

Acceso Directo (Plata - POS)			
Acceso Directo 1/2020			
SALUS	Red Preferida	Otros Proveedores de Triple-S Salud	
Deducible y Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP)			
Deducible Anual para Beneficios Médicos			
-Individual	N/A		
-Familiar	N/A		
Deducible Anual para Medicamentos Recetados (Farmacia)			
-Individual	\$50 por persona		
-Familiar	N/A		
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)			
-Individual	\$6,350		
-Familiar	\$12,700		
Beneficios Esenciales de Salud			
Servicios de Emergencia y Urgencia			
Recomendado por Teleconsulta	N/A	\$50	\$50
-Accidente	N/A	\$75	\$75
-Enfermedad	N/A	\$75	\$75
Centro de Urgencia	\$15	\$15	\$15
Hospitalización			
-Parcial incluyendo Salud Mental	N/A	\$50	\$100
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	N/A	\$100	\$450
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	N/A	\$100	\$450
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	N/A	\$150	\$250
-Asistencia Quirúrgica	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Servicios Ambulatorios			
-Generalista	\$0	N/A	\$18
-Especialista	\$0	\$10	\$20
-Sub-Especialista	\$0	\$15	\$25
-Siquiatría	N/A	\$10	\$20
-Sicólogo	\$0	\$10	\$20
-Podiatra	\$0	\$10	\$20
-Quiropráctico	N/A	N/A	60%
-Audiólogo	\$0	\$10	\$20
-Optómetra	\$0	\$10	\$20
-Facilidad Ambulatoria	N/A	\$150	\$450
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica/Facilidad Ambulatoria	N/A	20%	60%
Procedimientos Endoscópicos	30%	40%	40%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero			
-Terapia Física	N/A	\$15	80%
-Terapia Respiratoria	\$0	\$15	80%
-Cuidado de Salud en el Hogar	N/A	25%	50%
-Equipo Médico Duradero	N/A	50%	50%
-Manipulaciones de Quiropráctico	N/A	N/A	60%
Salud Mental			
-Terapia de Grupo	N/A	\$10	\$20
-Visitas Colaterales	\$0	\$10	\$20
Farmacia			
Primer Nivel de Cubierta			
\$500 por persona			
Genéricos	\$5		
Marca Preferidos	40%		
Marca No Preferidos	50%		
Productos Especializados Preferidos	60%		
Productos Especializados No Preferidos	60%		
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$0 (Programa OTC TS)		
Programa de Medicamentos Por Correo			
Genéricos	\$10		
Marca Preferidos	30%		
Marca No Preferidos	38%		
Productos Especializados Preferidos	N/A		
Productos Especializados No Preferidos	N/A		
Coaseguro para todos los medicamentos luego del primer nivel de cubierta	90%		
Servicios de Laboratorios y Rayos X			
-Laboratorio	30%	40% Selective	N/A
-Rayos X	\$0	40% Selective	N/A
-CT Scan o MRI	30%	40% Selective	N/A
-PET Scan, PET CT	30%	40% Selective	N/A
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	N/A	40%	40%
Servicios de Visión Pediátrica			
Visión Pediátrica (lentes de corrección visual o marcos (frames) para lentes de corrección visual)	N/A	\$0	\$0
Espejuelos o lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21 años.	N/A	Hasta un beneficio máximo de \$50.00 por año póliza.	
Otros Servicios Cubiertos			
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0	\$0	80%
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	N/A	\$0	\$0
Servicios de Emergencia en EUA	N/A	N/A	60%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	N/A	N/A	60%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida			
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	N/A	\$100	\$200
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios			
Nutricionista	\$0	N/A	\$20
Triple-S Natural	N/A	N/A	\$15
Teleconsulta MD (Telemedicina)	\$10		
Cubierta Dental			
-Diagnóstico y Preventivo	\$0	N/A	\$0