

Triple-S Salud

	PLATA
	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	125 por persona
-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	\$100
-Enfermedad	\$100
Centro de Urgencia	\$15
Hospitalización	
-Parcial incluyendo Salud Mental	Preferido: \$75 No Preferido: \$125
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$150 No Preferido: \$400
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$150 No Preferido: \$400
-Facilidad de Enfermería Especializada (<i>Skilled Nursing Facility</i>)	50%
-Asistencia Quirúrgica	30%
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
-Optómetra	\$0 SALUS/\$20
-Facilidad Ambulatoria	40%
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	50%
Procedimientos Endoscópicos	50%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero	
-Terapia Física	\$15
-Terapia Respiratoria	\$10
-Cuidado de Salud en el Hogar	50%
-Equipo Médico Duradero	40%
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$15
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	\$20
-Visitas Colaterales	\$20
Farmacia	
Primer Nivel de Cubierta	\$800 por persona
Genéricos	\$5

	PLATA
	PG TS Optimo Plus 1/2020
Marca Preferidos	25%
Marca No Preferidos	40%
Productos Especializados Preferidos	70%
Productos Especializados No Preferidos	70%
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$0 (Programa OTC TS)
Programa de Medicamentos Por Correo	
Genéricos	\$10
Marca Preferidos	19%
Marca No Preferidos	30%
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	40%
-Rayos X	\$0 SALUS/40%
-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 Sincitial	20%
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	40%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	40%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$150
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$0
Triple-S Natural	\$15
Teleconsulta MD® (Telemedicina)	\$10
Cubierta Dental	
-Diagnóstico y Preventivo	\$0