

	Bronce
	TS Directo Bronce 1/2020
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	N/A
-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	45%
-Accidente	45%
-Enfermedad	45%
Centro de Urgencia	\$15
Hospitalización	
-Parcial incluyendo Salud Mental	Preferido: 20% No preferido: 40%
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$300 No preferido: \$900
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$300 No preferido: \$900
-Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	60%
-Asistencia Quirúrgica	60%
Servicios Ambulatorios	
-Generalista	\$0 SALUS/ \$10
-Especialista	\$0 SALUS/ \$20
-Sub-Especialista	\$0 SALUS/ \$20
-Siquiatría	\$20
-Sicólogo	\$0 SALUS/ \$20
-Podiatra	\$0 SALUS/ \$20
-Quiropráctico	\$15
-Audiólogo	\$0 SALUS/ \$20
-Óptica	\$0 SALUS/ \$20
-Facilidad Ambulatoria	60%
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica/Facilidad Ambulatoria	50%
Procedimientos Endoscópicos	60%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero	
-Terapia Física	60%
-Terapia Respiratoria	40%
-Cuidado de Salud en el Hogar	60%
-Equipo Médico Duradero	60%
-Manipulaciones de Quiropráctico	60%
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	\$20
-Visitas Colaterales	\$20
Farmacia	
Primer Nivel de Cubierta	\$600
Genéricos	\$5
Marca Preferidos	95%
Marca No Preferidos	95%
Productos Especializados Preferidos	95%
Productos Especializados No Preferidos	95%
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$0 (Programa OTC TS)
Programa de Medicamentos Por Correo	
Genéricos	\$10

	Bronce
	TS Directo Bronce 1/2020
Marca Preferidos	72%
Marca No Preferidos	72%
Productos Especializados Preferidos	N/A
Productos Especializados No Preferidos	N/A
Coaseguro para todos los medicamentos luego del primer nivel de cubierta	95%
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
-Laboratorio	40%
-Rayos X	\$0 SALUS/ 60%
-PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT	60%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
-Servicios Preventivos (incluyendo los de la mujer)	\$0
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	40%
Servicios de Visión Pediátrica	
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 \$50.00 por año póliza.
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$0
Servicios de Emergencia en EUA	65%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	65%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	40%
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$0 SALUS/\$5
Triple-S Natural	\$15
Teleconsulta MD (Telemedicina)	\$10
Cubierta Dental	
-Diagnóstico y Preventivo	\$0