

Triple-S Salud

	PLATINO 1	PLATINO 2	PLATINO 3
	PG TS Optimo Plus 01/2019	PG TS Optimo Plus 01/2019	PG TS Optimo Plus 01/2019
<b>Deducible y Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP)</b>			
<b>Deducible Anual para Beneficios Médicos</b>			
-Individual	N/A	N/A	N/A
-Familiar	N/A	N/A	N/A
<b>Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)</b>			
-Individual	N/A	N/A	N/A
-Familiar	N/A	N/A	N/A
<b>Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos Recetados (Combinados)</b>			
-Individual	\$6,350	\$6,350	\$6,350
-Familiar	\$12,700	\$12,700	\$12,700
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>			
<b>Servicios de Emergencia y Urgencia</b>			
Recomendado por Teleconsulta	\$25	\$25	\$50
-Accidente	\$75	\$50	\$75
-Enfermedad	\$75	\$50	\$75
Sala de Urgencia	\$25	\$25	\$25
<b>Hospitalización</b>			
-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: \$75 No Preferido: \$200	Preferido: \$75 No Preferido: \$250	Preferido: \$75 No Preferido: \$300
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$75 No Preferido: \$200	Preferido: \$75 No Preferido: \$250	Preferido: \$75 No Preferido: \$300
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$75	\$75	\$75
-Asistencia Quirurgica	20%	20%	20%
<b>Servicios Ambulatorios</b>			
-Generalista	\$0 SALUS/\$5	\$0 SALUS/\$5	\$0 SALUS/\$10
-Especialista	\$0 SALUS/\$15	\$0 SALUS/\$18	\$0 SALUS/\$20
-Sub-Especialista	\$0 SALUS/\$15	\$0 SALUS/\$20	\$0 SALUS/\$20
-Siquiatria	\$15	\$18	\$20
-Sicólogo	\$0 SALUS/\$15	\$0 SALUS/\$18	\$0 SALUS/\$20
-Podiatra	\$0 SALUS/\$15	\$0 SALUS/\$18	\$0 SALUS/\$20
-Quiropráctico	\$15	\$15	\$15
-Audiologo	\$0 SALUS/\$15	\$0 SALUS/\$18	\$0 SALUS/\$20
-Óptica	\$0 SALUS/\$15	\$0 SALUS/\$18	\$0 SALUS/\$20
-Facilidad Ambulatoria	\$75	\$75	\$75
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	\$0	\$0	\$0
Procedimientos Endoscópicos	20%	20%	30%
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero</b>			
-Terapia Física	\$15	\$15	\$15
-Terapia Respiratoria	\$10	\$10	\$10
-Cuidado de Salud en el Hogar	25%	25%	25%
-Equipo Médico Duradero	30%	25%	25%
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$15	\$15	\$15
<b>Salud Mental</b>			
-Terapia de Grupo	\$15	\$18	\$20
-Visitas Colaterales	\$15	\$18	\$20
<b>Farmacia</b>			
<b>Primer Nivel de Cubierta</b>	N/A	N/A	N/A
Genéricos Preferidos	\$5	\$5	\$5
Genéricos No Preferidos	\$15	20%	30%
Marca Preferidos	\$30	\$20	\$15
Marca No Preferidos	30%	20%	30%
Productos Especializados Preferidos	40%	30%	40%
Productos Especializados No Preferidos	40%	40%	40%
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$0 (Programa OTC TS)	\$0 (Programa OTC TS)	\$0 (Programa OTC TS)

	PLATINO 1	PLATINO 2	PLATINO 3
	PG TS Optimo Plus 01/2019	PG TS Optimo Plus 01/2019	PG TS Optimo Plus 01/2019
<b>Programa de Medicamentos Por Correo</b>			
Genéricos Preferidos	\$10	\$10	\$10
Genéricos No Preferidos	\$30	15%	23%
Marca Preferidos	\$60	\$40	\$30
Marca No Preferidos	23%	15%	23%
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	N/A	N/A	N/A
<b>Servicios de Laboratorios y Rayos X</b>			
-Laboratorio	20% Selective/30%	20% Selective/30%	25% Selective
-Rayos X	\$0 SALUS/ 20% Selective/30%	\$0 SALUS/ 20% Selective/30%	\$0 SALUS/ 25% Selective
-PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT	20% Selective/30%	20% Selective/30%	30% Selective
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>			
-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%
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>			
Visión Pediátrica (lentes de corrección visual o marcos ( <i>frames</i> ) para lentes de corrección visual)	\$0	\$0	\$0
Espejelos o lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21 años	Hasta un beneficio máximo de \$100.00 por año póliza	Hasta un beneficio máximo de \$100.00 por año póliza	Hasta un beneficio máximo de \$100.00 por año póliza
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>			
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0	\$0	\$0
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$0	\$0	\$0
Servicios de Emergencia en EUA	25%	25%	25%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	25%	25%	25%
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>			
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$75	\$75	\$75
<b>Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios</b>			
Nutricionista	\$0	\$0	\$0
Triple-S Natural	\$15	\$15	\$15
Teleconsulta MD® (Telemedicina)	\$10	\$10	\$10
<b>Cubierta Dental</b>			
-Diagnóstico y Preventivo	\$0	\$0	\$0