

	PLATA		
	PG TS Acceso Optimo 1/2020		
	SALUS	Red Preferida	Otros Proveedores Red Triple-S Salud
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	\$50 por persona		
-Familiar	N/A	N/A	N/A
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos 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	\$50.00	\$100.00
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	N/A	\$100.00	\$450.00
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	N/A	\$100.00	\$450.00
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	N/A	\$150	\$250
-Asistencia Quirúrgica	N/A	25%	50%
Servicios Ambulatorios			
-Generalista	\$0.00	N/A	\$18.00
-Especialista	\$0.00	\$10.00	\$20.00
-Sub-Especialista	\$0.00	\$15.00	\$25.00
-Siquiatria	N/A	\$10.00	\$20.00
-Sicólogo	\$0.00	\$10.00	\$20.00
-Podiatra	\$0.00	\$10.00	\$20.00
-Quiropráctico	N/A	N/A	60%
-Audiólogo	\$0.00	\$10.00	\$20.00
-Optómetra	\$0.00	\$10.00	\$20.00
-Facilidad Ambulatoria	N/A	\$150	\$450
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	N/A	20%	50%
Procedimientos Endoscópicos	30%	40%	40%

	PLATA		
	PG TS Acceso Optimo 1/2020		
	SALUS	Red Preferida	Otros Proveedores Red Triple-S Salud
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero			
-Terapia Física	N/A	\$10.00	60%
-Terapia Respiratoria	\$0.00	\$10.00	60%
-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	\$10.00	\$20.00
-Visitas Colaterales	\$0.00	\$10.00	\$20.00
Farmacia			
Primer Nivel de Cubierta	\$700.00 por persona		
Genéricos	\$5.00		
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	\$10.00		
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%	N/A
-Rayos X	\$0.00	40%	N/A
-CT Scan o MRI	30%	40%	N/A
-PET Scan, PET CT	N/A	40%	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 (<i>frames</i>) para lentes de corrección visual)	N/A	\$0	
Espejuelos o lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21 años	Hasta un beneficio máximo de \$75.00 por año póliza		

	PLATA		
	PG TS Acceso Optimo 1/2020		
	SALUS	Red Preferida	Otros Proveedores Red Triple-S Salud
Otros Servicios Cubiertos			
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0	\$0	50%
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	N/A	N/A	\$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	\$100.00	\$200.00
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios			
Nutricionista	\$0	N/A	\$20.00
Triple-S Natural	N/A	N/A	\$15.00
Teleconsulta MD® (Telemedicina)		\$10.00	
Cubierta Dental			
-Diagnóstico y Preventivo	\$0	N/A	\$0