

Triple-S Salud

	BRONCE
	PG TS Optimo Plus 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 Medicos y Medicamentos Recetados (Combinados)	
-Individual	\$6,350
-Familiar	\$12,700
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia y Urgencia	
Recomendado por Teleconsulta	50%
-Accidente	50%
-Enfermedad	50%
Centro de Urgencia	\$15.00
Hospitalización	
-Parcial incluyendo Salud Mental	Preferido: 30% No Preferido: 50%
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$200 No Preferido: \$600
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$200 No Preferido: \$600
-Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	50%
-Asistencia Quirúrgica	50%
Servicios Ambulatorios	
-Generalista	\$0 SALUS/\$10
-Especialista	\$0 SALUS/\$18
-Sub-Especialista	\$0 SALUS/\$18
-Siquiatría	\$18
-Sicólogo	\$0 SALUS/\$18
-Podiatra	\$0 SALUS/\$18
-Quiropráctico	\$15
-Audiólogo	\$0 SALUS/\$18
-Optómetra	\$0 SALUS/\$18
-Facilidad Ambulatoria	50%
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	50%
Procedimientos Endoscópicos	50%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero	
-Terapia Física	50%
-Terapia Respiratoria	40%
-Cuidado de Salud en el Hogar	50%
-Equipo Médico Duradero	50%
-Manipulaciones de Quiropráctico	50%
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	\$18
-Visitas Colaterales	\$18
Farmacia	
Primer Nivel de Cubierta	600 por persona
Genéricos	\$5
Marca Preferidos	95%

	BRONCE
	PG TS Optimo Plus 1/2020
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
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	50%
-Rayos X	\$0 SALUS/60%
-PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT	50%
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	30%
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica (lentes de corrección visual o marcos (frames) 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	50%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	50%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	40%
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$0
Triple-S Natural	\$15
Teleconsulta MD ® (Telemedicina)	\$10
Cubierta Dental	
-Diagnóstico y Preventivo	\$0