta un beneficio máximo de \$75.00 por año póliza
Otros Servicios Cubiertos			
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0	\$0	\$0
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$0	\$0	\$0
Servicios de Emergencia en EUA	40%	40%	40%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	40%	40%	40%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida			
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$100	\$100	\$100
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios			
Nutricionista	\$0	\$0	\$0
Triple-S Natural	\$15	\$15	\$15
Teleconsulta MD® (Telemedicina)	\$10	\$10	\$10
Cubierta Dental			
-Diagnóstico y Preventivo	\$0	\$0	\$0